



MINISTERIO PÚBLICO
PROCURADURÍA DE LA
ADMINISTRACIÓN

Panamá, 7 de octubre de 2021

Proceso Contencioso Administrativo
de Plena Jurisdicción.

El Doctor Teófanés López Ávila actuando en nombre y representación de **María Cristina Algandona Flecher**, solicita que se declare nula, por ilegal, la Resolución No. 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017, expedida por el **Director General de la Caja de Seguro Social**, su acto confirmatorio y para que se hagan otras declaraciones.

Contestación de la demanda.

Señor Magistrado Presidente de la Sala Tercera, de lo Contencioso Administrativo, de la Corte Suprema de Justicia.

Acudo ante usted de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 5 de la Ley N° 38 de 31 de julio de 2000, con la finalidad de contestar la demanda contencioso administrativa de plena jurisdicción descrita en el margen superior.

I. Los hechos en que se fundamenta la demanda, los contestamos de la siguiente manera:

Primero: No es un hecho; por tanto, se niega.

Segundo: No es un hecho; por tanto, se niega.

Tercero: No es un hecho; por tanto, se niega.

Cuarto: No es un hecho; por tanto, se niega.

Quinto: No es un hecho; por tanto, se niega.

Sexto: No es un hecho; por tanto, se niega.

Séptimo: No es un hecho; por tanto, se niega.

Octavo: No es un hecho; por tanto, se niega.

Noveno: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo Primero: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo Segundo: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo Tercero: No es un hecho; como viene expuesto por tanto, se niega.

Décimo Cuarto: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo Quinto: No es un hecho; por tanto, se niega.

II. Normas que se aducen infringidas.

El apoderado judicial de la demandante sostiene que el acto acusado de ilegal infringe las siguientes normas:

A. Los artículos 70, 136 y 141 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, establece la prohibición de externalizar servicios en los casos en que esta entidad se provee a sí misma y a los asegurados de manera normal; los tipos de prestaciones para el riesgo de enfermedad y maternidad; y, lo concerniente a la amplitud de las mismas (Cfr. fojas 9 a 12 del expediente judicial);

B. Los artículos 2 (numerales 21 y 40) y 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, aprobado por la Resolución No. 52,872-2018-J.D. de 10 de octubre de 2018, que en forma respectiva, disponen dentro de su glosario las definiciones de emergencia, reembolso de gastos médicos y cuando se hará efectivo el mismo para riesgos de enfermedad y maternidad (Cfr. fojas 12 a 15 del expediente judicial).

III. Breves antecedentes y descargos legales de la Procuraduría de la Administración en representación de los intereses de la institución demandada.

3.1. Antecedentes.

Del contenido de la Resolución 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017, se observa que el 17 de julio de 2017, **María Cristina Algandona Flecher**, presentó ante la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud de la **Caja de Seguro Social** una solicitud de reembolso de gastos médicos en concepto de cirugía y costos de honorarios médicos por la suma de ochenta y tres mil ochocientos veinticinco balboas con sesenta y un centésimos (B/.83,825.61), realizada en el Hospital Santa Fe (Cfr. foja 131 del expediente judicial).

En atención a esta petición, el Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos mediante la Nota DENSyPS-DTCYSSME-1897-17 de 20 de julio de 2017, dirigida al Jefe del Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid", requirió la integración de una Comisión Médica Especializada, de no menos de tres (3) especialistas, a fin que evaluaran y dieran su recomendación sobre la solicitud presentada por **María Cristina Algandona Flecher** (Cfr. foja 131 del expediente judicial).

Como resultado de dicho análisis, la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Cirugía General, conforme manifiesta en la Nota SdeCG-N°157-17-CHDRAAM de 28 de julio de 2017, concluyó lo siguiente: **"1. Shock séptico, Trombosis mesentérica; 2. Sí; 3. Sí; 4. Sí; 5. No disponemos de esa información; 6.Sí y 7. Sí, (Sic) (Foja 151)..."** (Cfr. foja 131 del expediente judicial).

