**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**
**JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI-SEDE DESCONCENTRADA SILOE**

**SENTENCIA No. 0101**

Santiago de Cali, veintiséis (26) de Junio de dos mil veinte (2020).

## ASUNTO A RESOLVER

Procede esta instancia a proferir sentencia de primera instancia dentro de la Acción Constitucional promovida por el señor JORGE LUIS MENDEZ PEREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 16.859.166 de El Cerrito, contra EPS SANITAS, a la cual se han vinculado las sociedades TERNIUM S.A.S, AFP PROTECCION S. A, la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES, JUNTA DE CALIFICACION REGIONAL DE INVALIDEZ y finalmente a COLMENA ARL, ante la presunta vulneración a sus Derechos Fundamentales, previa declaratoria de nulidad del Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Cali.

## I. INFORMACIÓN PRELIMINAR

LA ACCION. Considera el accionante vulnerados sus Derechos Fundamentales a la Salud, Seguridad Social, Igualdad por parte de EPS SANITAS al negarse a expedir incapacidades, obligándolo a reintegrarse a trabajar y trasladarse a su empresa ubicada en Guachené (Cauca), a pesar de continuar soportando dolores intensos, y considerar no haber recibido el tratamiento idóneo ante sus patologías.

Las pretensiones están fundadas en los siguientes

## HECHOS:

El señor JORGE LUIS MENDEZ PEREZ, ha promovido Acción de Tutela contra la EPS SANITAS, manifestando estar actualmente afiliado a la entidad accionada en calidad de cotizante, como empleado dependiente a través de la sociedad TERNIUM S.A.S.

Indica que ha sido diagnosticado con SÍNDROME ADHERENCIAL SEVERO, razón por la cual se le han realizado 12 cirugías casi siempre por urgencias, ante su constante dolor abdominal crónico, requiriendo ayuda de terceros para realizar sus actividades básicas, ameritando opiáceos fuertes que le generan somnolencia y efectos secundarios, estimando que su enfermedad no tiene tratamiento curativo.

Señala que los médicos tratantes le han otorgado incapacidades, por enfermedad de origen común desde el 18 julio de 2018, contando a la fecha un total de 650 días de incapacidad ininterrumpida.

Refiere que inicialmente el día 21 de enero de 2019 EPS SANITAS envió al Fondo de Pensiones el Concepto de Rehabilitación FAVORABLE, y después de solicitudes de corrección, el 2 de septiembre de 2019 se emitió Concepto de Rehabilitación "DESFAVORABLE" generado por la Clínica MED, el cual fue remitido el día 18 de septiembre de 2019 al Fondo de Pensiones PROTECCIÓN S. A., a fin de determinar la Pérdida de Capacidad Laboral –PCL.

Que subsiguientemente, el día 21 de enero de 2020, recibió comunicado de PROTECCION S.A., determinando la PCL en un 39.08 % con fecha de estructuración del 17 de diciembre de 2019, el

cual actualmente se encuentra en apelación ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.

Advierte que el día 20 de febrero de 2020 elevó Derecho de Petición ante la EPS SANITAS por negarse a expedir más incapacidades, obteniendo un mes después, repuesta a través del Área de Medicina Laboral, estimando estar sustentada con información errónea, sustentando su reintegro laboral, fundamentado en un Concepto de Rehabilitación del 25-03-2020 FAVORABLE, desconociendo existir un Concepto de Rehabilitación "DESFAVORABLE" antecedente.

Informa que el día 02 de abril de 2020 realizaron Junta Médica en la EPS coordinada por Medicina Laboral, a la cual no vincularon a los cirujanos que conocen de su caso ni tampoco el gastroenterólogo, haciendo referencia en el acta a un: "CONCEPTO FAVORABLE DEL 25-03-2020", estimando que ello es falso puesto que el último concepto de rehabilitación fue en septiembre de 2019 con el cual procedió el Fondo de Pensiones.

Señala igualmente que dentro de dicho documento quedo anotado: "MEJORÍA MÉDICA MÁXIMA" lo que igualmente estima falso, al no haberle brindado la EPS un tratamiento curativo, sin que su condición haya cambiado para mejorar, siendo cada vez más intenso el consumo de opioides formulados.

Indica que el resultado de la Junta Médica, fue enviado el mismo día a la sociedad TERNIUM SAS., con copia al Ministerio Trabajo y al gastroenterólogo Juan Ramón Abella.

Puntualiza que sus tratantes y Medicina laboral se niegan a concederle incapacidades, sometiéndolo a reintegrarse al trabajo en Guachené (Cauca), considerando no encontrarse en condiciones para asumir las funciones propias de su cargo.

Solicita Tutelar los Derechos Fundamentales señalados con antelación, ordenando a la EPS SANITAS investigar tratamiento a nivel nacional o internacional a fin de superar su patología, retirar de su base de datos "PROHIBICION DE INCAPACIDADES, REINTEGRO LABORAL", considerándolo "AUSENTISTA CRÓNICO", e información falsa; ordenar se designe específicamente un médico como su tratante y agendar las citas anticipadamente, compulsar copias o vincular a las entidades de control a fin de investigar al medico laboral que emitió el concepto, exigiendo a la EPS se le brinde la atención necesaria para el logro de su recuperación integral.

**TRÁMITE.** Mediante Auto Interlocutorio No. 1108 del 29 de abril de 2020, se admitió la acción en contra de la EPS SANITAS, vinculando a las sociedades TERNIUM S.A.S, AFP PROTECCION S. A., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD y a la JUNTA DE CALIFICACION REGIONAL DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, en calidad de Litisconsortes necesarios, notificándoles en debida forma, concediendo el término legal para que informaran sobre los hechos puestos a conocimiento de la instancia y las actuaciones adelantadas en relación con los mismos.

