



República de Colombia
Tribunal Superior de Cali
 Sala Laboral

Proceso	Ordinario - Apelación de Sentencia -
Demandante	JIMENA ORDOÑEZ CANABAL
Demandado	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.
Radicación	760012205000202300091 00
Tema	Reconocimiento Económico de los Gastos en que Incurrió la Afiliada por la Atención de Urgencias en la Fundación Valle de Lili.

En Santiago de Cali, a los veintinueve (29) días del mes de febrero de 2024, el suscrito Magistrado **Jorge Eduardo Ramírez Amaya**, en asocio con las demás integrantes de la Sala de Decisión, nos disponemos a dictar sentencia, en Segunda Instancia, conforme los lineamientos definidos en el **numeral 1º del Artículo 13 de la Ley 2213 de 2022**, en el proceso de la referencia.

Procede la Sala a decidir el **recurso de apelación** interpuesto por la **demandada SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, en contra de la **sentencia del 29 de diciembre de 2022**, dictada por la **Superintendencia Nacional de Salud**, en ejercicio de las funciones jurisdiccionales asignadas mediante el artículo 41 de la ley 1122 de 200, modificado por el artículo 126 de la ley 1438 de 2011.

Alegatos de Conclusión

Los presentados por las partes, son tenidos en cuenta en la presente decisión.

No habiendo pruebas que practicar y surtido el trámite legal, procede la Sala, a proferir la siguiente,

SENTENCIA No. 018

Antecedentes

JIMENA ORDOÑEZ CANABAL, a través de agente oficioso, presentó demanda ordinaria laboral, ante la Superintendencia Nacional de Salud, en contra de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, con el objeto de obtener el **reembolso de gastos incurridos**, como consecuencia de la atención de urgencias en la IPS Fundación Valle de Lili, por la suma de \$25.885.011, así como los intereses a la máxima tasa moratoria permitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente a la fecha en la que efectivamente se haga el pago; y, que el pago se haga a la cuenta de ahorros 807 767450 34 de Bancolombia a nombre de Patricia Ordóñez Canabal, con cédula de ciudadanía No. 31.272.320 de Cali.

Demanda y Contestación

En resumen de los hechos, señaló la actora que, desde hace varios años viene padeciendo serias afectaciones al corazón, que se agudizaron en el último bimestre de 2019; que el 16 de agosto de 2016, tuvo un procedimiento de ablación de lesión o tejido cardíaco FOC por taquicardia por re-entrada nodal, flutter auricular antihorario, ablación de las dos arritmias y bloqueo de rama izquierda, estando su vida en riesgo, de no ser por la oportuna intervención de los médicos tratantes que la salvaron.

Que, el 4 de diciembre de 2019, nuevamente ingresó por urgencias, por mareos, palpitaciones, etc. a la Fundación Valle del Lili, estando nuevamente su vida en peligro de no ser por la oportuna intervención de los médicos tratantes que la salvaron.

Adujo que, en todo este trámite tan angustiante para su familia, la EPS SOS Servicio Occidental de Salud, se negó, sin fundamento alguno de hecho y derecho y mucho menos de humanidad, cubrir los gastos necesarios para que se realizaran las intervenciones médico-quirúrgicas que fueron necesarias, razón por la cual su hermana Patricia Ordóñez Canabal optó por diferentes líneas de crédito de los bancos, lo que está

generando una carga financiera a su familia insostenible, y que podría afectar la estabilidad económica, financiera y mental de la misma.

Que, en la medida en la que tuvo esta que acudir al sistema financiero para cubrir dichos gastos médico-quirúrgicos, las entidades financieras están cobrando intereses a las tasas permitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Afirmó que, se hace necesario que la EPS SOS Servicio Occidental de Salud, reintegre la totalidad de los gastos que tuvo que cubrir en un momento de urgencia para salvar su vida, los intereses a que haya lugar, sin que, hasta la fecha, dicha entidad demandada hubiera cubierto las obligaciones para con sus usuarios.

