



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
SALA CIVIL – FAMILIA –LABORAL

PROCESO: ORDINARIO LABORAL
ASUNTO: APELACION DE SENTENCIA
RADICADO: 20178-31-05-001-2014-00025-02
DEMANDANTE: ALBERTO CAAMAÑO MARTÍNEZ
DEMANDADA: FONDO DE PASIVO DE FERROCARRILES

MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ

Valledupar, diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintidós (2022)

Una vez vencido el traslado para alegar de conformidad con el artículo 13 de la Ley 2213 de 2022, atiende la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, la apelación de la sentencia proferida el 3 de febrero de 2017 por el Juzgado Laboral del Circuito de Chiriguaná - Cesar, en el proceso ordinario laboral promovido por Alberto Caamaño Martínez contra el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

ANTECEDENTES

1.- Presentó el demandante, por intermedio de apoderado judicial, demanda contra el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, para que, mediante sentencia, se declare y condene:

1.1.- Que el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia es responsable de asumir los gastos generados con ocasión del procedimiento quirúrgico practicado el 31 de agosto de 2010, en la Clínica Las Américas de Medellín, consistente en “prótesis parcial de cadera”.

1.2.- Como consecuencia de la anterior declaración se condene a la pasiva a reembolsar la suma de \$21.072.850 indexados, por concepto de gastos de hospitalización, cirugía, honorarios médicos, farmacéuticos, insumos quirúrgicos, entre otros, los cuales se encuentran soportados en la factura original No. 3380121 del 9 de septiembre de 2010 expedida por la Clínica Las Américas.

1.3.- Que se condene a la demandada al pago de costas y agencias en derecho.

2.- Como fundamento de lo pretendido, relató:

2.1.- Que el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia es la prestadora de sus servicios de salud.

2.2.- Que la pasiva celebró contrato de prestación de servicios de salud con la Organización Clínica General del Norte S.A. para atender a sus beneficiarios.

2.3.- Que el 25 de agosto de 2010, el demandante se encontraba de tránsito en la ciudad de Medellín, donde presentó repentinamente dolor intenso en el muslo derecho que le impedía mover la pierna, por lo que fue trasladado al consultorio médico más cercano.

2.4.- Que fue valorado por el neurocirujano y especialista en cirugía de columna Dr Jorge Hernán Giraldo, quien lo remite a urgencias de la Clínica Las Américas para hospitalización y valoración por ortopedista.

2.5.- Que una vez ingresó al servicio de urgencia de la Clínica Las Américas, sus familiares informaron a esa entidad que su IPS era la Organización Clínica General del Norte S.A., y a su vez a esta última también le informaron sobre la urgencia para que autorizara la

prestación del servicio o asumiera los gastos, quienes manifestaron apersonarse de la situación.

2.6.- Que la Organización Clínica General del Norte S.A., no realizó gestión alguna, lo que obligó al demandante a sufragar los gastos requeridos.

2.7.- Que en la Clínica Las Américas fue valorado por el cirujano ortopedista, Dr. Jorge Piragua, quien ordenó la práctica de radiografías de pelvis, rodilla y cadera derecha, las que arrojaron como resultado “fractura bascervical de fémur”, ordenando realizar “prótesis parcial de cadera”.

2.8.- Que el procedimiento quirúrgico se practicó el 31 de agosto en la Clínica Las Américas, con un costo total de \$21.072.850 incluidos gastos de hospitalización, quirúrgicos, honorarios médicos, farmacéuticos, todos sufragados por el demandante.

2.9.- El 1 de febrero de 2011 solicitó el reembolso de los gastos médicos, obteniendo respuesta negativa el 23 de febrero de 2011.

TRÁMITE PROCESAL

3.- El Juzgado Laboral del Circuito de Chiriquaná- Cesar, admitió la demanda por auto del 13 de marzo de 2014, folio 133, disponiendo notificar y correr traslado a la demandada, la que dio contestación oponiéndose a todas las pretensiones y proponiendo como excepción previa: falta de competencia.

3.1.- El 2 de febrero de 2015 tuvo lugar la audiencia de que trata el artículo 77 y SS del Código Procesal de Trabajo, en la que, se declaró fracasada la audiencia de conciliación, se declaró no probada la

excepción previa de falta de competencia, al no contar encontrarse causal para invalidar lo actuado, se fijó el litigio y se decretaron las pruebas solicitadas por las partes.

3.2.- El 17 de junio de 2015 se adelantó la audiencia de trámite y juzgamiento en la que se evacuaron las pruebas decretadas y se escucharon los alegatos de conclusión. Posteriormente, el 3 de febrero de 2017 se profirió la sentencia que hoy se revisa.