El día 13 de mayo de 2020 éste despacho profirió Sentencia de Tutela No. 074 mediante la cual se tutelaron los derechos fundamentales del accionante, actuación que fue objeto de impugnación por la entidad accionada, alzada de la cual tuvo conocimiento el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito quien mediante Auto Interlocutorio de fecha 9 de junio del año en curso, decretó la nulidad de todo lo actuado, con fundamento en que se debió vincular a Colmena ARL, dejando incólume las pruebas recaudadas.

En razón a ello el día 11 de junio de 2020 mediante Auto Interlocutorio No. 1175, obedeciendo lo resuelto por nuestro superior jerárquico, avocando nuevamente el conocimiento de la acción, integrando el Litis Consorcio con Colmena ARL, y notificando nuevamente a las partes.

Una vez ejercieron el contradictorio, todas y cada una de las entidades accionada y vinculadas, se encuentra a despacho la pretensión de amparo, a fin de ser resuelta de fondo.

**RESPUESTA DE TERNIUM S.A.S.**

Ofrecen respuesta a través de Apoderada Especial para Asuntos Laborales, manifestando inadvertir motivos para la vinculación de su representada a esta acción de tutela, solicitando declarar improcedente el amparo, en lo que a ellos respecta.

Reseña que el accionante suscribió con su poderdante contrato de trabajo a término fijo desde el 8 de noviembre de 2011, el cual a la fecha se encuentra vigente, advirtiendo que el patrono está cumpliendo con sus obligaciones laborales (salarios, prestaciones sociales y SGSS), realizando los aportes a la fecha.

Corrobora que el accionante ha estado incapacitado desde el mes de julio de 2018, superando más de 540 días continuos de incapacidad, habiendo sido notificada la empresa desde el pasado 25 de marzo de 2020 por parte de la EPS SANITAS; sin que le hayan vuelto a conceder incapacidades por parte de la IPS y/o EPS, que el actor ya contaba con una calificación de pérdida de capacidad laboral (en primera instancia), habiéndose ordenado su reincorporación laboral a Ternium Colombia S. A. S.

Finalmente indica que a petición del trabajador la empresa le concedió vacaciones desde el 12 de abril al 18 de mayo de esta anualidad.

Finalmente solicita denegar por improcedente el amparo, al no haber vulnerado Derecho Fundamental alguno al accionante y menos aún el Mínimo Vital y Móvil al haber cancelado todos los emolumentos a su cargo, siendo los administradores del SGSS los llamados a resolver las pretensiones del accionante, aunado a la Inexistencia de un Perjuicio Irremediable en lo que a ellos atañe.

**RESPUESTA DE LA EPS SANITAS.**

Contestan a través del Administrador, indicando inicialmente que, ante los hechos y pretensiones, el accionante puede acudir ante la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, por tratarse de derechos de contenido fundamental (Salud), el cual tiene un trámite sumario que impone al juez de dicha jurisdicción resolver dentro de los mismos términos judiciales que se le imponen al juez de tutela.

Arguye carecer el Juez Constitucional de competencia para dirimirlo, solicitando se abstenga esta instancia de emitir pronunciamiento de fondo al respecto, y en consecuencia DENEGAR el amparo por IMPROCEDENTE, al existir otro mecanismo.

Pone en conocimiento que el señor JORGE LUIS MÉNDEZ PÉREZ se encuentra afiliado al SGSSS a través de la EPS Sanitas S.A.S., en calidad de cotizante dependiente a través del empleador TERNIUM COLOMBIA S.A.S., contando con 272 semanas de antigüedad.

Que acorde a lo manifestado por el Área de Medicina Laboral se trata de un;

"PACIENTE CON INCAPACIDAD DE 608 DÍAS AL DÍA 25-03-2020 POR EL DIAGNOSTICO (K660) ADHERENCIAS PERITONEALES. SE HABÍA CONSIDERADO CONCEPTO DE REHABILITACIÓN NO FAVORABLE DEL 1809-2019 PERO CON CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DADA POR AFP PROTECCIÓN DEL 18-12-2019 DE 39.08% (NO INVALIDEZ).

Indica que a través del Área de Medicina Laboral se cumplió con lo establecido por la Ley, programando y realizando Junta Interdisciplinaria Cirugía General y Medicina Laboral el pasado 02 de abril de 2020, a la cual se citó al medico gastroenterólogo Juan Ramon Abello quien no asistió, habiendo participado el medico Leonardo Villalba, quien fuera uno de los médicos tratantes del paciente.

Indica que en dicha junta se concluyó que el accionante cuenta con mejoría médica máxima, sin

tener indicación de manejo quirúrgico a corto o mediano plazo, sin secuelas invalidantes, ni inhabilidad física o mental que impida trabajar y que no existe indicación médica que justifique la expedición de certificado de incapacidad temporal adicional, por lo que se generó orden de reintegro laboral con recomendaciones clínicas.

Explica que las EPS no puede expedir incapacidades sin prescripción médica, al ser su médico tratante, el único competente para determinarlo, lo cual debe quedar consignada en la respectiva historia clínica que justifiquen clínicamente la prescripción de la incapacidad.

Pone de presente que el accionante no acreditó que esté ante un perjuicio irremediable que le sobrevenga por culpa o responsabilidad de su representada, toda vez que no demostró la ocurrencia de ningún tipo de perjuicio nocivo, grave, directo e inminente que afecte en gran medida el goce de sus derechos fundamentales o el de su familia.

