



REPÚBLICA DE COLOMBIA – RAMA JUDICIAL  
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN  
SALA LABORAL

Dra. CLAUDIA CECILIA TORO RAMÍREZ  
Magistrada Ponente

Nueve (09) de mayo de dos mil veintitrés (2023)

<b>Proceso:</b>	Especial Jurisdiccional
<b>Radicación:</b>	110019968000-2019-00976-01
<b>Primera instancia:</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>Demandante:</b>	NUMAEL BARON JAIMES
<b>Demandada:</b>	ASMET SALUD E.P.S.
<b>Asunto:</b>	<b>Confirma sentencia</b> – Reembolso de gastos médicos particulares
<b>Sentencia escrita No.</b>	31

## I. ASUNTO

De conformidad con el artículo 13 de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, pasa esta Sala de Decisión Laboral, a proferir sentencia escrita que resuelve el **recurso de apelación** formulado por el apoderado judicial de la parte demandada ASMET SALUD E.P.S., contra la sentencia No. S2022-000345 emitida el 28 de abril de 2022 por la Superintendencia Nacional de Salud.

## II. ANTECEDENTES

### 1. La demanda.

Procura el demandante se condene a ASMET SALUD E.P.S. al reconocimiento económico por valor de \$7.125.500, por concepto de gastos de atención médica, quirúrgica, exámenes y medicamentos, en los cuales incurrió de manera particular; (Págs. 1 a 3 – Archivo PDF: “1. DEMANDA” – Cdno 1ª instancia – Expediente digital).

### 2. Contestación de la demanda.

La demandada ASMET SALUD E.P.S. S.A.S.<sup>1</sup> dio contestación al introductorio oponiéndose a sus pretensiones. En suma, indicó que el afiliado incumplió su deber de autocuidado porque consultó varios días después de haber iniciado los síntomas, ocasionando que su salud empeorara, además, teniendo la posibilidad de ser

<sup>1</sup> Págs. 1 a 14 – Archivo PDF: “CONTESTACIÓN.tif” – Carpeta: “4.1 AnexosContestacion” – *Ibídem*.

atendido en el servicio de urgencias del Hospital Regional de SÁCHIRA, institución ubicada en el municipio más cercano a la residencia del menor y que hace parte de la red de prestadores de su EPS, decidió desplazarse hasta Bucaramanga, en donde ASMET SALUD tiene convenio con CLINICA MEDYSER, la que esta habilitada para prestar servicios especializados de oftalmología, no obstante, el paciente eligió acudir a una IPS distinta a la integrante de la red de prestadores de la EPS a la que se encontraba afiliado, escogiendo la CLINICA FOSCAL, la que acudió por medio del servicio de urgencias.

Advierte que la CLINICA FOSCAL incumplió sus deberes legales, en tanto dilató la atención medica inmediata en el servicio de urgencia en favor del paciente argumentando la falta de contrato con la EPS y lo sometió a sufragar costos de los servicios médicos prestados, sin reportar a la EPS la hospitalización del afiliado y omitiendo su deber de cobrar de manera directa los servicios de la EPS.

Señala que, la parte demandante no cumplió con el trámite legal para solicitar reembolso de los valores sufragados con ocasión de las atenciones en salud ante la EPS de manera previa a la presentación de la demanda y que la misma resulta extemporánea, pues debía realizarse dentro de los 15 días siguientes al alta del paciente, y finalmente refiere que, no se allegaron los soportes para que se constituya el titulo ejecutivo, y se proceda al pago de los servicios.

En virtud del principio de economía procesal no se estima necesario reproducir *in extenso* las piezas procesales en comento (Arts. 279 y 280 C.G.P.).

### **3. Decisión de primera instancia.**

La Superintendencia Nacional de Salud dictó sentencia No. S2022-000345 emitida el 28 de abril de 2022. En su parte resolutive, decidió acceder parcialmente a la pretensión formulada por el promotor de la acción. En consecuencia, condenó a ASMET SALUD E.P.S. S.A.S., a reconocer y pagar en su favor, la suma de \$150.000, en el término de cinco (5) días, contados a partir de la ejecutoria de la providencia.

