

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO CINCUENTA Y SIETE CIVIL MUNICIPAL**

Bogotá D.C., diecinueve (19) de marzo dos mil veintiuno (2021)

Referencia 11001 40 03 057 2021 212 00 Acción de Tutela

Cumplido el trámite de rigor procede el Despacho a proferir el fallo que corresponda dentro de la acción constitucional del epígrafe.

**I. ANTECEDENTE**

1. El señor Yonahttan Bolívar Castellanos presentó acción de tutela contra Capital Salud y Capresoca EPS para obtener la protección de los derechos fundamentales a la salud, y vida digna que consideró vulnerados por parte de las Entidades Promotoras de Salud encartadas.

2. La situación fáctica planteada se compendia a:

2.1. El señor Yonahttan Bolívar Castellanos es paciente de VIH positivo, perteneciente al régimen subsidiado de la EPS Capital Salud.

2.2. Desde el 10 de diciembre del año anterior, se trasladó a la ciudad de Yopal (Casanare), debido de que depende de los cuidados de su hermana.

2.3. El 27 de enero de 2021, ingresó por urgencias al Hospital Regional de la Orinoquia, donde se le diagnosticó toxoplasmosis cerebral y tumor en el cerebro, remitiéndolo a neurólogo e infectólogo en la ciudad de Bogotá.

2.4. El 29 de enero de 2021, solicitó traslado del servicio de salud a Capresoca EPS, sin que a la fecha de interposición del libelo se haya realizado.

2.5. El 13 de febrero, fue dado de alta y se le prescribió medicamentos que tuvo que adquirir de forma particular.

2.6. El 5 de febrero, solicitó cita ambulatoria ante la EPS Capital Salud, lo cual fue infructuoso, puesto que no había agenda disponible.

2.7. El 27 de febrero, ingresó por urgencias al Hospital Universitario San Ignacio, donde se le ordenó cita prioritaria y TAC.

2.8. La EPS Capital Salud, le indicó que se le asignaría cita por medicina general el 10 de marzo de 2021.

2.9. Advierte que no cuenta con los recursos económicos para asumir los costos de los medicamentos retrovirales, que requiere para tratar la enfermedad que padece.

3. Pretende a través de esta queja el amparo de los derechos fundamentales a la salud, y vida digna y como consecuencia de ello se le ordene a Capital Salud y Capresoca EPS que *“... autorice los tratamientos integrales de la manera en que vienen siendo prescritas por los médicos tratantes y de forma urgente asigne las citas médicas a que tengo derecho, dada la enfermedad, la urgencia y los dolores que padezco en la actualidad (...) entregar de forma inmediata y sin dilaciones los medicamentos que fueron ordenados, sin trámites innecesarios y sin barreras burocráticas como la asistencia a citas médicas que se asignan (...) dada mi condición avanzada de VIH y que mi cuidadora (mi hermana) reside en la ciudad de Yopal, y ante las trabas administrativas en el traslado de EPS, se ordene el traslado desde Capital*

*Salud a Capresoca, la EPS del régimen subsidiado del departamento del Casanare.....”..*

## **II. TRAMITE PROCESAL**

1. Este Despacho avocó el conocimiento de la acción mediante auto calendado 8 de marzo de 2021, ordenándose notificar a Capital Salud y Capresoca EPS, y vinculándose a la Secretaria de Salud Distrital, la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, Hospital Regional de la Orinoquía, y Hospital Universitario San Ignacio.

3. La Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES advirtió, que no es responsable del agravio alegado por el actor, razón por la cual carece de legitimación en la causa.

4. La Secretaria de Salud indicó, que el quejoso se encuentra afiliado a la EPS Capital Salud en el Régimen Subsidiado, con antecedente de VIH, por lo que en principio la Entidad Promotora de Salud debe resolver la reclamación elevada, habida cuenta que debe garantizar la prestación y continuidad del servicio, máxime cuando el paciente presenta una enfermedad catastrófica, y los servicios de resonancia, cita por neurología e infectología se encuentran cubiertos en el plan de beneficios. Agregando que la entidad promotor de Salud debe permitir el traslado del usuario conforme lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 780 de 2016, y los artículos 2.1.3.1 y 2.1.7.7. del Decreto 780 de 2016.