Después de reseñar algunos ordenamientos en relación a la Autonomía y Autoregulación de los tratantes, solicita declarar improcedente la presente acción de tutela en contra de su representada, agregando haber cancelado todas las incapacidades posteriores al día 541 en cumplimiento de un fallo de tutela.

**RESPUESTA DE LA VINCULADA PROTECCION S.A.**

Contestan a través del representante legal judicial, indicando que el señor Jorge Luis Méndez Pérez, presenta afiliación al Fondo de Pensiones Obligatorias administrado por Protección S.A., desde el 1 de marzo de 1997, como traslado del Régimen de Prima Media administrado por el Instituto de los Seguros Sociales, hoy Colpensiones.

Refiere que el accionante presentó ante dicha administradora, solicitud de prestación económica por invalidez en fecha 20 de marzo de 2019, habiendo sido remitido a la Comisión Médico Laboral, con quien Protección S.A., tiene contrato de prestación de servicios, con el fin de que evaluaran y determinaran la procedencia de postergar su trámite de calificación de invalidez, por contar con pronóstico favorable de rehabilitación, caso en el cual habría lugar al pago de incapacidades superiores a 180 días por parte de la Administradora de Fondos de Pensiones o si por el contrario, el accionante no contaba con pronóstico favorable de rehabilitación, evento en el cual era necesaria su calificación de PCL, a fin de determinar si había o no lugar al pago de alguna prestación económica en caso de estado de invalidez.

Que el accionante fue calificado por la Comisión Médico Laboral, con PCL del 39.08%, de origen común, con fecha de estructuración 17 de diciembre de 2019, dictamen que actualmente se encuentra en revisión por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, ante la inconformidad del calificado.

Después de reseñar normatividad contenida en Ley 100/93 860 de 2003, solicita desvincular a dicho fondo, estimando no haberse demostrado vulneración alguna a su cargo.

**EL INFORME DEL VINCULADO MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL –ADRES-.**

Contestan a través de la Oficina Jurídica, quien reseña el marco normativo que los rige a partir de la Ley 1753 de 2015, señalando ser una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

Recalca que es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la Salud y para ello tiene el deber indelegable en la definición de políticas y reglamentación de todo lo atinente a la prestación del servicio de salud y de las condiciones en que esta tenga lugar.

Expone que existe abundante jurisprudencia la cual ha manifestado que el derecho a la vida

reconocido por el constituyente, no abarca únicamente la posibilidad de que el ser humano exista, es decir, de que se mantenga vivo de cualquier manera, sino que conlleva a que esa existencia deba entenderse a la luz del principio de la dignidad humana, reconocido en el artículo 1° de la Carta como principio fundamental e inspirador de nuestro Estado Social de Derecho.

Destaca que el Artículo 178 de la Ley 100 de 1993, establece las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud -EPS con el fin de garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, así como establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud, igualmente los servicios especializados de salud se encuentra cubierto en el Plan de Beneficios en Salud, es decir, es financiado por el Estado a través de la Unidad de Pago por Capitación -UPC.

Finalmente solicita NEGAR el amparo solicitado por el accionante en lo que tiene que ver con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, argumentando Falta de Legitimación en la Causa, además de no haber desplegado ningún tipo de conducta que vulnere los Derechos Fundamentales del actor, absteniéndonos de pronunciarnos respecto al recobro (sic), modulando el pronunciamiento a fin de no afectar los intereses de dicha entidad.

**RESPUESTA DE LA VINCULADA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA.**

Contestaron a través de la Directora Administrativa y Financiera, indicando que ante dicha junta se dirimió controversia presentada por el señor **JORGE LUIS MENDEZ PEREZ**, en contra de la calificación de PCL emitida en primera oportunidad por la entidad PROTECCION, mediante Dictamen No. 16859166-1710 de fecha 20 de marzo del 2020, el cual por las disposiciones gubernamentales no ha sido posible terminar el proceso de notificación a todas las partes interesadas, como quiera que desde ese día no tienen acceso a la planta física de la junta.

Informa que una vez puedan reabrir las instalaciones de la misma continuaran con el proceso respectivo en consideración a que los términos se encuentran suspendidos.

**RESPUESTA DE LA VINCULADA COLMENA ARL.**

Contestaron a través de la apoderada general, quien manifestó que una vez revisado su sistema de información encuentran que el señor JOSE LUIS MENDEZ PEREZ durante su afiliación con dicha ARL, NO tuvo reporte de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral.

Evidencia que el accionante ha sido tratado por una patología por parte de la EPS, lo cual coincide ciertamente con lo registrado en sus sistemas de información esto es, no reporta tratamiento o prestaciones asistenciales y/o económicas que se hayan otorgado al accionante.

Reseña que la pretensión del accionante se contrae a solicitar puntualmente que la EPS SANITAS investigue en todo el territorio nacional e internacional, un tratamiento integral para Síndrome Adherencial Abdominal y realizar Junta Médica con sus médicos tratantes.

Precisa que el Sistema General de Riesgos Laborales no es competente para nada diferente que suministrar las prestaciones que otorga el mismo, en la medida que las contingencias que afectan la salud del trabajador hayan sido reportadas por el empleador y calificadas como Laborales, es decir generadas por el factor de riesgo ocupacional, de modo que en aquellos casos de patologías que no han sido reportadas y que son de origen común o general, será responsabilidad de la EPS suministrar la atención medica que el paciente requiera.

Finalmente solicita se desvincule de la acción de tutela, en lo que corresponde a Colmena Seguros, argumentando no haber vulnerado derecho alguno, insistiendo que contra esa Administradora de Riesgos Laborales no se dirigen las pretensiones del accionante y por el contrario las solicitudes han sido dirigidas a otras entidades, respecto a las cuales Colmena Seguros, no tiene competencia alguna.

