

**RADICADO:** 680014003016-2022-00641-00  
**REFERENCIA:** ACCIÓN DE TUTELA  
**ACCIONANTE:** ESSY YULYE MARQUEZ GIL, quien actúa en nombre propio y representación de su poderdante **NUBIA RICO LOPEZ**.  
**ACCIONADO:** **NUEVA EPS**, vinculadas de oficio la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL -ADRES –** y la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**.  
**FALLO:** T-0160/2022

## SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**  
**JUZGADO DIECISÉIS CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**  
**PALACIO DE JUSTICIA – PRIMER PISO – OF: 205**  
**TEL: 6704306**

Bucaramanga, veintisiete (27) de Septiembre de dos mil veintidós (2022)

### ASUNTO

El Juzgado Dieciséis Civil Municipal de Bucaramanga, decide en primera instancia, la demanda de tutela instaurada por la abogada **ESSY YULYE MARQUEZ GIL**, quien actúa en nombre y representación de la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, en contra de la **NUEVA EPS** y vinculadas de oficio la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL -ADRES –** y la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, al considerar que se le están vulnerando los derechos fundamentales al mínimo vital, a la dignidad humana, a la salud y a la seguridad social en conexidad con la vida.

### ANTECEDENTES

La accionante acude a este mecanismo al considerar que se le están vulnerando los derechos fundamentales aludidos por parte de la **NUEVA EPS** y vinculadas de oficio la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL -ADRES –** y la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, al negarle el pago de las incapacidades médicas generadas a su favor.

### SUJETOS DE ESTA ACCIÓN

#### Accionante:

- **NUBIA RICO LOPEZ**, quien actúa a través de apoderada judicial abogada ESSY YULYE MARQUEZ GIL; identificada con cédula de ciudadanía No. 63.335.685; celular: 316289734; correo electrónico: [nubiarico803@gmail.com](mailto:nubiarico803@gmail.com)

#### Apoderada:

- **ESSY YULYE MARQUEZ GIL**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.098.610.682 de Bucaramanga y con Tarjeta Profesional No. 198.407 del C. S.

de la J., ubicado en la Calle 35 No. 17 - 56 Oficina 803, Edificio Davivienda, en Bucaramanga; celular: 3204555738; correo electrónico: [juridicagmabogados@gmail.com](mailto:juridicagmabogados@gmail.com)

**Accionada:**

- **NUEVA EPS**, quien se ubica en la Carrera 35 No. 52 - 91 de Bucaramanga y correo electrónico: [notificacionescoosaludeps@coosalud.com](mailto:notificacionescoosaludeps@coosalud.com)

**Vinculadas:**

- **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - ADRES** -, correo electrónico: [notificaciones.judiciales@adres.gov.co](mailto:notificaciones.judiciales@adres.gov.co)
- **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, correo electrónico: [snstutelas@supersalud.gov.co](mailto:snstutelas@supersalud.gov.co)

**PRETENSIONES DE LA ACCION.**

Fueron señaladas literalmente dentro del libelo de la demanda de la siguiente forma:

**“PRIMERA: TUTELAR Y CONCEDER** la protección de los derechos fundamentales **AL MÍNIMO VITAL, A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL** en que (sic) conexidad con la **VIDA** de la señora **NUBIA RICO LOPEZ**.

**SEGUNDO: ORDENAR** a **NUEVA EPS** o a quien corresponda, el **RECONOCIMIENTO Y PAGO** de las incapacidades que ha dejado de cancelar a mi representada a pesar de haberse otorgado por los médicos tratantes así:

- Incapacidad de 30 días; desde el 04 de enero de 2022 hasta el 02 de febrero de 2022
- Incapacidad de 30 días; desde el 03 de febrero de 2022 hasta el 04 de marzo de 2022
- Incapacidad de 30 días; desde el 05 de marzo de 2022 hasta el 03 de abril de 2022
- Incapacidad de 30 días; desde el 04 abril de 2022 hasta el 03 de mayo de 2022.
- Incapacidad de 30 días; desde el 04 de mayo de 2022 hasta el 02 de junio de 2022.

**TERCERO: ORDENAR** a **NUEVA EPS** o a quien corresponda, el **RECONOCIMIENTO Y PAGO** de las incapacidades que se sigan causando en relación al diagnóstico en el cual se han venido causando las incapacidades relacionadas en la presente acción en favor de la señora **NUBIA RICO LOPEZ**

**CUARTO: ORDENAR** a **NUEVA EPS** o a quien corresponda, para que sin más trabas administrativas, se sirva proceder a cargar al sistema, todas y cada una de las incapacidades otorgadas a mi representada, desde el 06 septiembre de 2021 hasta la fecha actual.”

## SON FUNDAMENTOS DE LA PRESENTE ACCION DE TUTELA

1. Que la señora **NUBIA RICO LOPEZ** es una persona de 55 años, vinculada como cotizante activa del régimen contributivo a la **NUEVA EPS**; quien actualmente no labora.
2. Que en fecha Septiembre 6 de 2021, la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, sufrió accidente una caída y desde entonces ha tenido ocho incapacidades médicas, con diagnóstico de FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO (S526) y LUXACIÓN DEL CODO, NO ESPECIFICADA (S531); las cuales han sido consecutivas desde el 6 de Septiembre hasta el 2 de Junio 2022.
3. Que en fecha 6 de Abril de 2022, la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, fue remitida por el ortopedista tratante a medicina laboral para valoración y calificación de secuelas.
4. Que la **NUEVA EPS**, solo ha realizado el pago de cuatro de las incapacidades, las comprendidas en el periodo del 6 de Septiembre de 2021 al 3 de Enero de 2022.
5. Que en fecha 31 de Mayo de 2022, la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, elevó derecho de petición ante la accionada, solicitando certificación de las incapacidades otorgadas, el cual fue resuelto mediante comunicación de fecha Junio 7 de 2022; considera la apoderada en escrito de tutela que pese que allegó la accionada dicha certificación; estima que no fue una respuesta clara ni precisa.
6. Que, a la fecha de presentación de esta acción constitucional, le adeudan las siguientes incapacidades; las cuales según manifiesta en el acápite de hechos de tutela han sido radicadas de forma física en los puntos de atención de la NUEVA EPS:

*“● Incapacidad de 30 días; desde el 04 de enero de 2022 hasta el 02 de febrero de 2022*

*● Incapacidad de 30 días; desde el 03 de febrero de 2022 hasta el 04 de marzo de 2022*

*● Incapacidad de 30 días; desde el 05 de marzo de 2022 hasta el 03 de abril de 2022*

*● Incapacidad de 30 días; desde el 04 abril de 2022 hasta el 03 de mayo de 2022.*

*● Incapacidad de 30 días; desde el 04 de mayo de 2022 hasta el 02 de junio de 2022.*

## ELEMENTOS PROBATORIOS

1. Demanda de tutela instaurada por la abogada **ESSY YULYE MARQUEZ GIL**, quien actúa en nombre y representación de la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, en calidad de accionante (Fls. 1 - 5);
2. Poder y documentos relacionados y señalados en el libelo de pruebas de esta acción constitucional (Fls. 6 – 40)

3. Respuesta de la NUEVA EPS (Fls. 46 – 54)
4. Respuesta de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES – (Fls. 55 - 78)
5. Respuesta de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (Fls. 79 – 91)

### **RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS**

- **NUEVA EPS**

Da respuesta a la acción constitucional el abogado MARCO ANTONIO CALDERON ROJAS, quien actúa en calidad de Apoderado Judicial de la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A., calidad que se encuentra probada (Fls. 53-54); señalando que en razón a que el Juez de Tutela tiene competencia residual, considera pertinente que la presente solicitud de amparo constitucional sea declarada improcedente, atendiendo que la accionante debe acudir a otros mecanismos más idóneos para lograr el pago de las incapacidades, como lo es la vía de la jurisdicción laboral; de una parte y de otra parte, considera que no se da cumplimiento al principio de inmediatez que enmarca la acción de tutela, toda vez que reclama sobre incapacidades otorgadas desde el mes de enero de 2022.

En cuanto a los hechos y pretensiones de tutela, como tal, refiere que la accionante no ha radicado las 4 incapacidades señaladas pendientes de pago, de las mismas aportan pantallazo que evidencia, sólo una de estas fue transcrita, más no se ha realizado el proceso de radicación para pago; los cuales son procesos diferentes e independientes; haciendo un estudio de lo que enmarca la legislación nacional con respecto a los trámites tendientes al pago de las incapacidades médicas otorgadas.

- **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - ADRES –**

Da respuesta a la acción constitucional el abogado JULIO EDUARDO RODRÍGUEZ ALVARADO, quien actúa en calidad de apoderado de la Oficina Asesora Judicial de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - ADRES –, calidad que se encuentra probada (Fls. 63-78); señalando que considera que la presente acción constitucional es improcedente en razón a que busca resolver un conflicto de carácter económico y que incumple el principio de subsidiariedad e inmediatez.

Así mismo, refiere que no es función de esta entidad el pago de incapacidades inferiores a 540 días; por lo que finalmente, solicita que se desvincule a esta institución de la presente acción judicial.

- **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

Da respuesta a la acción constitucional a través de la abogada CLAUDIA PATRICIA FORERO RAMIREZ, quien actúa en calidad de Subdirectora Técnica adscrita a la Subdirección de Defensa Jurídica de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, calidad que se encuentra probada (Fls. 90 - 91); manifestando frente a los hechos y pretensiones que la entidad que representa, es un organismo de carácter técnico, que tiene la facultad de realizar inspección, vigilancia y control del SGSS, más no está facultada ni para asegurar los usuarios del SGSSS, ni para prestar servicios de salud; facultades y/o funciones que recaen sobre las EPS.

De igual forma señala en su escrito de contestación de tutela que su facultad de conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador, ya no forma parte los asuntos de conocimiento de esta entidad acorde con la normativa nacional vigente.

Así las cosas, solicita se desvincula la entidad de esta acción constitucional.

### **ASUNTO EN ESTUDIO**

La accionante quien actúa a través de su apoderada, considera que se le están vulnerando por parte de la **NUEVA EPS**, y las vinculadas de oficio **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - ADRES** – y **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, los derechos fundamentales al mínimo vital, a la dignidad humana, a la salud y a la seguridad social en conexidad con la vida, al no realizar el pago de las incapacidades médicas generadas a su favor en la vigencia 2022.

### **PROBLEMA JURÍDICO**

De acuerdo con las situaciones fácticas expuestas, le corresponde a esta Oficina Judicial dirimir el siguiente problema jurídico:

Se contrae en determinar si las accionadas **NUEVA EPS**, y las vinculadas de oficio **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - ADRES** – y **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, vulneraron los derechos fundamentales al mínimo vital, a la vida en condiciones dignas y justas y a la seguridad social de la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, por el no pago del subsidio de incapacidad.

### **PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL**

Es del caso recordar que la Honorable Corte Constitucional se ha pronunciado en múltiples oportunidades y en reiterada doctrina constitucional sobre la procedencia excepcional de la acción de tutela para solicitar el pago de prestaciones económicas, el régimen normativo y jurisprudencial de las incapacidades médicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - entidades responsables de efectuar el pago.

#### **I. RÉGIMEN NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ENTIDADES RESPONSABLES DE EFECTUAR EL PAGO. REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA**

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución, el Estado colombiano “*garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*”, y con fundamento en esta disposición, se ha instituido dentro del régimen del Sistema General de Seguridad Social el reconocimiento y pago de las incapacidades, bien sean por enfermedad común, o por enfermedad profesional.

Esto, con la finalidad de soportar al afiliado durante el tiempo en que su capacidad laboral se ve mermada, en virtud del principio de solidaridad que rige el Sistema General de Seguridad Social. Así, el reconocimiento y pago de las incapacidades fueron atribuidas a los distintos agentes del sistema, dependiendo del origen de la enfermedad o accidente (común o profesional), y de la persistencia de la afectación de la salud del afiliado, en el tiempo.