Para adoptar tal decisión, y tras citar los principios de continuidad, oportunidad e integralidad del derecho a la salud, adujo que del análisis de las probanzas allegadas al expediente, se evidenciaba que la CLÍNICA FOSCAL de la ciudad de Bucaramanga brindó atención inicial de urgencias al menor JOSE ISMAEL BARON GUERRERO, y solicitó el pago por este servicio, cuando era su deber cobrar por la prestación del mismo a la EPS a la que se encontraba afiliado el menor, para lo que no se requería autorización previa de ASMET SALUD EPS, ni contrato entre

las partes, circunstancia que no imposibilita al demandante para solicitar el reembolso de lo pagado ante la EPS a la que se encontraba afiliado.

En cuanto al reembolso de los demás gastos en los que incurrió el demandante para atender la situación de salud de su hijo con posterioridad a la atención de urgencias, señaló que no se evidencia que estas prestaciones de servicio de salud puedan ser objeto de reembolso, pues no se encontraron soportes de los trámites mediante los cuales se solicitó la continuidad de la atención frente a la EPS o que estos hayan sido negados y en razón a ello solo accedió a reconocer lo cancelado por el usuario en los servicios de oftalmología el 19 de diciembre de 2018, que corresponde a la factura de venta VS1139 por valor de \$151.000, por concepto de atención inicial de urgencias. Pues las atenciones que se realizaron con posterioridad, fueron atendidas en el sector privado por elección del demandante sin que se acudiera de manera directa a la EPS o a su red de prestadores, por manera que, la solicitud de reintegro respecto de las mismas no se acompasan con el sentido natural del reembolso, que es el de responsabilizar a la EPS por los gastos en que incurre el afiliado como consecuencia de la negligencia, imposibilidad, baja cobertura o incapacidad en la prestación de servicios médicos.

#### **4. Recurso de apelación.**

##### **4.1. Apelación ASMET SALUD E.P.S. S.A.S.<sup>2</sup>**

Expresó que la decisión de primer grado no tuvo en cuenta que frente a ASMET SALUD, no se radicó solicitud alguna frente al reintegro de dineros por concepto de atención inicial en urgencias el día 19 de diciembre 2018 (Factura de venta VS1139 por valor de \$151.000) y que pese a que el demandante pudo haber recibido atención en el Hospital Regional de Occidente de Cachira, con quien tiene contrato para la prestación de servicios de salud de baja y media complejidad como también el servicio de urgencias o en la IPS MEDYSER ubicada en la ciudad de Bucaramanga, la que presta servicios especializados de oftalmología, decidió de manera voluntaria acudir a una IPS distinta a las IPS de la red de ASMET SALUD EPS SAS, las cuales conocía desde el momento

Advierte que de conformidad con lo reglado en el artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994, la CLÍNICA FOSCAL tenía la absoluta responsabilidad en realizar la atención de urgencias y posteriormente reclamar ante la EPS el pago de dichos servicios, pero en cambio, puso un obstáculo económico a la atención requerida y como consecuencia del actuar indebido de esa IPS, se termina exigiendo a la EPS

---

<sup>2</sup> Págs. 1 a 6 – Archivo PDF: “14(6)AlegatosAsmietSalud.pdf” – Cuaderno de 2ª instancia expediente digital.

el reembolso del dinero que pagó el demandante, sin que exista ninguna prueba que evidencie que se hubiera incurrido en negligencia por su parte. Ignorando, además, que, de acuerdo con las políticas establecidas por el Gobierno Nacional, las solicitudes de reembolso de dineros deben realizarse dentro de los 15 días siguientes al alta del paciente, tiempo que el demandante dejó pasar sin haber realizado la respectiva solicitud. Por tal motivo, requirió se revoque el fallo de primera instancia.

## **5. Trámite de segunda instancia**

### **5.1. Alegatos de conclusión**

Los apoderados judiciales de las partes, previo traslado para alegatos de conclusión en aplicación del artículo 15 del Decreto Ley 806 de 2020<sup>3</sup>, se pronunciaron, así:

#### **5.1.1. ASMET SALUD E.P.S. S.A.S.**

Reiteró los argumentos expuestos en su recurso de apelación. Que hay ausencia de culpabilidad, indebida valoración probatoria y que no podía ser condenada al pago sin que exista plena prueba de una conducta dolosa o gravemente culposa generadora de daño.

**5.1.2.** La parte demandante guardó silencio en el término conferido para formular alegatos de conclusión.

## **III. CONSIDERACIONES DE LA SALA**

### **1. Competencia.**

Esta Sala de Decisión Laboral es competente para conocer de la alzada propuesta por activa contra la sentencia antes enunciada de conformidad con lo reglado en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por los artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, y posteriormente por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.