## II. CONSIDERACIONES DE LA INSTANCIA.

**CONSIDERACIONES PREVIAS.** La Acción de Tutela se encuentra consagrada en la Constitución Política de Colombia en su artículo 86, para que toda persona pueda reclamar, ante los jueces, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales cuando quiera que estos resulten amenazados o quebrantados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares por excepción.

El inciso tercero de la citada disposición, contempla que dicha acción sólo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En desarrollo del precitado canon, se expide el Decreto 2591 de 1991, el cual establece en su artículo 6° que la existencia de otros medios de defensa judiciales debe ser apreciada en concreto, en cuanto a su eficiencia, atendiendo las circunstancias en que se encuentre el solicitante.

Asimismo, el artículo 14 del mismo decreto establece que la acción puede ser ejercida sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito.

Por último, el artículo 22 ibídem preceptúa que el juez, tan pronto llegue al convencimiento respecto de la situación litigiosa, puede proferir el fallo sin necesidad de practicar las pruebas solicitadas; en el caso, se han aportado los siguientes documentos:

## III. PRUEBAS DOCUMENTALES:

-Copia de la historia Clínica de la Clínica MED del 09/octubre/2018,
-Copia del Concepto de Rehabilitación "FAVORABLE", enviado el 21/enero/2019 por la EPS SANITAS al Fondo de Pensiones PROTECCIÓN S. A.
-Copia del Derecho de Petición del 04 de junio de 2019, enviado a EPS SANITAS solicitando corregir el Concepto de Rehabilitación.
-Copia del Concepto de Rehabilitación "DESFAVORABLE", expedido por Clínica MED en agosto de 2019.
-Copia de la Calificación Pérdida de Capacidad Laboral de PROTECCIÓN S. A.
-Copia del Derecho de Petición a EPS SANITAS, por negación de expedir incapacidades a partir del 20 de febrero de 2020.
-Copia de la Respuesta de la EPS del 20 de marzo de 2020.
-Copia de la Historia Clínica de Sanitas del 26 de marzo de 2020
-Copia del Acta Junta Médica Sanitas del 02 de abril de 2020.
-Copia de Comunicado del 02 de abril de 2020, enviado por la EPS SANITAS a TERNIUM SAS.
- Copia del récord de incapacidades.

## IV. PROBLEMÁTICA JURÍDICA PLANTEADA.

Se contrae a determinar si ésta instancia es competente para resolver las pretensiones del accionante, y de ser procedente se ha de examinar si se han vulnerado los Derechos Fundamentales del señor JORGE LUIS MENDEZ PEREZ, al no emitírsele incapacidades por parte de los tratantes adscritos a la EPS accionada, ante un CONCEPTO DE REHABILITACION FAVORABLE, y la valoración de PCL de AFP PROTECCIÓN S. A.

## TESIS DEL DESPACHO.

La tesis que sostiene esta instancia, es que no es de la competencia del Juez Constitucional dirimir los conflictos que se susciten entre los cotizantes a las EPS, afiliados a los AFP en ocasión a las calificaciones por pérdida de capacidad laboral, y/ó incapacidades por enfermedades de origen común, como es el caso que nos ocupa, máxime cuando se encuentra surtiéndose un recurso ante uno de los órganos administrativos competentes.

## V. CONSIDERACIONES NORMATIVAS.

***El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud* – Reiteración de Jurisprudencia (Sentencia de Tutela T-345 de 2013 Magistrado Ponente María Victoria Calle Correa)**

En múltiples ocasiones, diferentes Salas de Revisión de esta Corporación han señalado que los usuarios del Sistema de Salud tienen el derecho constitucional a que se les garantice el acceso efectivo a los servicios médicos necesarios e indispensables para tratar sus enfermedades, recuperar su salud y resguardar su dignidad humana.[1] Esto fue recogido por la sentencia T-760 de 2008 en la regla: ***toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud***, [2] pues lo que realmente interesa es si de aquel depende la dignidad y la integridad del peticionario y si el servicio ha sido ordenado por el médico tratante.[3]

En esta línea, la Corte ha resaltado que en el Sistema de Salud, quien tiene la competencia para determinar cuándo una persona *requiere* un procedimiento, tratamiento, o medicamento para promover, proteger o recuperar su salud es, *prima facie*, el médico tratante, **por estar capacitado para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce de primera mano y de manera detallada la condición de salud del paciente.**[4]

La importancia que le ha otorgado la jurisprudencia al concepto del médico tratante se debe a que éste (i) es un profesional científicamente calificado; (ii) es quien conoce de manera íntegra el caso de su paciente y las particularidades que pueden existir respecto de su condición de salud y (iii) es quién actúa en nombre de la entidad que presta el servicio.[5]

En consecuencia, es la persona que cuenta con la información adecuada, precisa y suficiente para determinar la necesidad y la urgencia de un determinado servicio a partir de la valoración de los posibles riesgos y beneficios que este pueda generar y es quién se encuentra facultado