Que, el 17 de enero de 2020 presentó solicitud por medio de la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, de la que se le dio traslado a la EPS SOS Servicio Occidental de Salud el 18 de enero siguiente, sin que hasta la fecha la entidad demandada ni la Superintendencia Nacional de Salud, se hubieran pronunciado.

La demandada **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, contestó la demanda, oponiéndose a las pretensiones de la misma, salvo a la pretensión quinta. En su defensa no formuló excepción laguna.

Trámite y Decisión de Primera Instancia

La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, profirió la **Sentencia SS2022-001352 del 29 de diciembre de 2022, accediendo parcialmente** a las pretensiones formuladas por la demandante; **ordenando** al **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, el reconocimiento y pago a favor de la señora PATRICIA ORDEÑEZ CABABAL, en su condición de agente oficiosa de la señora JIMENA ORDOÑEZ CANABAL, la suma de \$25.885.011, en el término de cinco días, a partir de la ejecutoria de la sentencia.

Recurso de Apelación

Inconforme con la decisión, recurre la **demandada SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S. A.** Solicitó revocar la sentencia apelada.

Manifestó que, respecto a lo requerido por la Señora Ordoñez Canabal, no ha sido renuente en las prestaciones de servicio de salud demandadas por la citada usuaria, por cuanto a la misma se le ha brindado el acceso a las tecnologías en salud, dentro de un esquema de tratamiento lógico, científicamente comprobado, coherente, racional y pertinente definido por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas a su red de prestadores.

Que, teniendo en cuenta lo anterior, es preciso señalar que, para garantizar el acceso a las tecnologías de salud, las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas a realizar contrataciones con una red de prestadores, mediante los cuales debe garantizar la prestación de los servicios de salud a sus usuarios. Transcribió el artículo 4 del Decreto 4747 de 2007.

Adujo que, de acuerdo con lo manifestado en el presente escrito y en la contestación de la demanda del proceso de la referencia, emerge con claridad que se garantizó el acceso a los servicios de salud a la Señora Ordoñez Canabal la prestación con base en el artículo 159 de la Ley 100 de 1993 que establece las garantías de los afiliados, el cual de igual forma transcribió.

Que, en ningún momento negó la atención médica a la Señora Ordoñez Canabal los días comprendidos entre el 4 y el 6 de diciembre de 2019; por el contrario y como se evidencia con los documentos aportados como pruebas en la contestación de la demanda, los representantes de la usuaria no aceptaron la remisión a una institución contratada dentro de la red de prestadores de la EPS, tomando la decisión de cubrir hasta donde fuera posible los servicios con su plan de Coomeva Medicina Prepagada y el resto de manera particular.

Después de copiar el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, añadió que, de acuerdo con la normativa vigente y con lo mencionado en la contestación de la demanda y en el presente escrito, en ningún momento a la Señora Ordoñez Canabal se le negó la prestación de los servicios de urgencias en Fundación Valle Del Lili; por el contrario, se gestionó la correspondiente remisión de la usuaria con un prestador contratado dentro de la Red de la EPS SOS S.A. y fueron los mismos representantes de la usuaria quienes manifestaron que asumirían de manera particular la prestación de los servicios requeridos.

Esgrimió que, de acuerdo con los aplicativos de la EPS SOS S.A, se pudo evidenciar que en ningún momento se radicó por parte de la usuaria o su representante solicitud de reembolso, dejando de lado los quince (15) posteriores a los hechos que generaron los gastos y, a pesar que estos radicaron una PQR ante la Superintendencia de Salud y la misma fue contestada, en la que se le indicaron los tiempos y los soportes con los cuales debía radicar dicha solicitud, no se evidencia radicación alguna sobre la solicitud de reembolso con los soportes exigidos legalmente, por lo que no es procedente reconocer el valor solicitado.

CONSIDERACIONES

Corresponde en esta ocasión a la Sala de Decisión resolver sobre el **recurso de apelación** interpuesto por la demandante **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, respecto de la sentencia proferida por **la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación**, quien actuó como juez de primera instancia.