Entonces, tratándose de enfermedades o accidentes de origen común, la responsabilidad del pago de la incapacidad o del subsidio por incapacidad radica en diferentes actores del sistema dependiendo de la prolongación de esta, de la siguiente manera:

Conforme al artículo 1º del Decreto 2943 de 2013, que modificó el parágrafo 1º del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el pago de los dos (2) primeros días de incapacidad por enfermedad de origen común, corresponden al empleador.

A su vez, en concordancia con el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, el pago de las incapacidades expedidas del día tres (3) al día ciento ochenta (180) están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, y el trámite tendiente a su reconocimiento está a cargo del empleador.

En cuanto a las incapacidades de origen común que persisten y superan el día 181. Si bien en principio eran objeto de debate, en tanto se asumía que el pago estaba condicionado a la existencia de un concepto favorable de recuperación, la Honorable Corte Constitucional ha sido enfática en afirmar que el pago de este subsidio corre por cuenta de la Administradora de Fondos de Pensiones a la que se encuentre afiliado el trabajador, ya sea que exista concepto favorable o desfavorable de rehabilitación.

Ahora, en el evento que la EPS no cumpla con la emisión del concepto de rehabilitación -sea favorable o desfavorable- antes del día 120 de incapacidad temporal y la remisión de este a la AFP correspondiente, antes del día 150, de que trata el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, le compete a la EPS pagar con sus propios recursos el subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal, esto, en caso de que la incapacidad se prolongue más allá de los 180 días. En tal sentido, asumirá desde el día 181 y hasta el día en que emita el concepto en mención.

Así mismo, de acuerdo con la norma citada, una vez el fondo de pensiones disponga del concepto favorable de rehabilitación, podrá postergar el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral *“hasta por 360 días calendario adicionales a los primeros 180 de incapacidad temporal que otorgó [y pagó] la EPS”*. Sin embargo, en caso de que la AFP decida utilizar dicha prerrogativa, la ley prevé como condición el pago de un subsidio equivalente a la incapacidad temporal que venía disfrutando el trabajador. Contrario *sensu*, si el concepto de rehabilitación que recibe el fondo de pensiones por parte de la EPS es desfavorable, la primera deberá proceder de manera inmediata a calificar la pérdida de capacidad del afiliado, toda vez que la recuperación del estado de salud del trabajador es médicamente improbable. En todo caso, los subsidios por incapacidades del día 181 al día 540, están a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones, siempre que cuenten con el concepto de rehabilitación por parte de la EPS, sea este favorable o no para el afiliado.

En este punto, como resultado del proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, es posible: *i)* que se determine una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, evento en el cual, el trabajador puede optar por la pensión de invalidez a cargo de la AFP a la cual se encuentre afiliado; o *ii)* que se fije una disminución ocupacional parcial, esto es, inferior al 50%, situación en la que *“el empleador debe proceder a reincorporar al trabajador en el cargo que venía desempeñando o en otra actividad acorde con su situación de discapacidad, siempre y cuando los conceptos médicos determinen que se encuentra apto para ello”*. En otras palabras, se configura uno de los eventos en los cuales el trabajador

se hace acreedor del derecho a la estabilidad laboral reforzada, reconocido por esta Corte a partir del artículo 26 de la Ley 361 de 1997.

No obstante, lo anterior, es factible que, a pesar de haberse dictaminado una incapacidad permanente parcial, por pérdida de capacidad laboral, inferior al 50%, el trabajador no recupere su capacidad laboral, y por esa causa, el médico tratante le siga extendiendo incapacidades, superando los 540 días, pese a haber sido evaluado por la junta de calificación de invalidez. Es decir, no resulta posible su reintegro al cargo, debido a la misma incapacidad del trabajador para reincorporarse a sus funciones.

Al respecto, es preciso recordar que el Sistema General de Seguridad Social no previó esta situación dentro de su marco normativo y, por tanto, los asegurados incursos en estas circunstancias, antes de la promulgación de la **Ley 1753 de 2015** –Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, se encontraban desprotegidos legalmente como consecuencia de la ausencia de claridad respecto de la entidad que debía asumir el pago del auxilio por incapacidad cuando los mismos superaban los 540 días. Sin embargo, el vacío de regulación fue efectivamente superado con la ley mencionada, al determinar que el pago de las incapacidades superiores a los 540 días debía asumirse por las entidades promotoras de salud (EPS) y que como mecanismo para reevaluar la real capacidad de trabajo del afectado y propender oportunamente por la reincorporación del asegurado a sus funciones laborales, el Gobierno Nacional tenía la obligación de reglamentar el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad.

En efecto, el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, indicó:

*“ARTÍCULO 67. Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Entidad administrará los siguientes recursos:  
(...)”*

*Estos recursos se destinarán a:*

*a) El reconocimiento y pago a las **Entidades Promotoras de Salud** por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos**. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.”* (Resaltado fuera de texto)

De la norma transcrita se advierte: *i)* que el Legislador asignó la responsabilidad de sufragar las incapacidades superiores a 540 días a las EPS, y *ii)* que las EPS pueden perseguir el reconocimiento y pago de las sumas canceladas por dicho concepto en los términos del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 ante la *entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, que asumió funciones a partir del 1º de agosto de 2017, según lo prescrito en el artículo 1º del Decreto 546 de 2017.

Adicionalmente, es oportuno aclarar que de ninguna manera puede entenderse que el pago de los subsidios por incapacidad al asegurado se encuentra sujeto a condición alguna, toda vez que, conforme al texto normativo transcrito, lo que quedó en suspenso, fue la reglamentación del procedimiento de revisión periódica de

incapacidad por parte de las EPS, entre otros asuntos, y no el cumplimiento del deber de pagar los subsidios por incapacidades. Por tanto, desde la entrada en vigor de la Ley 1753 de 2015, el pago del subsidio por incapacidades que superan el día 540, quedó a cargo de las EPS y desde entonces, tienen el deber de sufragar los valores por dicho concepto a favor del asegurado.