LA SENTENCIA APELADA

4.- El juez de instancia resolvió:

Primero. Absuélvase al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, de todas y cada una de las pretensiones invocadas por el demandante Alberto Caamaño Martínez.

Segundo. Declárese no probada la excepción de prescripción de la acción propuesta por el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Tercero. Condénese en costas al demandante, procédase por secretaría a liquidar las costas incluyendo por concepto de agencias en derecho equivalente a 1 SMLMV.

Cuarto. Consúltese con el superior funcional la presente sentencia en caso de no ser apelada, toda vez que fue totalmente inversa a las pretensiones del demandante.

Como consideraciones de lo decidido, adujo la sentenciadora de primer nivel que, en el presente caso no se diligenció por parte de la Clínica Las Américas el formato de clasificación de urgencia, y que no se puede constatar fehacientemente que fue atendido por urgencias o que se trate de un caso de los que se ha definido tradicionalmente como urgencia.

Agregó que, no está demostrado que el demandante informó a la pasiva de la atención que estaba recibiendo en la aludida clínica, y aunado a ello presentó la solicitud de reembolso de manera extemporánea.

Advirtió que el actor no cumplió con la carga de la prueba que le impone el art. 167 del CGP, esto es, probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen, por lo que concluyó que la pretensión de reembolso del demandante no tiene sustento legal y probatorio para su prosperidad.

4.1.- Inconforme con la decisión, el demandante interpuso recurso de apelación, alegando que su inconformidad radica en que la Juez da por no probado que se tratara de una urgencia, pese a que milita prueba que certifica la existencia de una fractura basicervical de fémur, además omitió analizar la prueba que demuestra que el paciente fue diagnosticado con cáncer de médula ósea, por lo que, solicita que en segunda instancia se determine que se trata de un caso de urgencia, al que debe aplicarse el art. 167 de la Ley 100 de 1993 y la sentencia T-259 de 2013 en materia de reembolso de gastos médicos.

Alega también que se encuentra en desacuerdo con lo referente a la exigencia de cumplir con los 15 días hábiles para reclamar el reembolso, puesto que la Corte Constitucional en sentencia T-259 de 2013 ha señalado que el cumplimiento de ese plazo no es prescriptivo, acotando que ese término fue establecido en el PSO y en el PAC del Fondo, por lo que se trata de normas internas que no hacen parte de la legislación nacional.

En tercer lugar, esgrime su desacuerdo en torno a la carga de la prueba, afirmando que mediante la declaración jurada de Luz Leonila Cuadro Narváez se probó la comunicación telefónica a la Clínica General del Norte y a la demandada, en la que se informó que el demandante había ingresado al servicio de urgencias de la Clínica Las Américas de Medellín, y que contrario a lo considerado por la Juez, respecto a que no existe prueba que confirme su dicho, debe tenerse en cuenta la presunción de buena fe establecida en la Constitución Política.

Alega también que la Ley no establece formalismos para que el paciente o los familiares comuniquen a la EPS la prestación de un servicio en una IPS no adscrita a su red, además la Corte Constitucional ha señalado que no se puede cargar al paciente los trámites administrativos, que debió realizar la Clínica Las Américas para efectos de llenar el formato y remitirlo a la Clínica General del Norte, pues esa es una carga de la IPS que prestó el servicio.

Concluye solicitando revocar la sentencia de instancia y en su lugar conceder las pretensiones de la demanda.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

5.- De conformidad con el numeral 1 del literal b), del artículo 15 del Código de procedimiento laboral y de la seguridad social, la Sala es competente para resolver el recurso de apelación interpuesto por la demandada, así que agotado el trámite de la instancia y reunidos los presupuestos de demanda en forma, capacidad para ser parte o para obrar en el proceso, a lo cual se suma que no se aprecian causales de nulidad que vicien lo actuado, procede decidir de fondo.

Con la expedición de la Ley 712 de 2001, varió sustancialmente, el tema de competencia del ad quem en lo referente al recurso de apelación, que sea propuesto en contra de las sentencias de primer grado, toda vez que de acuerdo con su artículo 35, por medio del cual fue adicionado el artículo 66A del Código procesal del Trabajo y de la Seguridad social, es a las partes a quienes corresponde delimitar expresamente las materias a que se contrae expresamente ese recurso.

6.- Teniendo en cuenta los asuntos objeto de recurso, la Sala debe establecer si fue acertada o no la decisión de la juez de primera instancia de absolver a la demandada de las pretensiones de reembolso de los gastos médicos particulares.