Frente a la competencia en segunda instancia de dichos asuntos pueden revisarse las providencias emitidas por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia: STL14248-2014 del 15 de octubre de 2014, radicación No. 38044; STL5367-2015 del 29 de abril de 2015, radicación No. 39884 y STL10858-2015 del 11 de agosto de 2015, radicación No. 40800, entre otras.

---

<sup>3</sup> La Ley 2213 del 13 de junio de 2022 adoptó como legislación permanente las normas contenidas en el Decreto 806 de 2020.

## 2. Problema jurídico.

En virtud al recurso de apelación formulado por pasiva, corresponde a la Sala establecer:

2.1. ¿Fue ajustada a derecho la decisión de primer grado que accedió de manera parcial a las pretensiones de la demanda y ordenó al reembolso de los gastos médicos particulares asumidos por el actor?

## 3. Respuesta al interrogante.

La respuesta es **positiva**. En el *sub lite* se acredita una de las causales del artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, para que proceda el reembolso de los gastos médicos particulares en los que incurrió el demandante. Ello, en virtud a que el paciente fue atendido por el servicio de urgencias por una I.P.S. que no tenía contrato con la respectiva E.P.S. Por ende, se confirmará la decisión de primera instancia.

Los fundamentos de la tesis son los siguientes:

### 3.1. Reembolso de gastos médicos particulares.

El artículo 152 de la Ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención. El artículo 159 *ibíd* dispone que a los afiliados al S.G.S.S.S. se les debe garantizar, por parte de las E.P.S., entre otros, la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, hoy Plan de Beneficios en Salud, y de urgencias, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios – I.P.S. adscritas.

Por su parte, el artículo 168 *ibídem* consagra que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Dicha prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos para riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (art. 167), o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

De otro lado, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007<sup>4</sup> prevé que debe entenderse por aseguramiento en salud: *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la*

---

<sup>4</sup> Por la cual se hacen algunas modificaciones en el S.G.S.S.S. y se dictan otras disposiciones.

*garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud*".

A su turno, la Ley 1438 de 2011<sup>5</sup> señala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Estableció entre otros principios, los de calidad y eficiencia.

Finalmente, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994<sup>6</sup>, emitida por el MINISTERIO DE SALUD, instituyó algunas reglas frente al reconocimiento de reembolsos al indicar que la E.P.S. donde esté afiliado el usuario, deberá reconocerle los gastos asumidos por su cuenta, en los siguientes casos:

- i) Atención de urgencias en caso de ser atendido por una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.
- ii) Cuando exista una autorización expresa de la E.P.S. para una atención específica.
- iii) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S. para cubrir sus obligaciones frente a los usuarios.

La misma disposición comporta que en ningún caso la E.P.S., hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo allí dispuesto. También prevé que la solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la E.P.S. en los treinta (30) días siguientes a su presentación. Para tal propósito el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características, y copia de la historia clínica del paciente.

### **3.2. Caso en concreto:**

Precisa la Sala de manera inicial, que en el *sub lite* no existe discusión alguna frente a la calidad de afiliado del entonces menor de edad JOSE ISAMAEL BARON GUERRERO a la E.P.S. ASMET SALUD S.A.S.

---

<sup>5</sup> Por medio de la cual se reforma el S.G.S.S.S. y se dictan otras disposiciones.

<sup>6</sup> Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el S.G.S.S.S.

En este sentido, la inconformidad de la recurrente por pasiva, radica en que, a su juicio, no se estructura ninguna de las causales legales para que la E.P.S. se encuentre obligada a reembolsar los gastos en que incurrió el paciente por concepto de consulta de urgencias en la CLÍNICA FOSCAL de la ciudad de Bucaramanga, pues el demandante acudió de manera voluntaria a esa IPS, que no está dentro de la red de prestadores de ASMET SALUD EPS SAS, pudiendo ser atendido en el Hospital Regional de Occidente de Cachira, entidad con la cual la EPS si tiene contrato para la prestación de servicios de salud de baja y media complejidad como también el servicio de urgencias o en la IPS MEDYSER ubicada en la ciudad de Bucaramanga, que presta servicios especializados de oftalmología.