Igualmente, conviene reiterar que el deber legal de asumir las incapacidades originadas en enfermedad común que superen los 540 días (que está a cargo de las EPS) tampoco se encuentra condicionado a que se haya surtido la calificación de pérdida de capacidad laboral del afiliado, toda vez que la falta de diligencia de las entidades no puede derivar en una carga más gravosa para quien afronta una incapacidad prolongada.

Sobre la base de lo expuesto, el régimen de pago de incapacidades o subsidios por incapacidad por enfermedades de origen común está previsto de la siguiente manera:

Periodo	Entidad obligada	Fuente normativa
Día 1 y 2	Empleador	Artículo 1º del Decreto 2943 de 2013
Día 3 a 180	E.P.S.	Artículo 1º del Decreto 2943 de 2013 en concordancia con el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993
Día 181 hasta el 540	Fondo de Pensiones	Artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993
Día 541 en adelante	E.P.S.	Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015

## II. LAS INCAPACIDADES LABORALES POR ENFERMEDAD COMÚN QUE SUPERAN LOS 180 DÍAS. RESPONSABILIDAD DE LOS EMPLEADORES, LAS EPS Y LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES EN SU RECONOCIMIENTO Y PAGO.

El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, **el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio.**

**Es esto, justamente, lo que explica la importancia de que las incapacidades sean reconocidas y pagadas de forma expedita.** El papel que cumple el subsidio de incapacidad laboral en la tarea de proteger a quienes quedan temporalmente desprovistos de los recursos que destinaban a satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia por razones de salud, explica que la Corte se haya pronunciado, de forma insistente, acerca de las responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSI en el desembolso de la citada prestación económica.

El debate planteado en esta oportunidad remite, sin embargo, a un escenario distinto, que se enmarca en el ámbito de los cambios que introdujo el Decreto Ley 19 de 2012, *“por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública”* en relación con los procedimientos para el reconocimiento y pago de las incapacidades

laborales. A continuación, la Sala precisará cuáles fueron esas modificaciones y evaluará su relevancia en la solución del asunto objeto de revisión.

**El artículo 121 del Decreto Ley Anti trámites les atribuyó a los empleadores la obligación de gestionar directamente, ante las EPS, el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** La norma prohíbe trasladarles a los afiliados dicha carga y advierte que, para efectos laborales, estos deben informarle a su empleador sobre la expedición de la respectiva incapacidad o licencia.

Precisado lo anterior, la Honorable Corte Constitucional para asegurar que las incapacidades laborales sean reconocidas y pagadas de manera ágil y diligente, considerando la situación de vulnerabilidad que, por lo general, enfrentan quienes reclaman estas prestaciones económicas, ha precisado criterios jurisprudenciales sobre el reconocimiento y pago de las incapacidades laborales.

La Corte ha llamado la atención, primero, sobre la importancia de que las entidades del SGSSI orienten al afiliado en el trámite previo al pago de las incapacidades laborales. La sentencia T-980 de 2008 las instó, en concreto, a tener en cuenta que quienes reclaman el pago de esas prestaciones son sujetos vulnerables, merecedores de un trato especial de parte de las entidades a cuyo cargo está el reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas que materializan el derecho fundamental a la seguridad social.

Ese trato especial, advirtió el fallo, impide que las EPS se abstengan de pronunciarse sobre las incapacidades laborales superiores a 180 días por el solo hecho de carecer de competencia al respecto y, en cambio, las obliga a actuar armónicamente con las demás entidades del SGSSI y a remitir a tiempo los documentos que la AFP requiere para resolver la solicitud del afiliado de manera oportuna.

A estas últimas, por su parte, las sujeta a decidir con celeridad sobre el pago de la prestación y a exponer con suficiencia los argumentos fácticos y jurídicos del caso, cuando la respuesta sea negativa, así como las alternativas con que cuenta el afiliado *“para procurarse un mínimo vital mientras dure la incapacidad y no se tenga derecho a la pensión de invalidez”*.

En la misma dirección, la jurisprudencia constitucional ha reprobado la imposición de trámites adicionales a los contemplados en el marco normativo que regula el procedimiento para reconocer y pagar las incapacidades y ha censurado a las entidades que retrasan el pago de las mismas por discusiones relativas a su responsabilidad en el cubrimiento de la prestación.

La Corte ha sido enfática en que el afiliado no tiene por qué soportar, bajo ninguna circunstancia, los efectos de esas controversias, mucho menos cuando existe certeza sobre su derecho. Así, ha insistido en que las diligencias previas al reconocimiento y pago de las prestaciones del sistema de seguridad social integral deben resolverse oportunamente, sin inmiscuir al afiliado en disputas que no le competen y que, en cualquier caso, pueden poner en riesgo sus condiciones mínimas de existencia.

Finalmente, y con el mismo propósito, esta corporación avaló la posibilidad de que los jueces de tutela señalen un responsable provisional del pago de las incapacidades laborales, para salvaguardar los derechos fundamentales de quienes las reclaman, mientras las entidades del caso definen cuál de ellas es la encargada

de cancelarlas, en aplicación de las disposiciones legales y reglamentarias respectivas.

De lo que se trata, de nuevo, es de privilegiar la protección de las garantías mínimas de quienes se ven temporalmente desprovistos de sus ingresos básicos por cuestiones de salud sobre las disputas de índole contractual que puedan presentarse en relación con la responsabilidad de los actores del SGSS en el reconocimiento y pago de esas prestaciones.

Puntualizados en esos términos los referentes normativos y jurisprudenciales vigentes en materia de reconocimiento y pago de las incapacidades laborales es el empleador el que debe pagar las incapacidades vía nomina a su trabajador, esto es, con la periodicidad de su sueldo, y luego es el empleador el que solicita o tramita ante la EPS su reembolso.