7.- Para resolver el debate planteado, se debe tener en cuenta inicialmente que no existe discusión en lo siguiente:

- Que Alberto Caamaño Martínez cuenta con servicios asistenciales de salud a cargo del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles.

- Que el 25 de agosto de 2010 ingresó por el servicio de urgencias de la Clínica Las Américas en la ciudad de Medellín, donde permaneció hospitalizado hasta el 9 de noviembre de 2010.

- Que durante su hospitalización le fueron realizados varios exámenes, entre los que se encuentran radiografías de pelvis, rodilla y cadera derecha, que arrojaron como resultado “fractura basciversal de fémur”.

- Que el 31 de agosto de 2010 le fue practicado el procedimiento quirúrgico “prótesis parcial de cadera”.

- Que, mediante escrito del 1 de febrero de 2011, recibido por la demandada el 4 de febrero de la misma anualidad, en la que solicitó el reembolso de los dineros correspondientes a gastos quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos.

- Que mediante comunicación adiada 23 de febrero de 2011, obtuvo respuesta negativa de la pasiva.

8.- En cuanto a los reembolsos por gastos médicos, la Resolución 5261 de 1994 proferida por el Ministerio de salud, en su artículo 14, reglamentó lo correspondiente a la solicitud de reembolsos, en los siguientes términos:

Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y

en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual 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. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.

De lo anterior se colige que son 3 los eventos en los que la EPS debe reconocer los gastos asumidos de su propio pecunio, para garantizar la atención médica requeridas, a saber:

1. Atención de urgencias, en caso de ser atendido en una institución prestadora de servicios de salud que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.
2. Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S para una atención específica.
3. En caso de incapacidad, imposibilidad negativa, injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Aunado a ello, los reconocimientos económicos se harán de conformidad con las tarifas establecidas por el Ministerio de la Protección Social para el sector público, tarifa para urgencia – SOAT, establecidas en el Decreto 2423 de 1996.

8.1.- En el caso sub examine, no hay discusión alguna respecto a que el señor Alberto Caamaño Martínez, recibió la atención médica en la Clínica Las Américas, pese a no existir contrato con la EPS a la cual se encontraba afiliado, ahora bien, alega el demandante que cumple el primer supuesto para obtener el reembolso, esto es, que se haya realizado el procedimiento en atención de urgencias, en caso de ser

atendido en una institución prestadora de servicios de salud que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.

Así las cosas, conviene precisar la interpretación del concepto de urgencia médica, de conformidad con el pronunciamiento de la Corte Constitucional en sentencia T-197 de 2019:

(...) debe comprenderse a partir del alcance que comúnmente se le ha otorgado al derecho fundamental a la vida digna, esto es, bajo el entendimiento de que la preservación de la vida implica no solo librar al ser humano del hecho mismo de morir, sino protegerlo de toda circunstancia que haga sus condiciones de existencia insoportables e indeseables; y le impida desplegar adecuadamente las facultades de las que ha sido dotado para desarrollarse en sociedad de forma digna.

Bajo esta lógica, una adecuada atención de urgencias comprende “emplear todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas”. Por ello, resulta razonable que “en algunos casos excepcionales, la ‘atención de urgencias’ [pueda] llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando los mismos sean solicitados por el médico tratante como urgentes y, por lo tanto, sean indispensables y no puedan ser retrasados razonablemente sin poner en riesgo la vida”.

En el presente asunto, consta que Alberto Caamaño Martínez ingresó a la Clínica Las Américas en la ciudad de Medellín el día 25 de agosto de 2010 donde permaneció hospitalizado hasta el 9 de septiembre del mismo año, según certificación emitida por esa entidad, fl. 112.

Se encuentra acreditado que el 25 de agosto de 2010 fue valorado en la aludida Clínica Las Américas por el Neurocirujano Jorge Hernán Giraldo en el servicio de urgencias, quien ordenó “hospitalizar”, fl. 24, así mismo, esta acreditado que el Ortopedista – cirugía de columna Dr.

Jorge Eliécer Piragua le ordenó rayos x de pelvis, cadera derecha y rodilla derecha, fl. 25, los que arrojaron como resultado “fractura basicervical de fémur”, fl. 26.