Agregó que, de conformidad con lo reglado en el artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994, la CLÍNICA FOSCAL tenía la absoluta responsabilidad en realizar la atención de urgencias y posteriormente reclamar ante la EPS el pago de dichos servicios, y que las solicitudes de reembolso de dineros deben realizarse dentro de los 15 días de días siguientes al alta del paciente, tiempo que el demandante dejó pasar sin haber realizado la respectiva solicitud.

En tal virtud, procede la Sala a verificar si se acreditan los presupuestos normativos citados en precedencia, para determinar si el demandante tiene derecho al reembolso de los gastos médicos particulares por parte de la E.P.S. ASMET SALUD S.A.S. Al plenario se allegó como prueba documental relevante:

- **Historia Clínica de ingreso y evolución de atención<sup>7</sup>** realizada el **19 de diciembre de 2018** al entonces menor **JOSE ISMAEL BARON GUERRERO**, en la **FUNDACIÓN OFTALMOLOGICA DE SANTADER – CLINICA FOSCAL –**.
- **Factura No. VS1139<sup>8</sup>** del 23 de diciembre de 2018 de la **FUNDACIÓN OFTALMOLOGICA DE SANTADER – CLINICA FOSCAL –**. Descripción: CONSULTA ESPECIALIZADA – CONSULTA DE URGENCIAS, con un valor total por servicios de **\$151.000**.
- **Contrato No. V-607-18<sup>9</sup>** celebrado entre la E.P.S. ASMET SALUD S.A.S como contratante y MEDYSER IPS LTDA como contratista, en cuyo “*anexo de sedes, tarifas y condiciones – contratos modalidad especial*” (pág. 11) se refieren los servicios incluidos y excluidos en el modelo de contratación especial “*PRESUPUESTO GLOBAL PROSPECTIVO*”, en cuyas observaciones se refiere que “ *la atención en urgencia oftalmológica no se encuentra incluida por tratarse netamente de un contrato de modalidad especial de tipo ambulatorio, sin embargo,*

---

<sup>7</sup> Págs. 6 a 9 – Archivo PDF: “1. DEMANDA” – Cdo 1ª instancia – Expediente digital

<sup>8</sup> Pág. 11 – Archivo PDF: “1. DEMANDA” – Cdo 1ª instancia – Expediente digital

<sup>9</sup> Págs. 1 a 18 – Archivo PDF: “V-607-18” – Subcarpeta: “4.1 AnexosContestacion ” Cdo 1ª instancia – Expediente digital

*se acuerda entre las partes la programación prioritaria y/o urgente de tecnologías incluidas en la nota técnica respetando los horarios de atención del CONTRATISTA.”*

Además de los documentos referidos, la parte activa de la litis allegó facturas e historias clínicas de intención relacionadas con intervenciones quirúrgicas, exámenes y controles que se brindaron con posterioridad al paciente, no obstante, y teniendo en cuenta que respecto de ellos no se emitió condena, no se hace necesario entrar en profundidad.

Ahora bien, del análisis del material probatorio en todo su conjunto, colige la Sala sin dubitación alguna, que en el *sub lite*, se estructura una de las causales previstas en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994 para que proceda el reembolso de los gastos médicos particulares a los que fue condenada la E.P.S. accionada en primera instancia.

En efecto, la disposición en comento, prevé entre otros, la obligación de las Entidades Promotoras de Salud, de reconocer los gastos, en que incurre el afiliado de manera particular, para acceder a atención de urgencias en caso de ser atendido por una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.

Nótese que según historia clínica de ingreso y evolución de atención realizada el 19 de diciembre de 2018<sup>10</sup>, el menor JOSE ISMAEL BARON GUERRERO, en la FUNDACIÓN OFTALMOLOGICA DE SANTADER – CLINICA FOSCAL, recibió atención de consulta general y especializada que fueron catalogadas por los galenos tratantes como de “**urgencia principal**” y según la factura No. VS1139 del 23 de diciembre de 2018<sup>11</sup> estos servicios tuvieron un valor de \$151.000, que fue sufragado por el demandante.