### **III. REQUISITOS PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS GENERALES DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y EL CONCEPTO DE ALLANAMIENTO EN LA MORA. REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA**

#### **Requisitos para el reconocimiento y pago de las incapacidades**

Los requisitos para el reconocimiento y pago de las incapacidades médicas generales, se encuentran consignados en el artículo 21 de Decreto 1804 de 1999 *“Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*. En dicha disposición, se establece que los trabajadores independientes tienen *“(…) derecho a solicitar el reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general (...)”*, siempre y cuando al momento de la solicitud y durante la incapacidad, cumplan con las siguientes reglas:

La primera regla contaba con dos disposiciones de igual rango normativo que regulaban el mismo asunto de forma diferente. Por un lado, de acuerdo con el numeral 1º del artículo 21 del Decreto 1804 de 1999, el trabajador independiente debía haber cancelado durante el año anterior a la solicitud, de forma completa sus aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por otra parte, el artículo 9º del Decreto 783 de 2000, que a su vez derogó el numeral 1 del artículo 3º del Decreto 047 de 2000, dispone que *“[p]ara acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores (...) independientes deberán haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa”*.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha entendido que en virtud de los principios de temporalidad y favorabilidad, el requisito que deben cumplir los trabajadores independientes, es haber cotizado completa e ininterrumpidamente mínimo cuatro (4) semanas antes de presentar la solicitud de pago de las indemnizaciones.

La segunda regla obedece al pago oportuno de los aportes antes de la solicitud de la licencia y durante el periodo de incapacidad. Así, en el numeral 1º del artículo 21 del Decreto 1804 de 1999, se establece que los aportes *“(…) deberán haberse efectuado en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho”*.

Por su parte el numeral 2º del mismo artículo 21 dispone que *“el trabajador independiente no tendrá derecho al pago de licencias por enfermedad general o*

*maternidad o perderá este derecho en caso de no mediar el pago oportuno de las cotizaciones que se causen durante el período en que esté disfrutando de dichas licencias”.*

La tercera regla, al igual que la segunda parte de la anterior, se encuentra consignada en el numeral 2º del artículo 21 del Decreto 1804 de 1999, de acuerdo con el cual el trabajador independiente no debe tener ninguna deuda con “(...) las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora”.

De acuerdo con el numeral 3º del artículo 21, “[h]aber suministrado información veraz dentro de los documentos de afiliación y de autoliquidación de aportes al Sistema”, corresponde a la cuarta regla que debe cumplir un trabajador independiente para ejercer su derecho al pago de una incapacidad médica.

Finalmente, como quinto requisito, el Decreto 1804 de 1999 establece el haber cumplido “(...) con las reglas sobre períodos mínimos para ejercer el derecho a la movilidad durante los dos años anteriores a la exigencia del derecho”.

### **El allanamiento a la mora aplicada al reconocimiento y pago de incapacidades generales a favor de trabajadores independiente**

El concepto del allanamiento a la mora aplicada a los contratos de seguridad social en salud, fue desarrollada en la Sentencia T-059 de 1997 M.P. Alejandro Martínez Caballero, a la luz de los principios de continuidad en la prestación de los servicios de salud y buena fe. Estableció dicha providencia:

*“El contrato de seguridad social al comportar una forma mixta de relación contractual y reglamentaria conlleva por un lado como presupuesto el principio de continuidad. Esto surge del deber del Estado de asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, para el caso concreto específicamente el de la salud. Y además bajo la óptica contractual contiene el principio de la excepción del contrato no cumplido por el carácter sinalagmático de la relación jurídica.*

*Por lo tanto, si el beneficiario del servicio de salud no cotiza oportunamente lo debido, su incumplimiento autoriza al prestatario del servicio a aplicar la excepción de contrato no cumplido. A partir de la fecha en que no está obligado por reglamento a satisfacer la prestación debida. A menos que el beneficiario estuviera cobijado por la buena fe y que la E.P.S hubiera allanado la mora mediante el recibo de la suma debida. Si se da el presupuesto del allanamiento a la mora, la E.P.S no puede suspender el servicio de atención al usuario ni alegar la pérdida de antigüedad acumulada por cuanto habría violación del principio de buena fe y no sería viable alegar la excepción de contrato no cumplido.*

*(...)*

*Si la E.P.S se allana a cumplir, pese a que no ha recibido el aporte del beneficiario, es obvio que no puede suspender el servicio que venía prestando, en primer lugar, porque hay un término de seis meses que la ley señala para no perder la antigüedad acumulada y en segundo lugar, porque el recibo extemporáneo de las cuotas allanó aún más el incumplimiento. (...).” (Subrayado en el texto original).*

En un principio, la teoría del allanamiento a la mora fue utilizada de forma reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación para evitar que las entidades prestadoras de servicio de salud que no hubiesen utilizado los mecanismos de cobro a su alcance, se fundamentaran en el no pago oportuno del cotizante para no reconocer el pago de una licencia de maternidad. Fue a partir de la Sentencia T- 413 de 2004 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra que, en virtud de la similitud existente entre las situaciones que generan el reconocimiento y pago de una incapacidad médica con el de una licencia de maternidad, esta Corporación hizo extensiva a esos casos la aplicación de la teoría del allanamiento en la mora en los siguientes términos:

*“Si bien hasta el momento la Corporación ha aplicado la tesis del allanamiento a la mora a negativas de pago de licencia de maternidad, esta Sala de Revisión considera que tal criterio también puede ser aplicado, mutatis mutandi, cuando por la mora en el pago de los aportes en salud por parte del patrono se niega el pago de una incapacidad laboral, llegándose a afectar el mínimo vital. En esta situación se presentan tres elementos comunes a las situaciones hasta ahora contempladas por la jurisprudencia: (i) vulneración del mínimo vital del accionante por el no pago oportuno de una acreencia de tipo laboral, (ii) actuación contraria a la buena fe por parte de la entidad promotora de salud al no haber requerido oportunamente al empleador para el pago oportuno del aporte, y (iii) pago efectivo, aunque tardío, de los aportes en salud.*

*Esta similitud justifica la aplicación de la doctrina jurisprudencial desarrollada, hasta el momento, en los casos de no pago de licencia de maternidad a los casos de incapacidades laborales”.*

Así mismo, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional colombiano, también ha sido reiterada en extender la figura del allanamiento a la mora a los casos de trabajadores independientes, entendiendo que si la EPS no actuó de forma clara a través de las acciones que tiene a su disponibilidad en el ordenamiento jurídico, con el fin de requerir el pago oportuno de los aportes, o no rechazó los pagos realizados por el cotizante fuera del término, no puede oponerse al pago de una incapacidad médica general, al momento en que el trabajador presenta la solicitud.