De otra parte, obra historia clínica que inicia el 25 de agosto de 2010, hora: 16:10, en la que se refiere “Hace 15 d, con dolor en muslo der., que se irradia, se localiza en rodilla y se refiere a los aductivos del muslo der, valorado por Dr. Jorge H. Giraldo, Ncx, quien ordena la hospitalización a nombre del Dr. Piragua, ortopedista...”, fl. 40, lo que derruye los argumentos del demandante respecto a que su ingreso obedeció a una urgencia provocada por un dolor intenso en su muslo derecho, como quiera que la anamnesis señala que el dolor presentado por el actor data de 15 días, aunado a que, se constata que el procedimiento le fue realizado el 31 de agosto del mismo año, fl. 106, esto es, 6 días después de su ingreso a la institución médica.

Esta Magistratura no desconoce la existencia de la fractura, ni las complicaciones y dolor derivado de la misma, no obstante, de conformidad con la historia clínica, dados los tiempos transcurridos desde que inició el dolor, la fecha en que acudió por urgencias, y el día de la cirugía, se colige que los galenos no la consideraron una urgencia vital, puesto que, como ya se expuso, el procedimiento quirúrgico cuyo pago pretende no fue practicado de manera inmediata, ni se avizora que se encontraba en riesgo inminente su vida, por tanto, no se cumple con el primer supuesto que da lugar al reembolso por parte de la EPS.

Además, conviene precisar que de conformidad con las documentales se constata que, durante su hospitalización, en fecha 9 de septiembre de 2010 le fue diagnosticado “mieloma múltiple sintomático”, fl. 115, también denominado cáncer de células plasmáticas según los manuales

de medicina¹, patología de las denominadas catastróficas y cuyo tratamiento es de alto costo, no obstante se advierte que esta no fue la causa de ingreso a la Clínica Las Américas y que este resultó ser un hallazgo posterior al procedimiento quirúrgico.

De ahí que tampoco se cumpla el supuesto excepcional de atención de urgencias que incluyen el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, pues en estos casos se exige que el procedimiento sea solicitado como urgente por el médico tratante, situación que no se evidencia en este caso, dado que como ya se dijo no fue esa la causa de su ingreso al centro asistencial.

8.2.- De otra parte, se torna necesario hacer referencia a la segunda hipótesis: “Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S para una atención específica”, puesto que asegura el demandante en el libelo inicial que al momento del ingreso a la Clínica Las Américas informó de esa situación a la Clínica General del Norte, dicho que reitera la señora Luz Leonila Cuadro Narváez, quien testificó que es la esposa de uno de los hijos del demandante, y afirmó que “llamamos a la Clínica del Norte que es la EPS o IPS que él tiene para manifestar la situación del señor Alberto Caamaño, los cuales me dijeron que ellos se harían cargo de la situación, como en 2 ocasiones llamamos y en ningún momento obtuvimos respuesta de ellos”.

Es pertinente precisar que existen diferencias entre IPS y EPS, siendo esta última la encargada de organizar y garantizar el acceso a los beneficios del Plan Obligatorio de Salud de sus afiliados y beneficiarios, mientras que la IPS es la institución que presta sus servicios a los afiliados de la EPS que contrato sus servicios. En este caso el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles es la entidad encargada de garantizar el

¹ <https://www.msmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-de-las-c%C3%A9lulas-plasm%C3%A1ticas/mielomam%C3%BAltiple>

acceso al POS de sus beneficiarios y la Clínica General del Norte una IPS contratada para suministrar esa atención.

Precisado lo anterior, se advierte que era al Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles y no la Clínica General del Norte, la que debía ser informada de lo ocurrido a fin de obtener la autorización para recibir la atención médica requerida, y de conformidad con lo testificado por Luz Leonila Cuadro Narváez, no hay certeza de que esa comunicación se hubiere realizado, puesto que al momento de ser cuestionada al respecto manifestó “No me acuerdo porque al frente estaba Carlos Simeón, yo me acuerdo de lo que yo hice porque yo fui la que estuve llamando al momento de la urgencia del señor Alberto Caamaño”, afirmando solamente ser consciente de haberse comunicado con la Clínica del Norte.

Así las cosas, debe advertirse que el segundo supuesto indica que debe existir autorización expresa para recibir la atención específica, la que no se hace patente en este caso, pues no se realizó comunicación con el Fondo de Pasivo Social, por tanto, no se expidió autorización alguna para obtener la atención médica en la ciudad de Medellín, circunstancia por la cual no procede el reembolso.

8.3.- Respecto al tercer supuesto, esto es, *incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S para cubrir las obligaciones para con sus usuarios*, la misma tampoco se encuentra acreditada, puesto que pese a que la testigo afirma que informó a la Clínica General del Norte de la situación de “urgencia” del señor Alberto Caamaño Martínez y que allí le indicaron que se apersonarían de la situación empero no lo hicieron, de ello no es posible extraer la ocurrencia de la hipótesis aquí planteada.