De esta manera, resulta evidente que el sub exánime se ha configurado una de las causales contenidas en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994<sup>12</sup>, emitida por el MINISTERIO DE SALUD, en la que se instituyó algunas reglas frente al reconocimiento de reembolsos, al indicar que la E.P.S. donde esté afiliado el usuario, deberá reconocerle los gastos asumidos por su cuenta, y en uno de estos casos advirtió que procedería el reconocimiento del reembolso cuando el paciente haya recibido atención de urgencias en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., tal y como ocurrió en el asunto bajo estudio, pues el paciente fue

---

<sup>10</sup> Págs. 6 a 9 – Archivo PDF: “1. DEMANDA” – Cdno 1ª instancia – Expediente digital

<sup>11</sup> Pág. 11 – Archivo PDF: “1. DEMANDA” – Cdno 1ª instancia – Expediente digital

<sup>12</sup> Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el S.G.S.S.S.

atendido de urgencia en la FUNDACIÓN OFTALMOLOGICA DE SANTADER – CLINICA FOSCAL; debiendo resaltar que pese a lo señalado por la EPS demandada, en cuanto a que fue una elección del demandante acudir a la referida clínica, pues pudo recibir atención de urgencia en MEDYSER IPS LTDA, no se demostró que dicha IPS estuviera en posibilidad de brindar la atención requerida con el servicio de oftalmología, pues así se consignó en el contrato No. V-607-18<sup>13</sup> celebrado entre la E.P.S. ASMET SALUD S.A.S y MEDYSER IPS LTDA, en el que dejó la observación de que *“la atención en urgencia oftalmológica no se encuentra incluida por tratarse netamente de un contrato de modalidad especial de tipo ambulatorio, sin embargo, se acuerda entre las partes la programación prioritaria y/o urgente de tecnologías incluidas en la nota técnica respetando los horarios de atención del CONTRATISTA.”*

En todo caso, la misma E.P.S. ASMET SALUD S.A.S señaló que CLINICA FOSCAL no debió cobrar el dinero correspondiente a la atención de urgencias del demandante y que, en su lugar, debió adelantar los trámites frente a la EPS para obtener el pago correspondiente, aceptado que si era su responsabilidad sufragar dichas atenciones.

Por otra parte, en cuanto a la extemporaneidad en la reclamación presentada por el demandante, basta con señalar que, el término de 15 días para presentar la solicitud de reembolso contemplada en la resolución enunciada, no puede entenderse como un término prescriptivo de las obligaciones. La Corte Constitucional, en fallo T – 650 de 2011, puntualizó:

*“...el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. **En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual, el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren”.***

En consecuencia, los puntuales argumentos formulados por la parte apelante no tienen vocación de prosperidad. En la sustentación de la alzada, no se enrostró inconformidad alguna frente al monto y facturas objeto de reembolso. En tal virtud,

---

<sup>13</sup> Págs. 1 a 18 – Archivo PDF: “V-607-18” – Subcarpeta: “4.1 AnexosContestacion” Cdo 1ª instancia – Expediente digital

la Sala carece de competencia para pronunciarse al respecto (Art. 66A del C.P.T. y de la S.S.) Por tanto, se confirmará la sentencia de primera instancia.

#### 4. Costas.

En aplicación del artículo 365 del C.G.P. y el Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016, emanado del C.S. de la J., sería del caso imponer condena en costas dado el fracaso del recurso de apelación, no obstante, y teniendo en cuenta que, con posterioridad a la emisión de la sentencia, el apoderado judicial de la parte demandante no realizó ninguna actuación en sede judicial, ni presentó alegatos de conclusión, las mismas no se causaron.

### IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Popayán, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia No. S2022-000345 emitida el 28 de abril de 2022 por la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del presente asunto, objeto de apelación, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

**SEGUNDO: ABSTENERSE DE CONDENAR** en costas de segunda instancia a cargo de ASMET SALUD E.P.S. S.A.S., por lo antes expuesto.

**TERCERO: NOTIFICAR** esta decisión por estados electrónicos, conforme a lo señalado en el artículo 9° de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, con inclusión de esta providencia. Asimismo, por edicto, el que deberá permanecer fijado por un (1) día, en aplicación de lo consagrado en los artículos 40 y 41 del C.P.T. y de la S.S.

En firme esta decisión devuélvase el expediente a la autoridad de origen.

#### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

  
*Firma válida  
providencia judicial*

**CLAUDIA CECILIA TORO RAMÍREZ**  
**MAGISTRADA PONENTE**

*Firma válida  
providencia judicial*

**CARLOS EDUARDO CARVAJAL VALENCIA  
MAGISTRADO SALA LABORAL**

*Firma válida  
providencia judicial*

**LEONIDAS RODRIGUEZ CORTES  
MAGISTRADO SALA LABORAL**