#### **IV. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL SGSSS**

Cuando la Corte Constitucional emitió la sentencia T-760 de 2008, identificó una serie de fallas estructurales en el SGSSS, entre ellas, que los usuarios no contaban con la información suficiente sobre sus derechos y deberes y el desempeño de la E.P.S. Por esta razón, a través de la orden vigésimo octava, que tiene como fin garantizar que los afiliados al sistema gocen efectivamente del derecho a la información, se estableció la necesidad de que las E.P.S. cuenten con herramientas concretas que le faciliten a los usuarios acceder a una información adecuada, clara y suficiente, lo que se vería reflejado en la posibilidad de ejercer derechos conexos como la libertad de elección de las entidades encargadas de brindarles la atención requerida.

La carta de derechos y deberes de los pacientes incorpora las prerrogativas y obligaciones de los usuarios del sistema, quienes deben propender por el autocuidado, el uso racional de los recursos de la salud, el cumplimiento de las normas y la buena fe frente al sistema, entre otros. Dicho catálogo, protege los

intereses de los afiliados, al suministrarles una información adecuada para que conozcan de manera clara y precisa la forma en que las E.P.S. e I.P.S. prestan sus servicios y los mecanismos a través de los cuales pueden valerse cuando consideren que les han vulnerado sus garantías.

## De los deberes

La Ley 1751 de 2015 en el artículo 10 relacionó los deberes de las personas frente al servicio de salud, advirtiendo que en ningún caso se podrá impedir o restringir el acceso oportuno a los mismos invocando su incumplimiento.

El mencionado artículo señala entre otros el deber de:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;*
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;*
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;*
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;*
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;*
- f) Cumplir las normas del sistema de salud,*
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;*
- h) **Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;***
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.” (Negrilla y Subraya fuera de texto).*

De lo anterior tiene la Corte Constitucional que, si bien el derecho a la salud debe ser garantizado en óptimas condiciones, también los afiliados y pacientes tienen responsabilidades ante las E.P.S. e I.P.S. a fin de que los servicios requeridos sean prestados conforme a los mandatos constitucionales y legales. Cada una de las entidades promotoras y prestadoras del servicio de salud cuenta con una normativa, dirigida a todos los usuarios que gozan del acceso a los servicios de salud y sobre los cuales deben cumplir obligaciones en el ejercicio de su derecho.

En suma, las E.P.S. tienen el deber de informar a sus afiliados los trámites administrativos que deben realizar para la autorización y entrega de las prescripciones médicas, los cuales son de obligatorio cumplimiento.

**Así las cosas, la Honorable Corte, en diferentes pronunciamientos ha sostenido que la acción de tutela es procedente cuando el usuario del sistema acude a esta herramienta judicial para solicitar la protección del derecho a la salud, vulnerado por la negativa de la E.P.S. a prestar un servicio o tecnología ordenada por el médico tratante. Por lo contrario, ha declarado la improcedencia de la solicitud de amparo cuando se activa este mecanismo constitucional sin que el paciente haya acudido a reclamar el servicio y, en esa medida, no exista una denegación del mismo.**

En la sentencia T-174 de 2015, una persona de 85 años que padecía de Alzheimer, y a quien se le venía programando una cita médica con el cardiólogo, decidió acudir a la acción de tutela de forma directa, sin que hubiere mediado una solicitud previa de la prestación de los servicios a la E.P.S. En esa oportunidad, la

Corte declaró la improcedencia de la acción de tutela, al manifestar que “para que se ordene a una entidad promotora de salud (EPS) la práctica de un tratamiento o la entrega de un medicamento a favor de una persona, es necesario que esta última lo haya requerido previamente y aquella lo haya negado o exista una omisión de dar aplicación a las normas contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. En este orden

de ideas, sin el anterior requisito no es posible inferir la violación de un derecho fundamental”.

Igualmente, en la sentencia T-096 de 2016, estudio varios casos acumulados, en uno de ellos el actor solicitaba que se ordenara la asignación de citas por la especialidad de fisioterapia, se entregaran medicamentos, una silla de ruedas y una prótesis, exonerándolo de copagos y proporcionándole el tratamiento médico integral, sin que aportara constancia de haber presentado la petición a la E. P.

S. y que hubiere sido negada. La Honorable Corte consideró que, aunque es entendible que los usuarios del sistema de salud deseen hacer más rápida y efectiva la protección de su derecho fundamental y supongan que mediante la acción constitucional obviarían los procedimientos previamente establecidos, el juez de tutela no puede ordenar la satisfacción de un derecho que nunca fue solicitado.

En síntesis, los usuarios del sistema tienen derechos y obligaciones que deben cumplir para acceder a los servicios y tecnologías, pues omitir el cumplimiento de sus deberes, por ejemplo, al no reclamar o solicitar determinada prestación ante la E.P.S. sino por vía de la acción de tutela, la torna improcedente al no existir una acción u omisión por parte de la entidad promotora de salud.

### **CASO EN CONCRETO**

En virtud de lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución Política, el artículo 6º del Decreto-Ley 2591 de 1991 y la reiterada jurisprudencia constitucional sobre la materia, la acción de tutela tiene un carácter residual y subsidiario.

Por lo anterior, solo procede como mecanismo de protección definitivo: (i) cuando el presunto afectado no disponga de otro medio de defensa judicial; o (ii) cuando existiendo, ese medio carezca de idoneidad o eficacia para proteger de forma adecuada, oportuna e integral los derechos fundamentales invocados, a la luz de las circunstancias del caso concreto.