5. Capital Salud EPS señaló, que al señor Yonahttan Bolívar Castellanos se le han dispensado todos los servicios médicos que ha requerido. De igual forma advirtió que el 10 de marzo de 2021 fue atendido por medicina general donde le ordenaron consulta con infectología en la IPS Subred Integrada de Servicios Salud Sur occidente, y neurología la cual se surtió el día 15 del mismo mes y año, y se prescribió medicamentos. Agregando que no se puede amparar la pretensión de tratamiento integral, por constituirse en hechos futuros e inciertos; e indico que el quejoso no ha solicitado traslado de EPS, razón por la cual resulta sr improcedente dicha petición.

6. El Hospital Regional de la Orinoquía manifestó, que el paciente se le dispense los servicios médicos que requería al momento de acudir a dicha entidad, dándose de alta una vez fue estabilizado y se atendida la emergencia, sin que este dentro de sus facultades y obligaciones asumir los tratamientos que este requiere a fin de mitigar la enfermedad que padece.

7. El Hospital Universitario San Ignacio informó, que brindo la atención que requiera en oportunidad el paciente, pero que no es responsable de las autorizaciones y del suministro de medicamentos o insumos, ya que esto debe ser dispensado por la Entidad Promotora de Salud donde se encuentra afiliado el actor. Agregando que dicha entidad presenta sobreocupación, según se acredita con la declaratoria de vulnerabilidad funcional.

8. El 15 de marzo de los corrientes, el accionante remite prescripciones médicas ordenadas por el galeno tratante, y facturación de pago de retrovirales

## **III. CONSIDERACIONES**

1. La acción de tutela consagrada en la Constitución Política de 1991, se creó como una vía sumaria, preferente, y perentoria para proteger los derechos fundamentales, que hayan sido amenazados o violentados por las autoridades públicas o los particulares. En dicho evento, cualquier sujeto que se encuentre en estado de indefensión y al que se pueda causar un perjuicio irremediable,

podrá acudir al juez constitucional en defensa de las prerrogativas conculcadas como mecanismo transitorio, siempre y cuando no disponga de otro medio de defensa judicial. La vía constitucional no sustituye los mecanismos ordinarios principales, ni modifica las reglas de la competencia de los jueces, ni crea instancias adicionales a las existentes.

2. En el sub-examine se impetró la protección de los derechos fundamentales a la salud, y vida digna del señor Yonahttan Bolívar Castellanos por cuanto, según se dijo, Capital Salud y Capresoca EPS han omitido dispensar el tratamiento integral que requiere el quejoso en virtud de la enfermedad que padece, y se ha impedido el traslado de EPS.

3. El artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, establece que la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, *“...Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado...”*.

Por su parte, la Corte Constitucional en sentencia T-062 de 2017 señaló *“...la Ley 1751 de 2015 reconoció el carácter fundamental que comporta este derecho, tal como lo venía señalando la jurisprudencia constitucional. Dicha garantía, consiste en una serie de medidas y prestación de servicios, en procura de su materialización, en el más alto nivel de calidad e integralidad posible.*

*En ese orden, esta Corte ha sostenido que, en virtud del derecho fundamental a la salud, el Estado está en la obligación de adoptar aquellas medidas necesarias para brindar a las personas este servicio de manera efectiva e integral, derecho que, de encontrarse de alguna manera amenazado, puede ser protegido por vía de acción de tutela.*

*Lo anterior cobra mayor importancia cuando se trata de sujetos que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, como es el caso de los niños, las personas de la tercera edad, quienes sufren de enfermedades catastróficas, entre otras, como por ejemplo, todo tipo de cáncer , y también sujetos que padecen algún tipo de discapacidad , puesto que, sumado a la prestación de un servicio de calidad y un tratamiento eficiente e integral para la enfermedad que se padezca, estos merecen una especial protección por parte del Estado...”*.