En esa misma línea, se observa que según lo contempla el artículo 70 de la Ley No. 51 de 2005, se indicó que existe una expresa prohibición de adquirir aquellos bienes y servicios que la Caja de Seguro Social prevee en forma regular (Cfr. foja 131 del expediente judicial).

Posteriormente, como resultado de la recomendación emitida por el Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, mediante la Nota DTCYSSME-DENSYPs-2183-17 de 30 de agosto de 2017, la entidad a través de la Resolución No. 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017, resolvió: **"...NO ACCEDER a la solicitud de reembolso por gastos médicos presentada el 17 de julio de 2017, a (sic) la asegurada **MARÍA CRISTINA ALGANDONA FLECHER**..., en conceptos de cirugía, costos de honorarios médicos, realizado en el Hospital Santa Fe, por la suma de OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO BALBOAS CON 61/100 (B/.83,825.61), toda vez que (sic) la Institución podía brindar este servicio..."** (Cfr. foja 132 del expediente judicial).

No conforme con la decisión arriba adoptada por la entidad, la actora, por medio de su apoderado judicial, presentó el correspondiente recurso de apelación, mismo que dio lugar a la emisión de la **Resolución No. 54,170-2020-J.D. de 13 de octubre de 2020** (acto confirmatorio);

decisión que le fue notificada a la demandante el 15 de febrero de 2021 (Cfr. fojas 129 y 130 del expediente judicial).

IV. Argumentos de la actora.

No conforme con la decisión emitida por la Caja de Seguro Social, el apoderado judicial de **María Cristina Algandona Flecher**, acudió a la Sala Tercera el 14 de abril de 2021, a interponer la acción contencioso administrativa bajo análisis, en la que solicita se declare nula, por ilegal, la Resolución No. 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017; así como su acto confirmatorio contenido en la Resolución No. 54,170-2020-J.D. de 13 de octubre de 2020; y que, como consecuencia de tal declaratoria, la Caja de Ahorros está obligada a reembolsarle a la demandante la suma de ochenta y tres mil ochocientos veinticinco balboas con sesenta y un centésimos (B/.83,825.61), en concepto de cirugía y gastos médicos realizados en el Hospital Santa Fé (Cfr. fojas 4 y 5 del expediente judicial).

A juicio del apoderado judicial de la recurrente, la entidad demandada incurrió en una serie de actuaciones violatorias, al emitir la Resolución No. 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017, tal es el caso de la aplicación indebida del artículo 70 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, puesto que lo ocurrido a la actora no fue una situación normal, común o corriente, sino un estado de emergencia, en inminente peligro de muerte. Así como tampoco debió utilizarse esta norma ya que la misma regula una situación comprendida de actos de selección de contratista y su publicidad; y, no a una situación de emergencia de la recurrente (Cfr. fojas 9-10 del expediente judicial).

De igual manera, la reclamante advierte que se ha infringido el artículo 136 de la ley arriba en mención, por indebida aplicación puesto que se desconoció que la norma sí autoriza el pago o reembolso, al reconocer expresamente que la Caja de Seguro Social podrá establecer acuerdos de prestación de servicios con el sector privado (Cfr. foja 11 del expediente judicial).

En esa línea, indica la actora que la institución ha incurrido en una infracción al artículo 141 de la ley en comento, ya que esta señala que los reglamentos de prestaciones deben tener un concepto amplio en la prestación de los servicios asistenciales, por lo que las normas regladas que

dicte la institución deben aplicarse en forma general a todos los asegurados, pensionados, jubilados y dependientes, sin que se hagan excepciones al respecto (Cfr. fojas 12 del expediente judicial).

También, menciona la demandante que no se cumplió con lo normado en los artículos 40 y 76 del reglamento de prestaciones y servicios en salud de la Caja de Seguro Social, los que disponen que el reembolso de los gastos médicos, se hará efectivo al beneficiario en casos de urgencia o emergencia, cuando el asegurado compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la institución, lo que se vió plasmado debido los acontecimientos ocurridos en forma inesperada sufriendo la actora un Shock Séptico, Trombosis Mesentérica perdiendo así el conocimiento (Cfr. fojas 13-15 del expediente judicial).