Hechos Probados

En el *sub iúdice* no es materia de discusión que: **I)** JIMENA ORDOÑEZ CANABAL funge como afiliada en SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.; **II)** contaba con un Plan de Medicina Prepagada con COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.; **III)** el 4 de diciembre de 2019, ingresó por urgencias de la Fundación Valle del Lili; **iv)** derivado de su afección cardiaca fue intervenida quirúrgicamente por "*Oblación de*

lesión o tejido cardiaco FOC por taquicardia por reentrada nodal, flutter auricular de antihorario, obstrucción de dos arritmias y bloqueo de rama izquierda” -procedimiento “INSERCIÓN ” << IMPLANTACIÓN>> DE RESINCRONIZADOR CARDIACO”; **V)** COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. canceló los gastos de la atención hospitalaria, salvo el valor de los insumos solicitados para el procedimiento quirúrgico ordenados por no estar cubiertos en el plan de afiliación de la paciente; y, **VI)** la demandante a través de terceros pagó a la Fundación Valle del Lili por la atención en salud prestada la suma de \$25.885.011.

Problema Jurídico

Deberá la Sala verificar si hay lugar a imponer al **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, el reembolso de los gastos médicos en los que incurrió la demandante, al acudir el 4 de diciembre de 2019, al servicio de urgencias de la Fundación Valle del Lili, donde le fue practicado el procedimiento médico “INSERCIÓN ” << IMPLANTACIÓN>> DE RESINCRONIZADOR CARDIACO”, como consecuencia de las afecciones que en su salud presentaba.

Análisis del Caso

Normatividad y Jurisprudencia Aplicables

La garantía constitucional con la que cuenta toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada en los artículos 48 y 49 la Constitución Política y los artículos 153 y 156 de la Ley 100 de 1993, implica que el servicio a la salud debe ser prestado conforme a los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad, entre otros.

Por disposición de los artículos 152 y 157 de la Ley 100 de 1993, se establece dentro de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la regulación del acceso al servicio de salud, propiciando las condiciones para que la población pueda acudir a todos los niveles de atención, garantizándose por parte de las EPS, la prestación de los servicios incluidos en el hoy denominado Plan de Beneficios de Salud, **y de urgencias**, esto, por intermedio de las IPS.

Precisamente, en función de las obligaciones en cabeza de las Empresas Promotoras de Salud, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 reza: “(...) *Para efectos de esta ley entiéndase 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 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** (...)*”. (Negritas, subrayado y cursivas son de las Sala)

Bajo este panorama, importa traer a colación lo dispuesto en la Resolución 5857 de 2018, vigente para la data de los hechos, en la cual se encuentran conceptualizadas en cierta medida las atenciones médicas, que, para lo concerniente a este caso, define el numeral 5° del artículo 8°: “(...) **5. Atención de urgencias:** *Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (...)*”. (Negritas y subrayado fuera de texto)

Al tenor de lo previsto en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado y adicionado por el artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011 y por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

“(...) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS 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.
(...)"*

Así pues, en los precisos términos del referido artículo, los usuarios del Subsistema General de Seguridad Social en Salud pueden pretender, mediante un procedimiento judicial preferente y sumario, el reembolso de los gastos en que hayan incurrido.

Ahora, de la lectura detallada del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, se colige la configuración de tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado, a saber:

- (i) Atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS.
- (ii) Cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- (iii) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con el usuario.