4. Con relación a las condiciones que debe presentarse para acceder a la petición de tratamiento integral es pertinente memorar lo dicho por la Corte Constitucional en Sentencia T-259 de 2019

*“... El tratamiento integral tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante. “Las EPS no pueden omitir la prestación de los servicios de salud que supongan la interrupción de los tratamientos por conflictos contractuales o administrativos, e impidan el acceso de sus afiliados a la finalización óptima de los tratamientos”. En esa medida, el objetivo final del tratamiento integral consiste en “asegurar la atención (...) de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes”.*

Por lo general, se ordena cuando (i) la entidad encargada de la prestación del servicio ha sido negligente en el ejercicio de sus funciones y ello ponga en riesgo los derechos fundamentales del paciente. Igualmente, se reconoce cuando (ii) el usuario es un sujeto de especial protección constitucional (como sucede con los menores de edad, adultos mayores, indígenas, desplazados, personas con discapacidad física o que padezcan enfermedades catastróficas); o con aquellas (iii) personas que “exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas”.

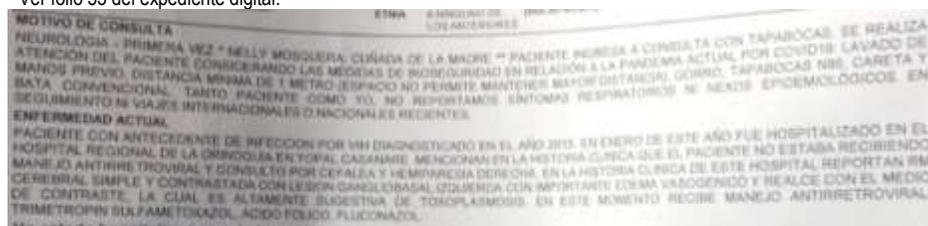
El juez constitucional en estos casos debe precisar el diagnóstico que el médico tratante estableció respecto al accionante y frente al cual recae la orden del tratamiento integral. Lo dicho teniendo en consideración que no resulta posible dictar órdenes indeterminadas ni reconocer prestaciones futuras e inciertas; lo contrario implicaría presumir la mala fe de la EPS en relación con el cumplimiento de sus deberes y las obligaciones con sus afiliados, en contradicción del artículo 83 Superior...”.

5. Los elementos probatorios allegados revelan que el señor Yonahttan Bolívar Castellanos se encuentra vinculado en la EPS CAPITAL SALUD, presentando antecedentes de VIH desde el año 2015 sin recibir tratamiento antirretroviral,<sup>1</sup> toxoplasmosis cerebral, y tumor en el cerebro, quien fuera atendido por urgencias en el Hospital Regional de la Orinoquía, y Hospital Universitario San Ignacio. En punto, es menester precisar que la EPS Capital Salud en curso de la queja constitucional programó y realizó cita por medicina general y neurología el 10 y 15 de marzo del presente año, donde se le ordenó consulta por especialista en infectología, consulta por especialista en medicina física y rehabilitación, resonancia magnética de cerebro simple y contraste, creatinina en suero u otros fluidos, nitrógeno ureico, y manejo antirretroviral con trimetropin sulfametoxazol ácido fólico, y fluconazol (según se observa en las prescripciones médicas de la IPS Subred Integrada de Servicios Salud Sur Occidente allegadas por la parte accionante mediante correo electrónico de fecha 15 de marzo de 2021).