V. Descargos de la Procuraduría.

Luego de analizar los argumentos expuestos por el apoderado especial de **María Cristina Algandona Flecher**, con el objeto de sustentar los cargos de ilegalidad formulados en contra del acto demandado, este Despacho advierte que no le asiste la razón, como a continuación se expone.

Debemos empezar indicando que al emitir las Resoluciones No. 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017, y la Resolución No. 54,170-2020-J.D. de 13 de octubre de 2020, la Caja de Seguro Social, ciñó su actuación con fundamento en el Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005 y sus posteriores modificaciones, como sujeto pasivo en el presente proceso contencioso-administrativo de plena jurisdicción.

5.1. Problema Jurídico:

El problema jurídico central que se analiza en esta ocasión se reduce en determinar si existían méritos suficientes, para que la Administración le reembolsara a la señora **María Cristina Algandona Flecher**, la suma de ochenta y tres mil ochocientos veinticinco balboas con sesenta y un centésimos (B/.83,825.61), en concepto de cirugía y gastos médicos realizados en el Hospital Santa Fe, tomando en cuenta que la institución de salud podía brindar el servicio.

Para abordar el estudio de tales problemas, esta Procuraduría enmarcará su argumentación, analizando el Reglamento de Prestaciones Médicas de la Caja del Seguro Social, y la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005.

5.2. Determinar si habáan méritos suficientes para el reembolso de gastos médicos.

Primeramente, este Despacho considera hacer referencia a lo señalado en los artículos 70 y 136 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, que regulan el tema de la Prohibición de externalizar servicios y las prestaciones de salud, disponen lo siguiente:

“Artículo 70. Prohibición de externalizar servicios. Queda explícitamente prohibida la adquisición de aquellos servicios que la Caja de Seguro Social se provee a sí misma y a los asegurados de manera normal, salvo en los casos en que la Institución se encuentre temporalmente imposibilitada. En esta última circunstancia, las autoridades de la Caja de Seguro Social estarán obligadas a acelerar los procesos que permitan eliminar lo más rápidamente posible la adquisición externa de dichos servicios.” (Lo destacado es nuestro).

“Artículo 136. Prestaciones. Para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad, la Caja de Seguro Social concederá a sus asegurados y dependientes las siguientes prestaciones y servicios:

1. Prestaciones en salud. Consisten en la atención integral que incluye: atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, que serán brindados por equipos multidisciplinarios. Con el fin de evitar la duplicidad de servicios, costos innecesarios, carencia o insuficiencia de los servicios, la Institución podrá establecer acuerdos de coordinación y reciprocidad de prestación de servicios con el Sector Salud del Estado, sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la Caja de Seguro Social, y con la debida compensación de los costos de los servicios que se obtengan o brinden...” (La negrita es nuestra).

Conforme lo establecido en las normas citadas, el Director General de la Caja del Seguro Social, a través de la Resolución No. 1526-2017-D.G. de 08 de noviembre de 2017, resolvió no acceder a la solicitud de reembolso de los gastos médicos que presentara la actora el 17 de julio de 2017, en concepto de cirugía y costos de honorarios médicos, realizados en el Hospital Santa Fe, a razón que el procedimiento podía ser realizado en el complejo hospitalario de la Caja de Seguro Social (Cfr. fojas 131 y 132 del expediente judicial).

De igual manera, se observa de las constancias procesales que el **Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos**, mediante **Nota DENSyPSDTCYSSME-1897-17 de 20 de julio de 2017**, dirigida al Jefe del Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid", solicitó que se conformara una Comisión Médica Especializada, integrada por no menos de tres (3) médicos

especialistas, para evaluar y recomendar sobre la solicitud de la asegurada, fundamentado en un cuestionario que debía resonar en forma precisa (Cfr. foja 139 del expediente judicial).