---

1 Ver, entre otras, la sentencia T-760 de 2008: *"Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad."*

2 Ver al respecto la sentencia T-760 de 2008 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa). En este caso se decidió, entre otras cosas, que "toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que *requiere* y aquellos que *requiere con necesidad*, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica *irrespetar* el derecho a la salud de la persona. El acceso a los servicios debe ser *oportuno*, de *calidad* y *eficiente*." La forma como la jurisprudencia constitucional fue recogida en este caso, ha sido reiterada en varias ocasiones; entre otras, en las sentencias T-320 de 2009 (MP. Jorge Iván Palacio Palacio), T-346 de 2009 (MP. María Victoria Calle Correa), T-371 de 2010 (MP Mauricio González Cuervo), T-410 de 2010 (MP María Victoria Calle Correa), T-730 de 2010 (MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), T-953 de 2010 (MP Jorge Iván Palacio Palacio), T-035 de 2011 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-091 de 2011 (MP Luis Ernesto Vargas Silva), T-096 de 2011 (MP Juan Carlos Henao Pérez), T-160 y T-162 de 2011 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

3 Se ha entendido por tal el profesional vinculado laboralmente a la respectiva EPS, y que examine como medico general o como medico especialista, al respectivo paciente. Esta Corporación en reiterada jurisprudencia ha hecho énfasis en que en los casos de atención en salud, se aplicará por regla general el procedimiento o tratamiento que haya prescrito en su momento el médico tratante , en atención a que éste " *es un profesional con formación científica médica, que adicionalmente tiene conocimiento especifico del caso del paciente , y por tal razón, tiene elementos científicos precisos para determinar la necesidad y la urgencia de un servicio médico determinado".* Sobre el particular, se pueden consultar, entre otras, la sentencias T-991 de 2002 (MP Eduardo Montealegre Lynett), T-921 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño) T-001 de 2005 (MP Alfredo Beltrán Sierra), T-007 de 2005 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) y la T-440 de 2005 (MP Jaime Córdoba Triviño).

4 Este criterio ha sido ampliamente acogido y desarrollado por la jurisprudencia constitu cional. Puede consultarse al respecto, entre otras, las sentencias T-271 de 1995 (MP Alejandro Martínez Caballero), SU-480 de 1997 (MP Alejandro Martínez Caballero) y SU-819 de 1999 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-414 de 2001 (MP Clara Inés Vargas Her nán dez), T-786 de 2001 (MP Alfredo Beltrán Sierra) , T-344 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) , T-410 de 2010 (MP María Victoria Calle Correa) y T-873 de 2011 (MP Mauricio González Cuervo)

5 Ver al respecto la sentencia T-616 de 2004, M.P. Jaime Araujo Rentaría, donde la Corte señaló lo siguiente: *"[E]l criterio al cual se debe remitir el juez de tutela en estos casos es la opinión del médico tratante, en cuanto se trata de una persona calificada profesionalmente (conocimiento científico médico), que atiende directamente al paciente (conocimiento específico del caso), en nombre de la entidad que le presta el servicio (competencia para actuar en nombre de la entidad). Esa es la fuente, de carácter técnico, a la que el juez de tutela debe remitirse para poder establecer qué medicamentos o qué procedimientos requiere una persona. El dictamen del médico tratante es necesario, pues si no se cuenta con él, no es posible que el juez de tutela, directamente, imparta la orden, así otros médicos lo hayan señalado, o estén dispuestos a hacerlo." Esta posición, ha sido fijada entre otros, en los fallos, T- 271/95 (MP Alejandro Martínez Caballero), SU- 480/1997 ( MP: Alejandro Martínez Caballero) , SU-819 /1999 ( MP Álvaro Tafur Galvis) , T-378/2000 (MP Alejandro Martínez Caballero), T-749/2001 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra), T-344/2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-007/2005 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-1080/2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-760/2008(MP Manuel José Cepeda Espinosa) y T-674/2009 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).*

para variar o cambiar la prescripción médica en un momento determinado de acuerdo con la evolución en la salud del paciente.

En este orden de ideas, siendo el médico tratante la persona facultada para prescribir y diagnosticar en uno u otro sentido, la actuación del Juez Constitucional debe ir encaminada a impedir la violación de los derechos fundamentales del paciente y a garantizar el cumplimiento efectivo de las garantías constitucionales mínimas, luego el juez no puede valorar un procedimiento médico.[6] Por ello, al carecer *del conocimiento científico adecuado para determinar qué tratamiento médico requiere, en una situación dada, un paciente en particular podría, de buena fe pero erróneamente, ordenar tratamientos que son ineficientes respecto de la patología del paciente, o incluso, podría ordenarse alguno que cause perjuicio a la salud de quien busca, por medio de la tutela, recibir atención médica en amparo de sus derechos, tal como podría ocurrir en el caso concreto.*[7]

Por lo tanto, la condición esencial para que el juez constitucional ordene que se suministre un determinado procedimiento médico o en general se reconozcan prestaciones en materia de salud, es que éste haya sido ordenado por el médico tratante, [8] pues lo que se busca es resguardar el principio según el cual, el criterio médico no puede ser remplazado por el jurídico, y solo los profesionales de la medicina pueden decidir sobre la necesidad y la pertinencia de un tratamiento médico.[9]

Por supuesto, hay casos en los que, con mayor evidencia técnica y científica puede controvertirse la posición del médico tratante. Esto fue recogido por la sentencia T-344 de 2002[10] al establecer que para que el dictamen del médico pueda ser legítimamente controvertido "*la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión negativa con traria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante*".[11]

**El carácter integral del sistema de seguridad social. (Sentencia de Tutela T-341 de 2013 Magistrado Ponente Nilson Pinilla Pinilla)**

La Ley 100 de 1993 implementó un sistema integral de seguridad social, diseñado con la aspiración de alcanzar la real aplicación de los atributos de obligatoriedad e irrenunciabilidad que la Constitución le arrogó a la seguridad social, en su doble dimensión de servicio público y derecho fundamental.

Dicha aspiración quedó consignada en el preámbulo de la Ley 100, en el sentido de que el sistema integral de instituciones, normas y procedimientos, estará dispuesto para el "*cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad*"[12].

