



JUZGADO VEINTIDÓS (22) LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

Primero (1º) de febrero de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	Acción de Tutela N° 014
Accionante	MARÍA ELENA SIERRA MEJÍA
Accionada	EPS SURAMERICANA S.A.
Radicado	No. 05001-41-05-001-2020-00571-00
Instancia	Segunda
Providencia	Sentencia N° 018
Temas	Derecho a la salud, a la seguridad social, exención de copagos, y cuotas moderadoras (Hecho Superado)
Decisión	Confirma

SENTENCIA TUTELA

Se decide la impugnación interpuesta por la accionante, en contra de la sentencia proferida por el Juzgado Primero (1º) Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Medellín, instaurada por **MARÍA ELENA SIERRA MEJÍA**, en contra de la **EPS SURAMERICANA S.A.**

FUNDAMENTOS FACTICOS

Indica la accionante en el escrito inicial, que venía siendo atendida para consulta general en SAN IGNACIO, pero fue trasladada para ser atendida “... *en el punto de la central (centro comercial, buenos aires)*”; que en octubre de 2020 solicitó la entrega de medicamentos y le hicieron un doble cobro, porque su cuota era de \$3.400, pero le cobraron \$6.800; que el 11 de noviembre de 2020 solicitó una cita con la finalidad de que el médico le unificara las fórmulas como lo hacían, cuando era atendida en SAN IGNACIO; que en el nuevo centro de atención no se controlan los protocolos de COVID 19; que al solicitarle al médico la unificación de la fórmula, decidió no recetarle ningún medicamento y le indicó que continuara con los que venía recibiendo; que se comunicó con la EPS SURA donde le hicieron creer que su problema estaba solucionado, pero cuando solicitó los medicamentos le informaron que debía cancelar tres veces el copago, es decir, \$10.200, por lo que le dijo al mensajero que no tenía dinero para pagar los medicamentos, por lo que recibió un mensaje de texto donde le informaban que los medicamentos pudieron ser entregados porque no hubo quien los recibiera; que tal información es falsa, porque al mensajero si lo atendió, solamente no tenía el dinero para los 3 copagos; que interpuso una queja en la EPS para que le unifiquen las fórmulas, “... *pero cuando llega la hora cero todo está en contra y del usuario o paciente*”; que es una persona de escasos recursos económicos y no tiene como sufragar sus gastos en salud.

PRETENSIONES

Solicita la accionante que se amparen los derechos fundamentales a la salud y seguridad social de la paciente, y se le ordene a la accionada que le sea continuada la prestación de su servicio de salud “... *en el centro de atención COMFAMA DE SAN IGNACIO*”; se unifiquen las fórmulas de los medicamentos que se le envían mensualmente; que los medicamentos por su enfermedad del corazón y riñones sean exentos de copago; que se entreguen los medicamentos que el 17 de noviembre no pudo recibir por no poderlos pagar y que esta orden sea impartida de manera integral.

INFORME DE PARTE DE EPS SURAMERICANA S.A.:

Debidamente notificada, la accionada emitió contestación señalando en dicho documento, una relación de las atenciones de la paciente y allegó una copia de la fórmula médica 2725-8896412 con la totalidad de los medicamentos que requiere y como cobro de cuota moderadora el valor de \$3.400, sin que se haga alusión a los hechos mencionados por la accionante.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

La Jueza *a-quo*, mediante providencia del 1º de diciembre de 2020, negó la tutela, en los siguientes términos:

“PRIMERO: NEGAR POR HECHO SUPERADO el amparo de los derechos fundamentales invocados por **MARÍA ELENA SIERRA MEJÍA**.

...”