Bajo dicha primicia, se advierte que no es procedente conceder el amparo tutelar, ya que no se advierte que la Entidad Promotora de Salud se haya negado a dispensar algún servicio médico, puesto que no se presentan ordenes medicas vencidas de una IPS adscrita a la EPS Capital Salud, donde se evidencie que no se haya practicado o entregado algún medicamento o procedimiento por negligencia, u omisión atribuible a la EPS encartada; sino por el contrario, el Despacho observa que es a partir de la cefalea presentada en el mes de febrero del presente año, que el quejoso acude nuevamente a la Entidad Promotora de Salud para atender la enfermedad que padece, por ende, no se puede concluir que la omisión de la EPS sea sistemática y constante. De igual forma se precisa, que, ante la manifestación del accionante de quererse trasladar de EPS, resultaría improcedente conceder tratamiento integral, pues este en ultimas no terminaría beneficiando al paciente, ya que la orden solamente se podría impartir a cargo de la actual entidad donde se encuentra afiliado.

Recapitulando lo anterior, se itera que la EPS no ha presentado un reiterativo comportamiento omisivo y negligente frente cada uno de los servicios médicos requeridos por el actor, sino por el contrario, ha venido atendiendo al paciente

<sup>1</sup> Ver folio 53 del expediente digital.



de forma oportuna según las patologías presentadas por este, quien ha visto deteriorado su estado de salud debido a las complicaciones propias de la enfermedad que lo aqueja, lo que impide que el amparo constitucional en tal sentido, pues se requiere que se configure negligencia comprobada del ente asegurador.

Ahora bien, pese a que el accionante presenta el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, el cual se encuentra catalogado como enfermedad catastrófica, no es procedente la consecución del tratamiento integral pretendido, toda vez que el Juez de tutela no puede ordenar la entrega y práctica de medicamentos o procedimientos no prescritos por el médico tratante, máxime cuando se trata de hechos futuros, los cuales no han sido debatidos en el precipitado fallo.

5. En atención al correo electrónico remitido por la parte accionante el 15 de marzo de 2021, se advierte que frente al pago de insumos no dispensados por la entidad de salud, deberá solicitar directamente su reembolso ante la Aseguradora conforme lo prevé el artículo 14 de la Resolución No. 5261 del Ministerio de Salud,<sup>2</sup> toda vez que en sede de tutela no es viable discutir la procedencia o no del reembolso y reclamaciones por los gastos asumidos en la prestación del servicio de salud, toda vez que la misma no es el escenario jurídico propicio para discutir asuntos de carácter económico, que en últimas no amenacen o vulneren derechos fundamentales.

Al respecto la Corte Constitucional en Sentencia T-346 de 2010 indicó:

*“...La acción de tutela es improcedente para obtener el reembolso de gastos médicos, toda vez que la presunta afectación o amenaza del derecho fundamental a la salud en la que pudo incurrir la entidad que tiene a su cargo la prestación de dicho servicio se entiende superada, aunado al hecho de la existencia de otros mecanismos de defensa judicial para obtener el pago de estas sumas. Sin embargo, hay circunstancias especiales que ameritan la intervención del juez constitucional y así lo ha reconocido la jurisprudencia de esta Corte, cuando se evidencia el desconocimiento flagrante de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud por parte de las E.P.S., en tratándose del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o del Plan de Beneficios, en el Régimen Excepcional del Magisterio y más grave aún, cuando tal desconocimiento es avalado por los jueces de tutela que, en su labor de garantes de los derechos fundamentales, desconocen que el derecho a la salud frente a dichos contenidos es un derecho fundamental autónomo, que comprende no sólo la prestación del servicio, sino también la asunción del costo del mismo, y en esa medida es susceptible de protección a través del ejercicio de la acción de tutela. En el caso que ocupa la atención de la Sala, no se cumple ninguno de los anteriores supuestos para que proceda la orden de reembolso de gastos médicos a través del ejercicio de la acción de tutela...”*

6. En punto al derecho de la libertad de elección de Entidad Promotora de Salud y los requisitos de su procedencia, señaló la Corte Constitucional el fallo T-089 de 2018:

*“...Con el fin de materializar los principios antes aludidos –accesibilidad, libre escogencia, continuidad, solidaridad, obligatoriedad y universalidad-, en la*

---

<sup>2</sup> ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. 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.

actualidad se cuenta con dos importantes instrumentos, entre otros, la movilidad entre regímenes y traslado entre EPS.