La honorable Corte Constitucional ha sostenido, que el medio de defensa judicial resulta ser idóneo cuando es materialmente apto para producir el efecto protector de los derechos fundamentales, y efectivo, cuando está diseñado para brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados. De acuerdo con el sistema normativo colombiano, el recurso ordinario apto para ventilar las pretensiones de índole económico -específicamente el tendiente a obtener el pago del subsidio de incapacidades laborales- es la acción laboral ante la jurisdicción ordinaria. Sin embargo, la corporación excepcionalmente ha admitido la procedencia de la acción de tutela, atendiendo a las circunstancias especiales y a la situación de cada individuo, que hace que la intervención del juez constitucional se haga necesaria e inminente.

Así, en diferentes pronunciamientos, con el fin de determinar la procedencia de la acción de amparo cuando median este tipo de pretensiones, se han ponderado aspectos como la edad del presunto afectado (menor de edad, adulto mayor), la situación económica, el estado de salud del solicitante y de su familia, el grado de afectación que tendrían sus derechos fundamentales ante la falta de pago de la prestación económica solicitada (mínimo vital), así como la actividad administrativa adelantada para obtener la protección de sus derechos.

El pago de incapacidades a una persona que sufre una afectación en su salud, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho fundamental: i) a la salud *“en la medida que permite al afiliado disponer de una suma de dinero periódica a pesar de que en estricto sentido no exista prestación de servicio, circunstancia que contribuirá*

*a la recuperación satisfactoria de su estado de salud, puesto que le permite seguir con el tratamiento prescrito por el médico tratante y guardar el reposo requerido para su óptima recuperación”; y ii) el derecho al mínimo vital, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, “por cuanto constituye la única fuente de ingresos económicos que permiten satisfacer las necesidades básicas personales y familiares del actor, en la medida que posibilita la conservación del giro ordinario del proyecto vital del beneficiario y de su grupo familiar”.*

Con base en lo expuesto, pasa esta Oficina Judicial a verificar el cumplimiento del requisito de subsidiariedad en el caso sub examine, observando que el escrito de tutela cuestiona el no pago de las incapacidades por parte de la NUEVA EPS; sin embargo, en principio, dicha reclamación quedaría comprendida dentro de las facultades del juez ordinario laboral.

No obstante, analiza este Despacho que en este caso, la acción de tutela la ejerce una mujer que tiene afectaciones y padecimientos en su salud de manera persistente desde el año 2021, ya que desde entonces se le han emitido incapacidades médicas de acuerdo con la historia clínica (parcial) allegada. Por ende, es fácil determinar que no se encuentra en capacidad de retomar sus actividades laborales en aras de obtener un ingreso que le permita cubrir sus necesidades, lo cual permite inferir que la solicitante requiere del pago de las señaladas incapacidades para que su derecho al mínimo vital sea protegido, toda vez que no cuenta con otro ingreso.

Así, la unicidad de su fuente de ingresos y el monto devengado implican, en los términos previamente expuestos, que la ausencia y/o la dilación de los pagos que la accionante reclama, la sitúan en una circunstancia de vulnerabilidad que se agrava ante su estado de salud. Por lo cual, se estima que en el asunto bajo examen el medio judicial ordinario carece de eficacia, más aún cuando existe una amenaza grave sobre su mínimo vital, que para ser conjurada requiere de medidas urgentes.

En consecuencia, se considera que la tutela satisface el requisito de subsidiariedad, pues pese a la existencia de una vía judicial ordinaria para efectuar este reclamo, esta no resulta efectiva.

Descendiendo el caso en estudio, y de cara al escrito de contestación de tutela de la **NUEVA EPS S.A.**, frente al escrito propio de esta acción constitucional, se evidencia que conforme a lo pretendido y señalado en los hechos de la misma, la accionante expresa que no le han sido pagas incapacidades generadas por médico tratante desde el 4 de Enero de 2022 hasta la otorgada 4 de Mayo de 2022 la cual finaliza el 2 de Junio de 2022; sin embargo la accionada nombrada en líneas anteriores, allega captura de pantalla donde señala concordante con lo referido en los hechos del escrito de tutela que fueron pagas las incapacidades de la vigencia 2021 soportes de pago realizados en los meses de enero, marzo y mayo; donde refiere pago las incapacidades generadas desde el 29 de Diciembre de 2021, de igual forma se evidencia que reposa transcrita en el sistema de la NUEVA EPS, la incapacidad otorgado del 4 de enero de 2022 al 2 de febrero de 2022; sin embargo, señala esta entidad que la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, no ha adelantado el trámite respectivo de radicación y/o solicitud de pago de las incapacidades conferidas en la vigencia 2022; así las cosas resulta imposible proceder al cumplimiento del pago de las mismas, cuando no se ha realizado por parte de quien le asiste la carga del trámite previo hacerlo de forma efectiva.

Por su parte, las vinculadas de oficio **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES – y SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, en sus escritos de contestación a

esta acción de tutela han coincidido en solicitar a este Despacho Judicial su desvinculación de esta demanda, en razón a que considera no haber incurrido en la presunta vulneración de los derechos fundamentales de la actora; al no tener a su cargo ni el aseguramiento, y por supuesto tampoco el reconocimiento y/o pago de las incapacidades médicas generadas.

Es así como incluso haciendo un estudio acucioso del asunto de tutela, este Despacho considero pertinente cotejar que la accionada en cumplimiento de la normatividad legal, tuviese canales dispuestos a través de los cuales diera a conocer los trámites requeridos para el reconocimiento de incapacidades, lo cual esta publicado en su pagina web, y se pone de presente en esta providencia:

Una incapacidad es el estado de inhabilidad física y mental de una persona, que le impide desarrollar de forma temporal o permanente su profesión u oficio. Esta se puede dar como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Para solicitar la transcripción y el pago de tu licencia o incapacidad, en NUEVA EPS debes seguir estos pasos:

1. Solicita la transcripción
2. Inscribe tu cuenta bancaria
3. Radica tu solicitud de pago
4. Consulta tu incapacidad

La transcripción es el acto mediante el cual NUEVA EPS traslada al formato único del sistema de información el certificado de incapacidad o licencia ordenada por el médico u odontólogo tratante.