En esa misma línea, se desprende del informe proporcionado por la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Cirugía General del Complejo, se dictaminó que: *"la patología de la paciente era shock séptico, trombosis mesentérica, que el procedimiento sí era requerido por la asegurada, **que la institución podía brindar el servicio para esa fecha, que no tienen información si se podía tramitar el procedimiento por compra de servicios externos,... y que la paciente podía ser trasladada luego de ser estabilizada...**"* (La negrita es nuestra) (Cfr. foja 129 del expediente judicial).

A razón de lo anterior, y conforme lo señala el reglamento interno de Prestaciones Médicas, dentro de sus preceptos también contempla que la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud **autorizará la adquisición de prestaciones de salud externas, previa evaluación del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de Servicios Médicos Externos, en cumplimiento del artículo 136 de la Ley No. 51 de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social y conforme al procedimiento vigente en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 141 de la misma excerta legal** que dispone, que la amplitud de los servicios asistenciales, las normas a las que se sujetarán y las limitaciones en su otorgamiento, será fijada por el Reglamento de Prestaciones en Salud, que hasta tanto se expida, se encuentran limitadas por el Reglamento de Prestaciones Médicas, conforme a lo dispuesto en el artículo 225 de la misma excerpta legal.

En este sentido, consideramos prudente dar cita al contenido del artículo 141 de la Ley No. 51 de 2005, que a la letra dispone lo siguiente:

"Artículo 141. Amplitud de prestaciones en salud: El Reglamento de Prestaciones en Salud fijará la amplitud de los servicios asistenciales, las normas a que se sujetarán y las limitaciones en su otorgamiento.

Las normas reglamentarias que dicte la Caja de Seguro Social, serán de aplicación general a todos los asegurados, pensionados, jubilados y dependientes sin que por ningún concepto puedan hacerse excepciones al respecto". (Lo resaltado es nuestro)

Así también indica, el artículo 225 de la Ley No. 51 de 2005 señala lo siguiente:

"Artículo 225. Reglamentos expedidos con anterioridad a la entrada en vigencia de esta Ley. Todos los reglamentos expedidos por la Caja de Seguro Social a la fecha de la promulgación de esta Ley, serán considerados válidos y estarán vigentes en lo que no contradigan la letra y espíritu de esta Ley."

Tal como se observa, la entidad de salud, advirtió sobre los artículos 141 y 225 de la Ley N° 51 de 2005, en el sentido de cumplir con todos los reglamentos para las prestaciones de los servicios de salud.

Por otro lado, el citado reglamento establece que el reembolso de gastos médicos para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad **se hará efectivo cuando el beneficiario, en caso de urgencia o emergencia compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la Institución**, por tanto, la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, conformará una Comisión Médica integrada por tres (3) médicos, para evaluar la condición clínica del beneficiario. No obstante, en el caso que nos ocupa, observamos que la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, señaló que los servicios de salud recibidos por la señora **María Cristina Algodona Flecher, en la entidad de salud privada, se ofrecen en las instalaciones de la Caja de Seguro Social**, el cual estaba a escasos metros del Hospital Santa Fe, donde fue recluida (Cfr. foja 143 del expediente judicial).

A su vez el **numeral 12) del Punto V sobre Normas Generales del Procedimiento 54-03 de diciembre de 2003**, sobre Servicios Médicos Externos en el Territorio Nacional establece claramente lo siguiente:

"...12) La Institución no admitirá solicitudes de reembolso (s) por Servicios Médicos Externos que no estén previamente autorizadas" (Lo resaltado es nuestro).

Tal como se evidencia de las constancias documentales que reposan en el expediente, **la decisión asumida por la asegurada en someterse a tratamiento médico en clínica privada, fuera de las instalaciones de la Caja de Seguro Social, fue una medida unilateral y personal, sin que mediara autorización previa**, lo que contraviene su actuar, con lo dispuesto en el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud.

En un caso similar al que se analiza, el Tribunal en la Sentencia de 12 de junio de 2015, se pronunció en los siguientes términos:

“ ...
VI. DECISIÓN DE LA SALA TERCERA

...
Luego de analizadas las violaciones alegadas y los argumentos en que se sustentan, la Sala no puede dar la razón al demandante, pues tal como consta en autos, no existe evidencia del carácter de urgencia del señor VERGARA SÁNCHEZ para que su solicitud a la Caja de Seguro Social se tramitara de conformidad con el procedimiento señalado para casos de extrema gravedad.