En este punto es importante reseñar la diferencia que existe entre los servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud referente al Plan de Beneficios en Salud, PBS, antes POS, y los Planes Voluntarios de Salud, PVS, antes denominados Planes Adicionales de Salud, PAS, asunto respecto del cual la Corte Constitucional se pronunció en Sentencia T-1132 del 28 de noviembre de 2003, en el siguiente sentido:

*"(...)4. Prestación del servicio de salud a través de los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) y el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) El Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla la posibilidad de acceder al Plan Obligatorio de Salud (P.O.S) que prestan las Entidades Promotoras de Salud, así como a los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) que pueden ser prestados por las mismas E.P.S. cuando se trata de los denominados planes de atención complementarios en salud, o por entidades de medicina prepagada o por aseguradoras que ofrecen pólizas de salud.
El fin que persigue la existencia normativa de estos dos tipos de planes de salud es proporcionar una mayor cobertura en la prestación del servicio. Así los Planes Adicionales de Salud ofrecen un mayor cubrimiento que el proporcionado por el Plan Obligatorio de Salud, que resulta limitado frente al tratamiento de algunas enfermedades y el suministro de algunos procedimientos y medicamentos.
La diferencia sustancial entre estas dos clases de planes estriba en que el Plan Obligatorio de Salud que es prestado en el régimen*

contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es de carácter obligatorio y se financia con aportes y cotizaciones obrero - patronales, mientras que los Planes Adicionales de Salud no tienen el carácter de obligatorios, se financian en su totalidad con recursos distintos a las cotizaciones y, como su nombre lo indica, son de carácter adicional o accesorio al Plan Obligatorio de Salud P.O.S. por obedecer a la libre voluntad del afiliado.

Así, la Corte ha establecido que "se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina prepagada a manera de plan de salud complementario del básico.

De esta manera es claro que quien es cotizante o beneficiario de las dos clases de planes (obligatorio y adicional) goza de la facultad de escoger la entidad encargada de prestarle los servicios de salud, pudiendo optar entre la prestación del Plan Obligatorio de Salud y el Plan Adicional de Salud contratado, de acuerdo con las coberturas y requerimientos específicos para el tratamiento de su enfermedad. (...)".

Tal posibilidad la estableció el inciso final del artículo 18 del decreto 806 del 98, al indicar que:

"El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan."

Es claro entonces, que el usuario es libre de escoger entre el PBS o el PAS contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que la EPS pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido de las coberturas.

Solución al Caso Concreto

Dicho lo anterior, y toda vez que la usuaria era libre de decidir voluntariamente entre el PBS y el PVS, optó por ingresar a por servicio de urgencias el 4 de diciembre de 2019, con cargo a la entidad de medicina prepagada COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A a la que se encontraba afiliada. Se observa que una vez valorada y prestada la

atención de urgencias en Fundación Valle de Lili, se realizó la correspondiente validación de derechos y solicitud de las autorizaciones para la atención que la paciente necesitada, evidenciando que COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. autorizó la estancia y procedimiento con la salvedad de los insumos solicitados para el procedimiento quirúrgico ordenado, bajo el argumento de que no estaban contenidos dentro de la cobertura del plan de afiliación de la señora Jimena Ordoñez Canabal.

La Fundación Valle de Lili, manifestó que la entrada de la señora Jimena Ordoñez Canabal al servicio de urgencias, fue informado el 4 de diciembre del 2019 a Servicio Occidental de Salud, es decir a su ingreso, recibiendo indicación de inició de remisión a otra IPS, situación que fue comentada con la demandante y su familia quienes decidieron asumir el costo particular de lo que no cubriera el Plan de Medicina Prepagada y rechazar la remisión, adviértase que, el Plan de Medicina Prepagada generó autorizaciones para todos los servicios excepto para el insumo, sobre el que en últimas versa la demanda que nos convoca.

En ese orden de ideas y ante el inminente riesgo de vida de la usuaria, es apenas comprensible que, ante la negligencia de su aseguradora, hubiera impedido ella y sus familiares la remisión indicada por la EPS, optando por costear los gastos que la entidad de medicina prepagada no cubría en el prestador en el que se encontraba hospitalizada.

Cabe recalcar que, a efectos de garantizar la atención de urgencias¹, no es necesario, que la IPS tenga que solicitar autorización o permiso a la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente, ya que toda IPS que preste servicios de salud está en la obligación de atender a la población que acuda ante una alteración de la integridad física o mental que genere una atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte, de manera que en el asunto, la IPS Fundación Valle de Lili, no requería de parte de SOS EPS autorización previa para atender a la señora Jimena Ordoñez Canabal.