Esa vocación de integralidad, responde a la necesidad de materializar los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad a los que la Constitución subordinó la prestación del

---

[6] T-569 de 2005 (MP Clara Inés Vargas Hernández). Este criterio ha sido reiterado, entre otras, en las sentencias T-059 de 1999 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz), T-179 de 2000 (MP Alejandro Martínez Caballero), T-1325 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T- 256 de 2002 (MP Jaime Araújo Rentería), T-398 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-412 de 2004 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) y T-234 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

[7] Este principio ha sido desarrollado por la jurisprudencia constitucional, entre otras, en las sentencias T-1325 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), reiterada en la T-427 de 2005 (MP Jaime Araújo Rentería) y en la T-234 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

[8] Sentencia T-234 de 2007(MP Humberto Antonio Sierra Porto) y T-1080/07 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

[9] En la sentencia T-597/01 (M.P. Rodrigo Escobar Gil) se consideró que "(…) la indicación y la certeza sobre la eficacia de los procedimientos médicos está determinada por consideraciones técnicas que no les compete establecer a los jueces (…)". Esta posición ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-344 de 2002 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) y en la Sentencia T- 1016 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis).

[10] MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

[11] En la sentencia T-344 de 2002 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa) la Sala Tercera de Revisión señaló que "(…) *es posible que una EPS niegue una orden del médico tratante. Pero no puede hacerlo basándose en un criterio de orden administrativo o presupuestal. La EPS debe disponer de fundamentos científicos suficientes para adoptar una decisión en contra de lo ordenado por el médico tratante. Para ello, la opinión de cualquier otro médico no es suficiente. La base de la decisión negativa con traria a lo prescrito por el médico que ha tratado al paciente debe ser más sólida, por lo que ha de fundarse, por lo menos en: (1) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad, (2) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendría el tratamiento solicitado en el accionante.*" Esta posición ha sido reiterada entre otras, en las sentencias T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-873 de 2011 (MP Mauricio González Cuervo) y T-476 de 2012 (MP María Victoria Calle Correa). Nuevamente en sentencia T-344 de 2002, la Corte refuerza el fundamento de la anterior subregla afirmando que: "*Por ejemplo, un procedimiento como el adoptado por la Sala en el presente caso permitió contar con la opinión de dos médicos especializados en el área en que requiere atención la persona que demandó el servicio de salud, a los cuales se les puso en conocimiento de la historia clínica del paciente, con lo cual se garantizó que el concepto que se emitió sobre el caso fue confiable y fundado en un estudio científico. El hecho de haber consultado la opinión de dos médicos, aseguró que no se tratara de la mera discrepancia entre él médico tratante y otro doctor.*" (Énfasis fuera del texto).

[12] Ley 100 de 1993.

servicio de seguridad social y la garantía de éste como componente inescindible de la dignidad humana. En desarrollo de estos mandatos, la Ley 100 consagró una especial protección al trabajador frente los riesgos propios de la actividad laboral, brindando una serie de prestaciones asistenciales y económicas para amparar a la población que queda desprovista de los ingresos básicos, tras sufrir una enfermedad o accidente que afecta su capacidad laboral.

Esa pérdida de capacidad laboral puede devenir de eventos de origen común o profesional, por lo que la disposición normativa definió para uno y otro un marco jurídico diferenciado sujeto al origen del evento que generó la contingencia. De esta manera, estableció dos regímenes distintos para atender las situaciones de invalidez, en el que las prestaciones derivadas del accidente o enfermedad serán responsabilidad de los actores del Sistema de Riesgos Profesionales o de los que participan en el Sistema General de Seguridad Social, obedeciendo a si la disminución de la capacidad es causa o no de un evento laboral.

Posteriormente, el Decreto 1295 de 1994 incorporó esos criterios al establecer en el artículo 34, que todo afiliado al SGRP tendrá derecho a que se le brinden los servicios asistenciales y se le reconozcan las prestaciones económicas a que haya lugar, en el evento de sufrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que éstas generen incapacidad, invalidez o muerte. En consecuencia, incluyó dentro de las funciones de las entidades administradoras de riesgos laborales la de garantizar la prestación del servicio de salud y reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas a las que tienen derecho[13].

En lo relativo a las prestaciones asistenciales, dispuso que (i) los servicios de salud que demande el afiliado deben ser prestados a través de su entidad promotora de salud, a menos que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, caso en el cual estarán a cargo de la ARL correspondiente[14]; (ii) los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional deben ser prestados por las administradoras de riesgos profesionales; (iii) la atención inicial de urgencia podrá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al SGRP; (iv) las empresas promotoras de salud podrán prestar los servicios médicos asistenciales que se requieran, sin perjuicio de la facultad que ostentan para repetir contra la administradora de riesgos profesionales correspondiente, por concepto de atención de urgencias y servicios asistenciales, mediante el mecanismo de reembolsos entre entidades[15].

Las prestaciones económicas fueron previstas en el capítulo V, donde se establecieron los conceptos de incapacidad temporal, incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, de sobrevivientes y de auxilio funerario, la manera de calcular su monto y los criterios a los que se sujetaría su reconocimiento. Sin embargo, dichas normas fueron declaradas inexequibles por esta corporación, mediante la **sentencia C-452 de 2002, M. P. Jaime Araujo Rentería**[16], debido a que el legislador extraordinario no había sido facultado para regular aspectos sustanciales del SGRP.