Aunado a ello, **no se cumplió con los requisitos exigidos para estas causas, inmersos en el artículo 70 de la Ley N° 51 de 27 de diciembre de 2005, concordante con el artículo 136 de dicha excerta legal.**

Observa esta Superioridad, que por el contrario, **se advirtieron los artículos 141 y 225 de la Ley N° 51 de 2005, en el sentido de cumplir con todos los reglamentos para las prestaciones de los servicios de salud.**

Por tanto, **al no existir**, y así lo ha podido constar este Tribunal Colegiado dentro de los antecedentes, **una autorización por servicios médicos externos, se cumplió a cabalidad con el contenido del numeral 12 del Punto V, sobre Normas Generales del procedimiento 54-03 de diciembre de 2003, el cual a la letra dispone:**

‘12) La Institución no admitirá solicitudes de reembolso (s) por Servicios Médicos Externos que no estén previamente autorizados.’ (el resaltado es de la Sala).

Una situación similar a la planteada en el presente negocio jurídico, la encontramos en el fallo de 9 de febrero de 2010, en el que la Sala Tercera dispuso del cumplimiento de requisitos contemplados en el Reglamento de Prestaciones Médicas, para hacerse acreedor de un reembolso por servicios médicos externos. Veamos

‘Autorización

Nuestra legislación señala que las prestaciones por riesgos de enfermedad deben realizarse en los establecimientos propiedad de la Caja del Seguro Social o en los públicos o privados, con los que ésta hubiere contratado o autorizado para tal efecto (Artículo 101 del Reglamento de Prestaciones Médicas de C.S.S.)

Igualmente indica que la Caja de Seguro Social autorizará algunos servicios médicos fuera de la Institución, en casos ambulatorios, y de hospitalización, y en los especiales que señale el Reglamento de Prestaciones Médicas.

En ese sentido, el artículo 75 del citado Reglamento contempla que el paciente asegurado, o el pariente más cercano, o el médico tratante debe presentar una solicitud escrita al Director de la Caja del Seguro Social, en la cual exponga el carácter urgente de este pedido.

De esta forma, para que un asegurado tenga derecho a que se le cubran los gastos de prestaciones médicas, es necesario cumplir con las etapas contempladas en el precitado reglamento.

De allí entonces que la Sala ha manifestado que la existencia de la atención o tratamiento médico urgente no implica excepción, para solicitar la autorización de la atención médica requerida.

Por otro lado, del artículo 18 del Reglamento de Prestaciones Médicas de la CS S. se desprende que en aquellos casos de urgencia comprobada el asegurado que no haya alcanzado a obtener la aprobación necesaria para el tratamiento requerido por parte de la entidad de seguridad social. ésta procederá a autorizar el reembolso de los gastos en que se haya incurrido. en base a las tarifas previamente fijadas por la institución.

Ahora bien, la asegurada se encontraba en un estado de urgencia al momento de ser ingresada en el Hospital San Fernando, sin embargo, ésta fue estabilizada.

Por lo cual, esta Sala es del criterio, que la señora DE GRIFFIN, a través de las personas reconocidas por la Ley, tenía que haber realizado los trámites de solicitud de autorización ante la Caja de Seguro Social, para poder practicarse las operaciones fuera de la institución; y así, comprobar que no había podido obtener la apreciación necesaria para el tratamiento por parte de dicha entidad del Estado.

Lo anterior es así, toda vez que ésta fue ingresada el día 18 de abril de 2005, sin embargo fue operada la primera ocasión el 25 de abril de 2005, posteriormente el 10 de mayo del 2005: dada de alta, y retornó por tercera ocasión al salón de operaciones. ...' (el subrayado corresponde a esta Sala)

...

De consiguiente, la Corte Suprema, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, DECLARA QUE NO ES ILEGAL la Resolución N° 2405-2013-S_D.G. de 22 de octubre de 2013, dictada por el Subdirector General de la Caja de Seguro Social, así como tampoco sus actos confirmatorios, y para que se hagan otras declaraciones; y, en consecuencia, NIEGA las restantes declaraciones pedidas en el libelo de demanda.