Véase que el demandante ni siquiera solicitó atención médica en la IPS asignada, ni pidió información respecto a la entidad donde podía ser

atendido en la ciudad de Medellín, pese a que al momento de su ingreso a la Clínica Las Américas manifestó presentar un cuadro de dolor que data de 15 días, y según el testimonio de la esposa de su hijo, ellos arribaron a Medellín desde el 22 de agosto para asistir a un sepelio.

Contrastando la Historia Clínica aportada por el demandante con los dichos de la testigo y los hechos narrados en la demanda, se encuentran inconsistencias que llevan a derruir sus pretensiones, puesto que no puede achacarse *incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S para cubrir las obligaciones para con sus usuarios*, como quiera que el afiliado no acudió a la red de prestadores de la entidad encargada de sus servicios asistenciales, pese a que según la historia clínica de la Clínica Las Américas el dolor que lo llevo a urgencias lo venía presentando 15 días previos, esto es, desde antes de viajar y no había acudido a su IPS para recibir valoración y tratamiento.

Nótese que el paciente es médico, fl. 1, por lo que al tratarse de un profesional de la salud posee conocimientos mínimos de la necesidad de acudir al servicio médico de su IPS para revisar sus padecimientos, y no lo hizo, prefiriendo viajar a otra ciudad donde finalmente acudió de manera particular a recibir la atención médica requerida.

De ahí que no se advierta negativa o negligencia de la pasiva para cubrir los servicios médicos requeridos por el paciente, pues éste ni siquiera le permitió valorarlo para determinar el tratamiento requerido, y decidió acudir a un prestador de salud que no hace parte de la red de los prestadores del Fondo de Pasivo Pensional de Ferrocarriles Nacionales, donde canceló cita con Neurología de manera particular, así como exámenes médicos y posteriormente el procedimiento quirúrgico que le fue practicado el 31 de agosto de 2010, lo que acredita que fue decisión del paciente y su familia acceder de manera particular a los servicios

médicos, haciendo caso omiso a la atención que le podía suministrar su IPS Clínica General del Norte S.A.

De conformidad con el caudal probatorio, al afiliado no le asiste el derecho al reembolso que reclama, como quiera que no se encuentra cumplido ninguno de los supuestos que permiten el reembolso de gastos médicos, por lo que se confirmará la decisión de instancia.

8.4.- Finalmente, en relación con la extemporaneidad en la reclamación presentada por el demandante, al tratarse de un punto de apelación conviene precisar que, el término de 15 días para presentar la solicitud de reembolso contemplada en la resolución No. 5261 de 1994, no puede entenderse como un término prescriptivo de las obligaciones. La Corte Constitucional, en sentencia 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**”.

9.- Dado que no existen otros reparos se confirmará la sentencia proferida el 3 de febrero de 2017 por el Juzgado Laboral del Circuito de Chiriguaná - Cesar, por las razones aquí expuestas. Al no prosperar el recurso de apelación, se condenará en costas al demandante por un valor de un (1) SMMLV, las cuales serán liquidadas de forma concentrada por la primera instancia.

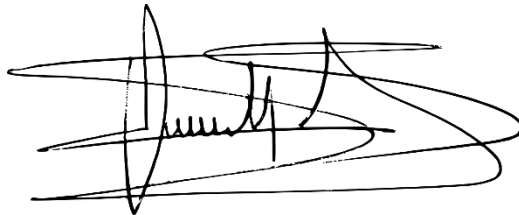
DECISIÓN

Por lo expuesto, la Sala Civil-Familia-Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **RESUELVE:** CONFIRMAR la sentencia proferida el 3 de febrero de 2017 por el Juzgado Laboral del Circuito de Chiriguaná – Cesar, de conformidad con lo expuesto.

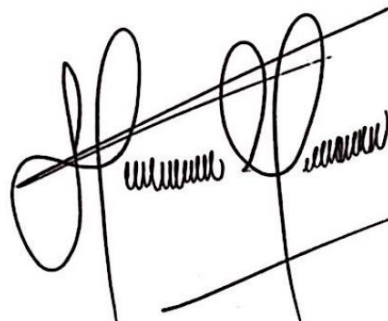
COSTAS como se dejó visto en la parte motiva.

Devuélvase el expediente al juzgado de origen una vez cumplidos los trámites propios de esta instancia. Déjense las constancias del caso en el sistema justicia siglo XXI.

NOTÍFIQUESE Y CÚMPLASE,



ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ
Magistrado Ponente



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado



JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH
Magistrado