Atendiendo a los efectos diferidos del fallo, el Congreso expidió una nueva legislación para suplir el vacío normativo mediante la Ley 776 de 2002 (*"por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales"*). Esta disposición normativa se ocupó de ratificar la responsabilidad a cargo de las entidades administradoras de riesgos profesionales frente al reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un evento de origen profesional.

Al respecto en el parágrafo 2° del artículo 1°, advirtió que la entidad responsable de reconocer las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente o enfermedad profesional será la administradora de riesgos a la que se encuentre afiliado el trabajador al momento del accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al requerir la prestación.

---

13 Decreto 1295 de 1994, artículo 80, literales d) y e).
14 Decreto 1295 de 1994, artículo 5.
15 Decreto 1295 de 1994, artículo 6º.
16 La Corte difirió los efectos del fallo con el objetivo de que el órgano legislativo expidiera la nueva normatividad sobre la materia.

Responsabilizó además a la administradora de riesgos profesionales en caso de accidentes de trabajo a "***responder íntegramente por las prestaciones derivadas de este evento, tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente de que el trabajador se encuentre o no afiliado a esa administradora***" *(no está en negrilla en el texto original)*[17].

El precepto normativo protegió además al trabajador frente a posibles moratorias en el reconocimiento y pago de las prestaciones que requiera cuando se produzca el riesgo asegurado, al facultar a la ARL que asume las prestaciones a repetir proporcionalmente, por la cantidad que haya desembolsado, y al erigir los mecanismos de recobro que efectúan las administradoras, como independientes a la obligación que les asiste en el reconocimiento del pago de las prestaciones económicas[18].

Estos postulados hacen manifiesto el carácter integral del sistema y develan el rol vital que desempeñan los actores del SGRP, administradora de riesgos profesionales y empleador, en la protección integral, oportuna y eficaz de los trabajadores, en un sistema diseñado con una importante delegación de obligaciones a quienes participan en el sistema.

El Decreto 1295 de 1994 identificó como características del SGRP que (i) las ARL estarán encargadas de la afiliación al sistema y la administración del mismo[19]; (ii) los empleadores deberán afiliarse al SGRP y tendrán a cargo la afiliación de sus trabajadores[20]; (iii) las cotizaciones serán responsabilidad exclusiva del empleador[21], (iv) sin perjuicio de las sanciones que acarrea el incumplimiento de la obligación de afiliación, las prestaciones que se generen en períodos sin cobertura estarán a cargo del empleador[22]; (v) los empleadores deberán efectuar las cotizaciones obligatorias al SGRP durante la vigencia de la relación laboral[23] y el traslado del monto de éstas a la ARL correspondiente, dentro de los plazos que señale el reglamento[24].

El modelo de aseguramiento fue estudiado por esta corporación en fallo T-721 de septiembre 18 de 2012, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva, donde se describió el sistema de riesgos profesionales cómo "*un sistema de aseguramiento en que el empleador contrata un seguro con una ARP, realiza las cotizaciones de manera oportuna y se encarga de la prevención de los riesgos, de conformidad con lo que le exigen, sobre el particular, el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002. La ARP, por su parte, se obliga a reconocer las prestaciones asistenciales y económicas que el trabajador requiera cuando se produzca el riesgo asegurado, es decir, el accidente de trabajo o la enfermedad profesional.*"

Conforme al esquema de responsabilidades expuesto en el precedente recuento normativo sobre el SGRP actualmente vigente en Colombia, se concluye que (i) las entidades administradoras de riesgos profesionales son las llamadas a garantizar el acceso de los trabajadores al conjunto de prestaciones asistenciales y económicas previstas en el Sistema General de Riesgos Profesionales, y (ii) para el reconocimiento de las mismas no es admisible oponer trabas administrativas relacionadas al debate sobre la posible responsabilidad de una u otra entidad. Por tanto, las controversias en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales y económicas contempladas por el SGRP a favor de los trabajadores que sufren un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o cualquier otra contingencia de las amparadas por el sistema, deben resolverse desde una perspectiva afín con la categoría de derecho fundamental que la Constitución le reconoce a la seguridad social, al carácter integral del Sistema General de Seguridad Social, con el principio de continuidad que le es intrínseco y con el esquema de aseguramiento que diseñaron el gobierno y el legislador para hacer realidad las garantías de integralidad, oportunidad y eficacia hacia las que apunta el sistema.

---

17 Ley 776 de 2002, artículo 1°, parágrafo 2°.
18 Ley 776 de 2002, artículo 1°, parágrafo 2°.
19 Decreto 1295 de 1994, artículo 4.
20 Íd.
21 Íd.
22 Íd.
23 Decreto 1295 de 1994, artículo 16.
24 Decreto 1295 de 1994, artículo 21.

## VI. CONSIDERACIONES FÁCTICAS.

En el presente asunto, el actor reclama la protección de sus Derechos Fundamentales, afirmando que la EPS SANITAS, lo ha obligado a reintegrarse laboralmente a su puesto de trabajo, encontrándose diagnosticado con Síndrome de Gilbert, Hipertensión, Bajo Peso, Gastritis Crónica, y Síndrome Adherencial Severo, lo cual igualmente ha afectado su salud emocional.

Considera que las decisiones adoptadas por la Junta Médica corresponden a un indebido procedimiento al no haber tenido en cuenta el concepto de sus tratantes, ser producto de falsedades que deben ser objeto de investigaciones penales o disciplinarias, por no estar ajustadas a derecho.

Teniendo en cuenta las respuestas ofrecidas por la entidad accionada y las vinculadas, han acreditado que al accionante se le han cancelado los salarios, las prestaciones sociales, los aportes al SGSSS, se le han cancelado las incapacidades otorgadas, algunas al parecer atendiendo un fallo de tutela.

