



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR
JUZGADO TERCERO PROMISCUO MUNICIPAL DE MAGANGUÉ

Sentencia N° 083

Rad.: 13 - 430 – 40 – 89 – 003 – 2020 – 00182– 00

Magangué, Bolívar, dos (2) de septiembre de dos mil veinte (2020)

1. ANTECEDENTES

ISHAIDA MIRANDA CERPA, obrando en nombre propio, instaura acción de tutela contra SALUD TOTAL EPS, para que le sean protegidos los derechos fundamentales a la salud, seguridad social, el principio de continuidad, persona de especial protección, petición, y debido proceso, el cual estima vulnerado por los hechos que a continuación se sintetizan:

- Manifiesta la accionante que el día 7 de mayo del 2020 recibió notificación, informando el vencimiento de la portabilidad de los servicios de salud, y que contaba con un término de 30 días para gestionar los servicios en otra eps distinta a la EPS salud total, lo cual le envió derecho de petición con fecha mayo 22 de mayo del año en curso, pero no tuvo respuesta.
- Que su núcleo familiar está conformado por su compañero permanente y 4 menores de edad, del cual tiene un niño diagnosticado con una discapacidad psicosocial permanente (trastorno del espectro autista), donde siempre tiene que estar en constante tratamientos terapéuticos para que pueda mejorar su condición.
- Que el día 11 de agosto del presente año, solicitó estado de afiliación, en la aplicación de la EPS de salud total, toda vez que no tuvo respuesta del derecho de petición, y la sorpresa fue que la afiliación no estaba vigente, aun cotizando en la EPS, lo que obligó a buscar casi que de inmediato una EPS que pudiera realizar una afiliación y no quedar sin los servicios de salud, y más aún en estos tiempo de pandemia que se hace algo fundamental contar con los servicios en salud, por si se presenta alguna emergencia a causa del covid-19, además que no puede desproteger a sus hijos menores de edad, especialmente su hijo M. A. M. que tiene discapacidad psicosocial, (TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISMO) y que debe estar en terapias continuas, y al desvincularlos su proceso se ha visto afectado, debido a que no ha podido continuar con las terapias y trasladarse a otra EPS es empezar de nuevo con su tratamiento.
- Relata que vista de la eventualidad, realizó la diligencia en la EPS MUTUAL SER, la cual manifestó que la afiliación se estaría haciendo en el mes de octubre, y estamos en agosto lo cual los deja desprotegido durante ese tiempo.

2. PRETENSIONES

Con base en los anteriores hechos, la accionante solicita se ampare sus derechos fundamentales a la salud, seguridad social, el principio de continuidad, persona de especial protección, petición, y debido proceso, y como consecuencia de ello se

ordene a SALUD TOTAL EPS, que restablezca los servicios de salud, sin ninguna barrera administrativa o en su defecto garantizarle a ella y a su núcleo familiar la continuidad de los servicios de salud, hasta el mes de octubre, que es el tiempo estipulado para poder estar afiliada a una nueva EPS.

3. ACTUACIÓN PROCESAL

La acción de tutela fue admitida mediante auto del 21 de agosto de 2020 y se requirió al representante legal de SALUD TOTAL EPS, para que rindiera un informe pormenorizado sobre los hechos que dieron origen a la presente acción.

3.1. INFORME SALUD TOTAL EPS

La entidad accionada a través de su Administradora Principal, contestó la acción manifestando que: no ha vulnerado los derechos fundamentales a la accionante ni a su núcleo familiar, teniendo en cuenta que, tal como lo manifiesta la accionante en los hechos de la tutela, en el mes de mayo de 2020 recibió comunicación de terminación del tiempo de portabilidad por su cambio de residencia al municipio de Magangué, en el cual, aclaramos, no tienen permiso de operar en dicho municipio, y se le otorgó un tiempo de 30 días para gestionar su traslado a otra EPS que cuente con autorización para operar en el municipio de Magangué

Teniendo en cuenta que ya existe un traslado aprobado y que el pago del mes de agosto se encuentra realizado en Salud Total EPS-S se procedió con la activación del grupo familiar.

Finalmente, solicita declarar la improcedencia de la presente tutela con respecto a SALUD TOTAL EPS- S S.A. por falta de legitimación por pasiva, al no encontrarse vulnerando los derechos fundamentales al accionante

4. PRUEBAS

4.1. Aportadas por la parte accionante

- Copia de la Cedula de la señora ISHAIDA MIRANDA Cerpa y de su compañero José Luis Alemán Arévalo.
- Copia de las tarjetas de identidad de los menores Mariangel, Mariam Natalia Y Lucas Miranda.
- Copia de registro civil del menor Mateo Alemán Miranda
- Copia de la notificación de EPS SALUD TOTAL.
- Copia de la solicitud de vigencia en la plataforma de EPS SALUD TOTAL.
- Copia de derecho de petición.