¹ El artículo 3 del Decreto 412 de 1992 la define como "... el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

De igual manera, la Ley Estatutaria de la Salud, 1751 de 2015 en su artículo 14, preceptúa que los tratamientos de urgencia deben ser cubiertos por el asegurador en salud, incluso sin que existan convenios con la IPS prestadora; por lo tanto, SOS EPS debió asumir su cobertura como entidad Administradora del Plan de Beneficios.

Las normas que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud ordenan a las IPS que cuando cualquier persona en Colombia solicita servicios de urgencia², se le debe clasificar mediante Triage (Resolución 5596 de 2015); por lo tanto, la IPS Fundación Valle de Lili al ingresó de Jimena Ordoñez Canabal, por el servicio de urgencias, no debió suministrar a su familiar cotización de los servicios a prestar ni cobrar pago particular de los servicios prestados y no cubiertos por el Plan de Medicina Prepagada, ya que en virtud de lo establecido en el artículo 10 *ibidem*, está expresamente prohibido a las IPSs exigir el pago de depósitos para la atención de urgencias, puesto que el paciente tiene derecho a recibir la atención por el servicio de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite, sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno: y a su vez, el artículo 14 *idem*, indica que: "(...) *Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia...*".

Finalmente para ésta Colegiatura, de las pruebas debidamente arrimadas al proceso y la información recaudada dentro del trámite sumario, la atención requerida por la paciente, y de la cual terminó asumiendo en parte su costo, aparece catalogada dentro del ordenamiento legal como urgencia, pues estaba comprometida su sistema cardiaco con ineludible riesgo de sufrir consecuencias irreversibles en caso de no ser intervenida con prontitud, evento en el que, el servicio o la atención de salud dispuesta por el profesional de la salud, hace que cobre mayor relevancia su necesidad e inminente materialización, frente al cual incluso, la misma legislación, verbigracia, en el artículo 120 del

² URGENCIA es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte

Decreto 019 de 2012, impone que el trámite de autorizaciones o actuaciones administrativas que deban ejecutarse para un paciente atendido en urgencias debe agotarse entre IPS y EPS, sin inmiscuir o trasladar esa carga al afectado, punto en el que no puede liberarse de responsabilidad a la recurrente bajo el argumento que, los representantes de la usuaria no aceptaron la remisión a una institución contratada dentro de la red de prestadores de la EPS, tomando la decisión de cubrir hasta donde fuera posible los servicios con su plan de Coomeva Medicina Prepagada y el resto de manera particular, cuando por su condición física, por demás vulnerable en ese momento, y la previsión legal en comento, estaba desligada del asunto.

Con base en las anteriores precisiones, se establece que existió por parte del **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.**, vulneración a las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, toda vez, que no garantizó a su afiliada, una atención oportuna, frente a la contingencia o situación de urgencia que presentó.

En ese orden de ideas, el recurso impetrado está llamado a su fracaso, sin que medie condena en costas en esta instancia, pues no fueron pedidas en el libelo de demanda.

Decisión

En mérito de lo expuesto, ésta Sala de Decisión Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFÍRMASE la **Sentencia SS2022-001352** del **29 de diciembre de 2022**, proferida por la **Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación**, dentro del proceso de la referencia, conforme se dijo en la parte motiva.

SEGUNDO: Sin **costas** en esta Instancia.

TERCERO: Cumplidas las diligencias respectivas, vuelva el expediente a su Juzgado de origen.

No siendo otro el objeto de la presente, se firma en constancia como aparece.

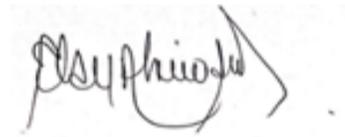
COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE



JORGE EDUARDO RAMIREZ AMAYA
Magistrado Ponente

(AUSENCIA JUSTIFICADA)

ALVARO MUÑIZ AFANADOR
Magistrado



ELSY ALCIRA SEGURA DIAZ
Magistrada