OBJETO Y FUNDAMENTO DE LA IMPUGNACIÓN

Inconforme con la decisión de primer grado, la accionante impugnó, indicando que se debe revocar la sentencia, y que en su lugar *“se me exonere de los copagos totalmente en la entrega de los medicamentos.”*

Solicita que se revoque el fallo proferido por el juzgado de primera instancia por cuanto *“queda a medias”*, por cuanto es paciente, adquiere mucho de lo que necesito para llevar con decoro su situación de enferma, pero en general es de escasos recursos económicos que me impiden asumir el costo, sin embargo, que tiene derecho a acceder al servicio de salud que disminuya la incomodidad en intranquilidad que le genera su enfermedad; que si bien la entrega de estos medicamentos no remedia por completo mi estado de salud, si me permite que pueda gozar de unas condiciones dignas de salud.

Que cuenta con escasos recursos para sufragar estos gastos en salud y solicita al señor Juez ante esta Tutela valore si cargara con estos gastos, (dinero que no tengo) comprometería el derecho al mínimo vital para acceder a un nivel de vida digna ya que el deterioro progresivo del patrimonio familiar terminaría por comprometer la satisfacción de sus necesidades básicas. Y señala que hay que tener en cuenta que sus problemas de hipertensión como del riñón según historia clínica y a pesar de mis cuidados vienen creciendo, es decir, se están volviendo enfermedad que requieren cada vez más cuidado especial, donde podemos ver que son enfermedades catastróficas, donde los medicamentos que para ello ordena el medico deberían estar exentos de copago.

En forma final indica que por su situación de enferma son males crónicos y que se consideran catastróficos, y más cuando le EPS SURA, con sus actuaciones diversas retrasa o intenta negar los mismos, haciendo así más catastrófico la situación de enferma.

CONSIDERACIONES

1. COMPETENCIA

Es competente este Despacho para conocer la presente acción constitucional, conforme lo consagra los artículos 86 de la Constitución Política y 32º del Decreto 2591 de 1991. Esta acción de tutela es un mecanismo para la protección inmediata de los Derechos Fundamentales

Constitucionales cuando quiera que estos resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de una autoridad pública, o de un particular en los casos contemplados por la ley; dicho mecanismo opera siempre y cuando el ciudadano afectado no disponga de otros medios para la protección de los derechos conculcados o, existiendo esos medios, la acción se utilice como instrumento transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

2. DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL Y DERECHO A LA SALUD

La Honorable Corte Constitucional, con respecto al derecho a la seguridad social en salud, en sentencia T-114 del 6 de marzo de 1997, precisó lo siguiente:

“Los objetivos del sistema de seguridad social en salud se concretan en la necesidad de regular la prestación de este servicio público esencial, creando las condiciones para su acceso de toda la población en los diferentes niveles de atención (L. 100/93. Art. 152)”.

“Estos propósitos responden a los planteamientos programáticos formulados por el constituyente de 1991, en cuanto consagran la responsabilidad del Estado en la atención de la Salud como un derecho irrenunciable a la seguridad social en su condición de servicio público de carácter obligatorio (art. 49)”.

En efecto, el art. 49 de la Constitución Política señala que: *“la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...”*. Y además el art. 11 de la misma carta establece: *“El derecho a la vida es inviolable”*.

Con respecto al derecho a la salud, la misma Corte Constitucional, mediante sentencia T-312 de 1996, dijo:

“El derecho a la salud comprendido dentro del catálogo de los derechos sociales, económicos y culturales tiene en la Constitución un contenido evidentemente prestacional, pues al deber correlativo que tiene toda persona de “procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”, se encuentra el del Estado de garantizar su cumplimiento, a través del correspondiente sistema de servicios, mediante el suministro de prestaciones concretas en materia de salud”.

3. PRINCIPIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha recalcado, en varias ocasiones, que el ordenamiento jurídico colombiano ha prescrito que el derecho a la salud debe prestarse conforme con el principio de atención integral. En primer lugar, podemos mencionar la sentencia T-760 de 2008 en la que se estableció lo siguiente:

“(…) De acuerdo con el orden constitucional vigente, como se indicó, toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera. Esto sin importar si los mismos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido. Por lo tanto, si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.