Medicina Laboral de la EPS SANITAS adujo haber cumplido con lo establecido por la Ley, y en razón a ello al accionante se le programó y realizó Junta Interdisciplinaria Cirugía General y Medicina Laboral el día 02 de abril de 2020, determinando como resultado que no existen secuelas invalidantes, ni inhabilidad física o mental que le impida laborar con recomendaciones, concluyendo que no existe indicación médica que justifique la expedición de certificado de incapacidad, ordenando su reintegro laboral, habiéndosele concedido vacaciones remuneradas hasta el día 18/05 de ésta anualidad.

Esta instancia considera que mediante la acción de tutela no es posible determinar la expedición de certificados de incapacidad, y menos aun dejar sin efecto un dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, que se encuentra recurrido y en trámite.

Igualmente no se puede perder de vista en primer lugar, que existe autonomía por parte de los profesionales de la salud para determinar las necesidades de los pacientes, y depende de circunstancias que sólo está en capacidad de evaluar el médico tratante frente a su paciente, y/ò en su defecto la Junta Médica como ha ocurrido en el caso que nos ocupa, pero en modo alguno el Juez Constitucional.

Fueron los médicos tratantes de cara a razones científicas propias de la especialidad médica, y en el conocimiento específico de la historia clínica del paciente, quienes determinaron la improcedencia de generar nuevas incapacidades, y finalmente el reintegro del señor Méndez Pérez a sus actividades laborales, con recomendaciones a conocimiento del empleador, y se itera inmiscuirse en la competencia de los tratantes desbordaría los límites de competencia.

Así las cosas, encontrándose la valoración de PCL bajo el examen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, será dicha entidad quien examinará frente a la historia clínica del trabajador, las inconsistencias, errores y/ò aciertos en que ha incurrido la AFP y de paso la EPS accionada.

Es preciso reseñar que la ARL COLMENA, no ha aportado novedad alguna que amerite modificar la decisión adoptada inicialmente por la instancia.

## VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple del Distrito Judicial de Cali, Sede Desconcentrada de Siloé, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

**PRIMERO.- DENEGAR POR IMPROCEDENTE EL AMPARO** a los Derechos Fundamentales a la Seguridad Social, Salud, Vida Digna e Igualdad, del señor **JORGE LUIS MENDEZ PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.859.166 expedida en El Cerrito, presuntamente vulnerados por la **EPS SANITAS, TERNIUM S.A.S, AFP PROTECCION S.A, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** y/ó **COMENA ARL**, conforme a los argumentos fácticos, fundamentos legales y jurisprudenciales reseñados en la parte motiva de ésta providencia.

**SEGUNDO. - NOTIFICAR** el contenido de esta providencia a las partes por el medio más expedito. Líbrense los oficios por secretaría.

**TERCERO. - PROCEDE LA IMPUGNACION** de la presente decisión ante el Superior Jerárquico, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación.

**CUARTO. - REMÍTASE** en el eventual caso de no ser impugnada esta decisión, dentro del término legal a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

SONIA DURAN DUQUE
**Jueza**

**RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO**

**RAMA JURISDICCIONAL DEL PODER PÚBLICO**
**JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE**
**CARRERA 52 # 2-00 PISO 3 BARRIO EL LIDO**
**CASA DE LA JUSTICIA DE SILOE**
j03pqccmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co
**CALI-VALLE**

Santiago de Cali, 26 de junio de 2020

Oficio No. 1249
U R G E N T E

Señores:
**EPS SANITAS S.A.S.**
La Ciudad,

Señores:
**TERNIUM S.A.S.**
La Ciudad,

Señores:
**AFP PROTECCIÓN S.A.**
La Ciudad,

Señores:
**ADMINISTRADORA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**
La Ciudad,

Señores:
**JUNTA DE CALIFICACION REGIONAL DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
La Ciudad,

Señores:
**COLMENA A.R.L.**
La Ciudad,

Señor:
**JOSE LUIS MENDEZ PÉREZ**
Jorlumen1969@mail.com
La Ciudad,

ACCIONANTE : JOSE LUIS MENDEZ PÉREZ
ACCIONADO: **EPS SANITAS S.A.S**
VINCULADOS: **TERNIUM S.A.S, COLMENA ARL Y OTROS**
RADICACION : 76001-41-189003-2020-00363-00

Atendiendo a lo dispuesto por este despacho dentro del trámite constitucional de la referencia, a continuación transcribo a Uds., la parte pertinente de la Sentencia No. 0101 del veintiséis (26) de Junio de 2020: "**PRIMERO.- DENEGAR POR IMPROCEDENTE EL AMPARO** a los Derechos Fundamentales a la Seguridad Social, Salud, Vida Digna e Igualdad, del señor **JORGE LUIS MENDEZ PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 16.859.166 expedida en El Cerrito, presuntamente vulnerados por la **EPS SANITAS, TERNIUM S.A.S, AFP PROTECCION S.A, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** y/o **COMENA ARL,**

conforme a los argumentos fácticos, fundamentos legales y jurisprudenciales reseñados en la parte motiva de ésta providencia. **SEGUNDO. - NOTIFICAR** el contenido de esta providencia a las partes por el medio más expedito. Líbrense los oficios por secretaría. **TERCERO. - PROCEDE LA IMPUGNACION** de la presente decisión ante el Superior Jerárquico, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación. **CUARTO. - REMÍTASE** en el eventual caso de no ser impugnada esta decisión, dentro del término legal a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión. **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.** SONIA DURAN DUQUE **Jueza".**

Atentamente,

ANA CRISTINA GIRON CARDOZO
**Secretaria**