..." (La negrita es nuestra).

De lo anterior citado, se desprende que para que un asegurado tenga derecho a que se le cubran los gastos de prestaciones médicas, es necesario cumplir con las etapas contempladas en el en el Reglamento de Prestaciones Médicas de la **Caja de Seguro Social**.

De igual forma, se desprende de la evaluación médica, visible a foja 151 del expediente, **que el procedimiento que requería la paciente por la enfermedad, independientemente que se trataba de una urgencia, se podía brindar en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, por lo tanto, la interesada debió acudir a la Institución para tal efecto** (Cfr. foja 129 del expediente judicial).

En el marco de los hechos cuya relación hemos expuesto, este Despacho es de la opinión que al emitirse la Resolución No. 1526-2017-S.D.G. de 08 de noviembre de 2017, que constituye el acto acusado, la entidad fundamentó su actuación en lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley No. 38 de 2000, el cual instituye el principio de legalidad en el procedimiento administrativo, que supone que el funcionario público debe ceñirse a lo señalado en la ley para actuar ante una situación administrativa planteada; lo que exige que sus actuaciones deban estar precedidas de una base normativa que las sustente.

Con relación al principio de legalidad, el autor colombiano Antonio Arciniegas en su obra Estudios sobre Jurisprudencia Administrativa, señala lo siguiente:

“...todas las actuaciones de la administración están subordinadas a la ley, de modo que aquella solo puede hacer lo que ésta le permite con las finalidades y en la oportunidad previstas y ciñéndose a las prescripciones, formas y procedimientos determinados por la misma.”
(ARCINIEGA A., Antonio José. Estudios sobre Jurisprudencia Administrativa. Tomo I. Editorial TEMIS, Bogotá, 1982. Pág. 10)”

Por todo lo expuesto, esta Procuraduría solicita respetuosamente a los Honorables Magistrados se sirvan declarar que **NO ES ILEGAL la Resolución No. 1526-2017-D.G. de 8 de noviembre de 2017**, expedida por el **Director General de la Caja de Seguro Social**, su acto **confirmatorio** y, en consecuencia, se denieguen las restantes pretensiones de la demandante.

IV. Pruebas:

4.1. Se **objetan** las pruebas aportadas y visibles a **fojas 19 a 22 y 26 del expediente judicial**, por tratarse de documentos aportados en copias simples sin cumplir con las formalidades de autenticación exigidas en el **artículo 833 del Código Judicial**.

4.2. Se **objetan** las pruebas documentales a **fojas 25, 27-41 y 42 a 123 del expediente judicial**, ya que los mismos son de carácter privado y fueron presentados en fotocopia simple, sin reunir ninguna de las condiciones de autenticidad a las que se refieren el **artículo 857 y concordantes del Código Judicial**.

4.3. Se **objeta** la admisión de todas las pruebas documentales **visibles a fojas 42 a 123**, así como sus reconocimientos de documentos, por **resultar ineficaces conforme con lo dispuesto en el artículo 783 del Código Judicial**, puesto que **éstas ya constan en el expediente administrativo** que fue aducido como medio probatorio por la entidad y por la Procuraduría de la Administración, lo que denota que han sido valoradas en la vía administrativa.

4.4. Se **objetan** los testimonios aducidos a **foja 17 del expediente judicial**, debido a que no se ha especificado sobre **cuáles de los hechos de la demanda que deben acreditarse, van a declarar los testigos**, según lo establecido en el **artículo 948 del Código Judicial**.

4.5. Se **aduce** como prueba documental de la Procuraduría de la Administración en representación de la entidad, la **copia autenticada del expediente administrativo** que guarda relación con este caso y que reposa en los archivos de la institución demandada.

V. Derecho: No se acepta el invocado por la demandante.

Del Honorable Magistrado Presidente,


Rigoberto González Montenegro
Procurador de la Administración


María Lilia Urriola de Ardila
Secretaria General