El artículo 2.1.1.3 y el capítulo VII del Decreto 780 de 2016 establecen la distinción entre movilidad y traslado, tratándose entonces de dos figuras diferentes que, además de cumplir con las directrices antes mencionadas, permiten el acceso a los servicios de salud.

El traslado consiste en el derecho del cual gozan los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pertenecientes tanto al régimen contributivo como al subsidiado, de modificar la entidad prestadora de servicios, a la cual están afiliados, una vez cumplan el tiempo mínimo de permanencia.

Por su parte, la movilidad permite a los usuarios del sistema continuar en la misma EPS cuando por circunstancias económicas, como la pérdida de la calidad de cotizante o la adquisición de recursos para adquirirla, es obligatorio el cambio de régimen.

En ese sentido, cuando se trata de traslado el afiliado cotizante o cabeza de familia debe cumplir con los siguientes requisitos para ejercer su derecho:

- (i) Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de un (1) año contado a partir del momento de la inscripción.
- (ii) No encontrarse internado él o algún miembro de su núcleo familiar en una institución prestadora de servicios de salud.
- (iii) El cotizante independiente deberá encontrarse a paz y salvo con la EPS.
- (iv) Inscribir la solicitud de traslado de todos los integrantes de su núcleo familiar.

Igualmente, el Decreto 780 de 2016, en su artículo 2.1.7.3, enumera las excepciones a la condición de permanencia para que opere el traslado, a saber:

- (i) Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.
- (ii) Disolución o liquidación de la EPS.
- (iii) Cuando la EPS, se retire de uno o más municipios o esta disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud
- (iv) Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- (v) Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
- (vi) Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros permanentes se encuentran afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la cónyuge o compañero permanente.
- (vii) Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
- (viii) Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentre el afiliado no tenga cobertura geográfica.
- (ix) Cuando el afiliado al terminar su vínculo laboral o contractual del trabajador dependiente o independiente, agotados el periodo de protección, si los hubiere, no reúne las condiciones para seguir como cotizante, afiliado adicional o como beneficiario, y no registra la novedad de movilidad.

- (x) Cuando no se registra novedad de movilidad de los beneficiarios que pierden las condiciones para seguir inscritos en la misma EPS como cotizante independiente, dependiente o afiliado adicional.
- (xi) Cuando la afiliación ha sido transitoria por parte de la UGPP de conformidad con las disposiciones del título 1 parte 12 del libro 2 del Decreto 1068 de 2015.
- (xii) Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad según disposiciones normativas.
- (xiii) Cuando el afiliado ha sido inscrito de manera oficiosa por la entidad territorial en el régimen subsidiado.

(...) Adicionalmente, es necesario resaltar que el decreto mencionado establece que la desafiliación, salvo que medie la voluntad del afiliado, solo se producirá por el fallecimiento del afiliado, lo que permite inferir que una EPS trasgrede el derecho fundamental a la salud de un usuario en el momento de desafiliarlo, en lugar de modificar el régimen o, en otras palabras, de movilizarlo, pues se trata de una circunstancia administrativa y económica que no debe interferir con la continuidad en la prestación de los servicios de salud...”

7. Por consiguiente, el traslado voluntario de un usuario a otra de Entidad Promotora de Salud, está sujeto a lo dispuesto en la Resolución 004622 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo los siguientes supuestos:

*“...2. REPORTE DE NOVEDADES DE TRASLADO ENTRE ENTIDADES O DE MOVILIDAD ENTRE RÉGIMENES EN UNA MISMA EPS. A continuación, se define la forma en que se aplicarán en la BDUA las novedades de traslados entre EPS o de movilidad entre regímenes en la misma EPS remitidas por las entidades. La novedad de traslado se debe encontrar previamente soportada en las solicitudes y autorizaciones que deben realizar las entidades involucradas, de acuerdo con las normas vigentes que aplican a cada régimen. Por lo tanto, en ningún momento se releva a las entidades de su responsabilidad legal de administrar la afiliación ni de proporcionar las aclaraciones pertinentes o el reporte de correcciones sobre los datos reportados para la actualización en la BDUA. Tratándose de novedades de movilidad, no se requiere de autorización de la EPS teniendo en cuenta que el afiliado va a migrar de un régimen a otro dentro de la misma entidad, sin perjuicio de las demás validaciones de consistencia de la información a que haya lugar. La novedad de movilidad debe reportarse en los archivos R1 o S1 según corresponda, para el efecto, el afiliado deberá estar activo en la BDUA. La novedad de movilidad reportada en la BDUA por la respectiva EPS, implica simultáneamente el retiro del régimen en el que viene activo el usuario y la activación del afiliado en el otro régimen...”*

De acuerdo con la normatividad en cita y el material probatorio recaudado, no se puede concluir que la EPS Capital Salud ha actuado con negligencia frente a la situación del accionante porque: i) no ha recibido solicitud de traslado por parte de otra Entidad Promotora de Salud, y ii) al proceder con la misma, sin previa petición, se dejaría por fuera del Sistema de Salud al accionante quien padece de una enfermedad catastrófica. Luego, tal circunstancia no implica la violación de los derechos fundamentales invocados, en la medida que no se le puede atribuir negligencia a la EPS Capital Salud por no reportar el traslado petitionado por su afiliado ante el Sistema de Seguridad Social.

Bajo esta lógica, se advierte que la EPS Capresoca es la llamada a gestionar el traslado del accionante, previa solicitud del usuario. No obstante, no obra en el plenario prueba sumaria que permita inferir que dicha petición se haya incoado de forma idónea, pues el actor no procuro material probatorio que le

permita al Juez de tutela requerir a dicha entidad para adelante los procesos administrativos correspondientes. En suma a ello, se advierte que dicho requerimiento se torna improcedente ante la prestación del servicio por parte de la Entidad donde actualmente se encuentra afiliado el actor, quien ha venido dispensado los servicios médicos prestacionales, es decir, que no se configura la causal de ausencia de servicio médico que permita ordenar su traslado en sede tutela ante la falta de cobertura.

No obstante ello, el Despacho no desconoce que el señor Yonahttan Bolívar Castellanos requiere de la continuidad de la prestación del servicio en una EPS del Régimen Subsidiado donde va a fijar su residencia y domicilio, razón por la cual se exhorta a la EPS Capresoca, para que en aras de proteger los derechos fundamentales del actor, active la afiliación del señor Yonahttan Bolívar Castellanos en el Régimen Subsidiado, siempre y cuando se presente la previa solicitud del actor en tal sentido.

En ese orden de ideas se despachará adversamente el auxilio deprecado.

### **DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO CINCUENTA Y SIETE CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

### **RESUELVE**

PRIMERO: NEGAR el amparo invocado por Yonahttan Bolívar Castellanos frente al tratamiento integral, por las consideraciones expuestas.

SEGUNDO: NEGAR el amparo invocado por Yonahttan Bolívar Castellanos frente al traslado de EPS, por las consideraciones expuestas.

TERCERO: EXHORTAR al accionante para que si su deseo es trasladarse de EP.S., presente la solicitud en tal sentido a la entidad conforme lo explicado en la parte motiva de este proveído.

CUARTO: NOTIFICAR esta decisión a las partes, y las entidades vinculadas por el medio más expedito, y a las entidades vinculadas.

QUINTO: REMITIR el presente fallo a la Corte Constitucional para su eventual revisión, en el evento que no fuere impugnado.

**NOTIFÍQUESE,**

**Firmado Por:**

**MARLENE ARANDA CASTILLO  
JUEZ MUNICIPAL  
JUZGADO 057 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**c71ab8cf22d538c6996faeded6c51b3f7d701eb37ca1723358d09deb8870d7  
06**

Documento generado en 19/03/2021 07:56:16 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**