Así, desde su inicio, la jurisprudencia constitucional consideró que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera ‘con necesidad’ (que no puede proveerse por sí mismo). En otras palabras, en un estado social de derecho, se le brinda protección constitucional a una persona cuando su salud se encuentra afectada de forma tal que compromete gravemente sus derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad personal, y carece de la capacidad económica para acceder por sí misma al servicio de salud que requiere.

Existe pues, una división entre los servicios de salud que se requieren y estén por fuera del plan de servicios: medicamentos no incluidos, por una parte, y todos los demás, procedimientos, actividades e intervenciones, por otra parte. En el primer caso, existe un procedimiento para acceder al servicio (solicitud del médico tratante al Comité Técnico Científico), en tanto que en el segundo caso no; el único camino hasta antes de la presente sentencia ha sido la acción de tutela.

En conclusión, toda persona tiene el derecho a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que requiera. Cuando el servicio que requiera no está incluido en el plan obligatorio de salud correspondiente, debe asumir, en principio, un costo adicional por el servicio que se recibirá. No obstante, como se indicó, la jurisprudencia constitucional ha considerado que sí carece de la capacidad económica para asumir el costo que le corresponde, ante la constatación de esa situación de penuria, es posible autorizar el servicio médico requerido con necesidad y permitir que la EPS obtenga ante el Fosyga el reembolso del servicio no cubierto por el POS. (...).”

Por su parte, el numeral 3° del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, enuncia este principio de la siguiente manera:

“El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud”.

De igual forma, el literal c del artículo 156 de la misma ley dispone que

“Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud.”

Sobre el tema, se trae a colación sentencia T-576 de 2008, en la que se precisó el contenido de este principio:

“16.- Sobre este extremo, la Corte ha enfatizado el papel que desempeña el principio de integridad o de integralidad y ha destacado, especialmente, la forma como este principio ha sido delineado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del mismo modo que por las regulaciones en materia de salud y por la jurisprudencia constitucional colombiana. En concordancia con ello, la Corte Constitucional ha manifestado en múltiples ocasiones que la atención en salud debe ser integral y por ello, comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del/ de la (sic) paciente¹.

17.- El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS - deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento^{2,3}.

En la misma providencia también se precisaron las facetas del principio de atención integral en materia de salud:

“A propósito de lo expresado, se distinguen dos perspectivas desde las cuales la Corte Constitucional ha desarrollado el principio de integridad de la garantía del derecho a la salud. Una, relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en materia de salud,

¹ Sentencia T-518 de 2006.

² Sentencias T-830 de 2006, T-136 de 2004, T-319 de 2003, T-133 de 2001, T-122 de 2001 y T-079 de 2000.

³ Sentencias T-053 de 2009, T-760 de 2008, T-1059 de 2006, T-062 de 2006, entre otras.

valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional, social, para nombrar sólo algunos aspectos.⁴ La otra perspectiva, se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un(a) paciente.”

En ese orden es posible concluir que la atención médica que deben prestar las EPS debe ser en todos los casos integral y completa, incluso en aquellos eventos en los que el médico tratante no haga una prescripción específica o no sugiera que se lleve a cabo un determinado tratamiento cuando éste parece vital.

4. CASO CONCRETO

La tutelante muestra reparos en la decisión de primera instancia, en tanto, quiere que sea exonerada del cobro de copagos, mismo que fuera cubierto por ella, para la entrega de los medicamentos recetados, en la suma de \$3.400, razón por la cual, el juez de primera instancia, declaró improcedente la tutela, al configurarse un hecho superado.

Sobre este tema, los copagos, hay que señalar que en virtud del principio constitucional de la eficiencia se busca la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; es por ello, que el legislador estableció las llamadas cuotas moderadoras y copagos con el fin de racionalizar el uso de los servicios de salud, consagrados expresamente en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993 y desarrollados principalmente en los Decretos 2357 de 1995, 050 de 2003 y en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

De conformidad con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, tales pagos se aplicarán con el exclusivo objeto de racionalizar el uso de los servicios del sistema; en cambio, para los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

A su vez, el Acuerdo No. 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, precisó el objeto de las cuotas moderadoras y los copagos; las primeras se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, en tanto que los últimos se aplican únicamente a los afiliados beneficiarios, igualmente estableció también los principios que rigen la aplicación de estos conceptos, así como los servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras y los excluidos del cobro de copagos, mencionando expresamente, en lo que a este último aspecto se refiere, los servicios relacionados con enfermedades catastróficas o de alto costo. Como puede concluirse, el legislador consideró procedente el cobro de las cuotas moderadoras y copagos como mecanismo destinado a: “*racionalizar el uso de servicios del sistema*”.