Ten en cuenta que el proceso de transcripción debe ser realizado por el afiliado dentro de los 30 días siguientes a la expedición y únicamente es necesario para los certificados médicos emitidos por la red de atención no exclusiva de NUEVA EPS.

Desde tu celular, descarga la aplicación NUEVA EPS MÓVIL y selecciona en el menú la opción Transcripción Incapacidades. También puedes hacerlo desde tu computador o cualquier otro dispositivo con acceso a Internet ingresando a nuestra web APP <https://app.nuevaeeps.com.co/#/> y selecciona en el menú la opción Transcripción Incapacidades. Consulta el paso a paso aquí

Anexa los **documentos correspondientes** en formato legible, según el tipo de incapacidad. No olvides que durante el tiempo que dure la emergencia sanitaria únicamente podrás realizar tu trámite a través de estos canales no presenciales.

Pasado este tiempo y si necesitas adelantar este trámite directamente en nuestras oficinas de atención deberás realizar lo siguiente:

1. Presenta en una Oficina de Atención al Afiliado (OAA), la incapacidad o licencia expedida por el médico tratante de la red de atención de NUEVA EPS. Es indispensable que la incapacidad médica sea presentada durante el mismo mes en que fue expedida.
2. Descarga y diligencia el Formato de Solicitud y Notificación de Transcripción para Incapacidad o Licencia y preséntalo en la OAA.
3. Anexa los **documentos correspondientes** en formato legible, según el tipo de incapacidad.

Una vez reciba la respuesta de la solicitud de transcripción podrá generar el certificado de incapacidad o licencia desde la APP de Nueva EPS o desde el Portal Transaccional perfil afiliado y Empleador. Para descubrir cómo realizarlo, solo debes hacer clic aquí.

La transcripción no garantiza el pago de la licencia o incapacidad. Una vez sea transcrita, no olvides realizar tu **solicitud de pago**.

En virtud de la autonomía señalada en el concepto No.156144 de 2012, emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, NUEVA EPS realizará las validaciones relacionadas con los

Considera entonces pertinente este Estrado señalar, que si bien la apoderada de la accionante señala en escrito de tutela que la radicación de las incapacidades médicas se hizo de los puntos de atención presencial de la NUEVA EPS, no aporta prueba sumaria alguna que dé cuenta de dicho escenario; por lo cual para esta funcionaria judicial resulta clara la ausencia de la radicación ante la NUEVA EPS, de las incapacidades médicas para solicitar el pago de las mismas, carga que al ser cotizante independiente recae exclusivamente sobre la hoy demandante.

Circunstancia que lleva a concluir, no sólo que no cumplió con sus deberes como usuaria ante el Sistema de Salud, sino que además hace un uso indebido de la acción de tutela, pues no es admisible activar este dispositivo judicial como vía alterna o sustituta de los trámites y procedimientos administrativos establecidos para obtener determinada prestación, como en este caso, el pago de las incapacidades médicas otorgadas por el especialista tratante. Al intentar obviar el trámite administrativo ante la E.P.S., de transcripción y pago de incapacidad, el cual claramente esta soportado y es de conocimiento público por parte de los afiliados a dicha entidad promotora de servicios de salud; y pretender que sea el juez constitucional quien directamente ordene el reconocimiento y pago de los recursos que atañen a las incapacidades prescritas, siendo lo real que la actora incumplió se reitera sus deberes como usufructuaria del sistema y desconoció la naturaleza subsidiaria del amparo, en virtud de lo cual debía seguir los pasos pertinentes para acceder al pago respectivo, y sólo ante la negativa de la entidad previo cumplimiento de los deberes que le asisten, acudir a este mecanismo judicial, que sólo procede

ante la inexistencia de otro medio de defensa idóneo del derecho y/o para evitar un perjuicio irremediable.

Así las cosas, este Despacho Judicial sin hesitación alguna concluye que la situación descrita en el acápite de los hechos del escrito de tutela en contraposición con las pruebas aportadas por la accionada, permiten determinar que no ha sido, ni es generadora de la vulneración de los derechos fundamentales a la seguridad social, a la vida en condiciones dignas y justas y al mínimo vital de la aquí accionante, dado que no se está presentando una negación por parte de la NUEVA EPS, si no que se insiste por el contrario hay un incumplimiento de los deberes que le asiste a la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, como usuaria del sistema de salud y como consecuencia de su actuar negligente y desidiosa ello ha redundado en la situación planteada. Por lo que no queda camino diferente que negar el amparo solicitado y así se decidirá.

En el evento de no ser apelada la presente decisión, envíese para su eventual revisión a la Honorable Corte Constitucional dentro del término de ley.

Por lo expuesto, el **JUZGADO DIECISÉIS CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA SDER.**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO: NEGAR POR IMPROCEDENTE** la presente acción constitucional interpuesta por la abogada **ESSY YULYE MARQUEZ GIL**, quien actúa en nombre y representación de la señora **NUBIA RICO LOPEZ**, y en contra de la **NUEVA EPS**, y las vinculadas de oficio **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES -** y **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, conforme a las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: NOTIFIQUESE** la presente decisión a las partes por el medio más expedito.

**TERCERO:** En el evento de no ser apelada la presente determinación, envíese para su eventual revisión a la Honorable Corte Constitucional dentro del término de ley.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

ORIGINAL FIRMADO  
**YOLANDA EUGENIA SARMIENTO SUAREZ**  
**JUEZ**

**JUZGADO DIECISÉIS CIVIL MUNICIPAL  
DE BUCARAMANGA**

Hoy a partir de las 8 a.m. se fija en lista de Estados el auto anterior para notificación de las partes.

Bucaramanga, **28 DE SEPTIEMBRE DE 2022**

*ORIGINAL FIRMADO*

**CLAUDIA HELENA HERNANDEZ RODRIGUEZ  
SECRETARIA**