El legislador y la reiterada jurisprudencia de la Corporación han establecido que el cobro de las cuotas moderadoras y de copagos no puede constituirse en una barrera de acceso a los servicios de salud de la población más pobre.

⁴ Sentencias T-307 de 2007, T-016 de 2007 y T-926 de 1999, entre otras.

El precitado Acuerdo 260 de 2004, “Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud” dispone en su artículo 7º:

“Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

...

4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.

...”

Por su parte, la Resolución 3512 de 2019, del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, “Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).”, a la fecha vigente, en su artículo 124 señala en forma literal:

“ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, entiéndase como de alto costo para efectos del no cobro de copago, los siguientes eventos y servicios:

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

...”

Es así que los padecimientos médicos de la señora MARÍA ELENA SIERRA MEJÍA no se encuentran enlistados en la norma en comento, que habilita la exoneración del cobro de cuotas moderadoras y/o copagos, tales como: “I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)”, “N189-INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA”, y “H401-GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO ABIERTO”, y menos aún, se encuentra acreditada la condición de “pobreza” que ella alude en su recurso, o de escasos recursos, que la suma de \$3.400 afecte notablemente sus condiciones de vida, recordando que ella es cotizante activa, es decir, que se presume como que se encuentra percibiendo ingresos económicos; y es que no cumple la accionante con los presupuestos legales, ni constitucionales para ser exonerada, como lo solicita, del cobro de copagos o cuotas moderadoras.

Igualmente, se advierte que esta solicitud de exoneración de cuotas moderadoras y/o copagos se tiene que analizar por cada evento, es decir, en cada hecho particular, sin que sea dable hacerlo en forma indefinida o definitiva, menos aún para los afiliados al sistema que pertenecen el régimen contributivo, y ello por cuanto las circunstancias económicas del afiliado y/o cotizante pueden variar con el tiempo, y de acceder a este tipo de peticiones, se estaría vulnerando el derecho a la igualdad de los demás integrantes del régimen contributivo, que con el cubrimiento de cuotas moderadoras y/o copagos cumplen con el principio de solidaridad que rige la Ley 100 de 1993.

Por lo anotado, esta petición de exoneración de copagos resulta a todas luces improcedente, en tanto resulta desproporcionada cuando se trata del régimen contributivo, y no estar legalmente justificada tal omisión, otorgando un beneficio económico sin límite temporal, con las implicaciones que ello tiene para el mismo sistema general de seguridad social, en salud.

Ahora, en cuanto a la declaratoria de hecho superado, por parte del juez inicial, tenemos que pues además de la pretensión de exoneración de copagos, la otra, era precisamente esa, la de entrega de los medicamentos, unificación de las fórmulas médicas y reasignación de IPS, lo que ocurrió durante el trascurso de la primera instancia, y de allí, la decisión cuestionada; es por ello, que ante todo lo referido, carece de sentido, continuar con el trámite de las presentes diligencias, dado que en forma clara, a pesar de lo sostenido por la accionante en su recurso, sus pedimentos fueron satisfechos, con su anuencia, al haber pagado el copago de \$3.400, como se aprecia en la documental adjunta.

Ahora bien, la Corte Constitucional ha enfatizado, que si durante el trámite de la acción de tutela, la vulneración o amenaza a los derechos fundamentales desaparece, la tutela pierde su razón de ser, pues bajo esas condiciones no existiría una orden que impartir⁵; y dado que en el presente caso se constató que la entidad tutelada ya realizó los procedimientos a su cargo, entrega de medicamentos, unificación de fórmulas médicas, y cambio de IPS; por lo que se está frente a un hecho superado, como quiera que la situación que originó la presente acción de tutela ya desapareció. En consecuencia, ante la existencia de un hecho superado, esta judicatura declarará la carencia actual de objeto, confirmando entonces, necesariamente, la decisión ahora recurrida.

El fenómeno de la carencia actual de objeto se presenta, en la medida en que la finalidad de la acción de tutela es garantizar la protección del derecho fundamental de quien acude al amparo constitucional y dicha finalidad se extingue al momento en que la vulneración o amenaza cesa, por cualquier causa. Es decir, es en principio, una finalidad subjetiva⁶. Existiendo carencia de objeto *“no tendría sentido cualquier orden que pudiera proferir esta Corte con el fin de amparar los derechos fundamentales del accionante, pues en el evento de adoptarse ésta, caería en el vacío por sustracción de materia.”*⁷ La Corte Constitucional ha señalado al respecto:

“Esta Corporación, al interpretar el contenido y alcance del artículo 86 de la Constitución Política, en forma reiterada ha señalado que el objetivo de la acción de tutela se circunscribe a la protección inmediata y actual de los derechos fundamentales, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas, o de los particulares en los casos expresamente consagrados en la ley.

“Así las cosas, se tiene que el propósito de la tutela, como lo establece el mencionado artículo, es que el Juez Constitucional, de manera expedita, administre justicia en el caso concreto, profiriendo las órdenes que considere pertinentes a la autoridad pública o al particular que con

⁵ Sentencias T-608 de 2002 y T-758 de 2005.

⁶ Sentencias T-027 de 1999, T-262 de 1999, T-137 de 2005.

⁷ Sentencia T-972 de 2000.

sus acciones han amenazado o vulnerado derechos fundamentales y procurar así la defensa actual y cierta de los mismos.

“No obstante, cuando la situación de hecho que causa la supuesta amenaza o vulneración del derecho alegado desaparece o se encuentra superada, la acción de tutela pierde toda razón de ser como mecanismo más apropiado y expedito de protección judicial, por cuanto a que la decisión que pudiese adoptar el juez respecto del caso concreto resultaría a todas luces inocua, y por consiguiente contraria al objetivo constitucionalmente previsto para esta acción⁸.”

Por consiguiente, y en vista de que a la hora de emitir este fallo se hace improcedente la orden del juez constitucional, dado que existe un hecho ya superado, se habrá de declarar la carencia actual de objeto, en los términos señalados por el *a-quo*.

En resumen, encuentra este funcionario judicial que no incurrió en desacierto la sentencia de primera instancia, pues la misma consideró la existencia de un hecho superado, sin que se vieran vulnerados los derechos fundamentales de la accionante, a la salud, a la seguridad social, y al mínimo vital, según lo ya anotado; encontrándose entonces que dicha providencia se encuentra debidamente sustentada en criterios objetivos, acordes con los supuestos fácticos y la prueba documental allegada al expediente, más aún, con precedentes judiciales y jurisprudenciales, de las cuales no se colige un error que sea capaz de quebrar la conclusión allí plasmada; en consecuencia, es forzoso **CONFIRMAR** la decisión impugnada, de fecha y origen conocidos.

El presente expediente, contenido de la acción de tutela, será enviado a la Corte Constitucional para su eventual revisión; se ordena la notificación en legal forma a las partes de la presente providencia.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO VEINTIDÓS (22) LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la **REPÚBLICA DE COLOMBIA** y por autoridad de la Constitución y la Ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR, por las razones aquí expuestas la sentencia que se revisa por vía de impugnación, de fecha y procedencia conocidas.

SEGUNDO: Envíese el expediente a la Corte Constitucional, para una eventual revisión.

Notifíquese en legal forma a las partes la presente providencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


ALEJANDRO RESTREPO OCHOA
Juez

⁸ Sentencia T-308 de 2003.