5. CONSIDERACIONES

5.1. Competencia

El Juzgado Tercero Promiscuo Municipal de Magangué es competente para conocer del presente trámite de tutela en ejercicio de sus competencias constitucionales y

legales, en particular las contenidas en los artículos 86 de la Constitución y 37 del Decreto 2591 de 1991.

5.2. Problema Jurídico

Corresponde al Despacho determinar si, en el presente caso, ¿Corresponde a la determinar si SALUD TOTAL EPS, vulneró los derechos fundamentales a la seguridad social de la actora, al negarse a prestar los servicios de salud a ella y su núcleo familiar en el municipio de su residencia.

Con el objeto de resolver el cuestionamiento planteado, esta casa judicial abordará los siguientes temas: (i) El derecho fundamental a la salud: elementos y principios; (ii) De la portabilidad nacional en el servicio de salud; (iii) análisis del caso en concreto.

El derecho fundamental a la salud: elementos y principios

La Constitución Política de Colombia, en el artículo 48, al referirse a la seguridad social, la describe como *“un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. // Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”*. Con posterioridad, al pronunciarse sobre el derecho a la salud, el artículo 49 dispone que:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...)”.

En numerosas oportunidades y ante la complejidad que plantean los requerimientos de atención en los servicios de salud, la jurisprudencia de este Tribunal se ha referido a sus dos facetas: por un lado, su reconocimiento como derecho y, por el otro, su carácter de servicio público.

En cuanto a la primera faceta, la salud debe ser prestada de manera oportuna^[36], eficiente y con calidad, de conformidad con los principios de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto de la segunda, la salud debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos previstos en los artículos 48 y 49 del Texto Superior.

En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, según la Ley 1751 de 2015¹, la Corte ha destacado que se trata de aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. Así, en la Sentencia C-313 de 2014, se indicó que:

“[A] partir de dichos elementos se configura el contenido esencial del derecho, el cual aparece como un límite para las mayorías, de tal modo que decisiones del principio mayoritario que cercenen alguno de estos elementos pueden eliminar el derecho mismo y por ello deben ser proscritas del ordenamiento jurídico. // Por lo que tiene que ver con la interrelación, estima la Corte que es perfectamente explicable, dado que la afectación de uno de los 4 elementos, pone en riesgo a los otros y, principalmente, al mismísimo derecho. Si bien es cierto, se trata de elementos distinguibles desde una perspectiva teórica, todos deben ser satisfechos para lograr el goce pleno del derecho”.

De conformidad con lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.

Más allá de que cada uno de estos elementos identifica aspectos esenciales del derecho y que constituyen la fuente de las obligaciones del Estado y de otros actores del sistema, no deben entenderse como parámetros independientes, pues de su interrelación depende la efectiva garantía del derecho a la salud. De forma específica, en relación con cada uno de ellos, se ha dicho que: (i) *la disponibilidad* implica que el Estado tiene el deber de garantizar la existencia de medicamentos esenciales, agua potable, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías, instituciones de salud y personal profesional competente para cubrir las necesidades en salud de la población; (ii) *la aceptabilidad* hace referencia a que el sistema de salud debe ser respetuoso de la diversidad de los ciudadanos, prestando el servicio adecuado a las personas en virtud de su etnia, comunidad, situación sociocultural, así como su género y ciclo de vida.

Por su parte, (iii) *la accesibilidad* corresponde a un concepto mucho más amplio que incluye el acceso sin discriminación por ningún motivo y la facilidad para acceder físicamente a las prestaciones de salud, lo que a su vez implica que los bienes y servicios estén al alcance geográfico de toda la población, en especial de grupos vulnerables. De igual manera, se plantea la necesidad de garantizar la accesibilidad económica y el acceso a la información.

Finalmente, (iv) *la calidad* se vincula con la necesidad de que la atención integral en salud sea apropiada desde el punto de vista médico y técnico, así como de alta calidad y con el personal idóneo y calificado que, entre otras, se adecue a las necesidades de los pacientes y/o usuarios.

En lo que atañe a los principios que se vinculan con la realización del derecho a la salud, desde el punto de vista normativo, se destacan, entre otros, los siguientes: universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad, libre elección, solidaridad, eficiencia e

¹ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

interculturalidad. Específicamente la *universalidad* está relacionada con que toda persona pueda recibir la atención en salud que requiera durante todas las etapas de su vida. La interrelación de este principio con los elementos esenciales de disponibilidad y accesibilidad implican la obligación de que los servicios que brinda el SGSSS se brinden en todo el territorio nacional, sin perjuicio de la empresa u operador a la cual se encuentra afiliado el usuario.

Lo anterior ha sido identificado como el derecho a la portabilidad en salud, cuyo desarrollo inicial se realizó en la Ley 1438 de 2011, como un medio para garantizar el carácter irrenunciable del citado derecho fundamental, el cual exige un acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible, como a continuación se explicará.

De la portabilidad nacional en el servicio de salud

La Ley 1438 de 2011 se profirió con el objeto de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo dentro de su ámbito regulatorio un conjunto de normas dirigidas a garantizar la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y la preservación de la sostenibilidad financiera del sistema². Como consecuencia de lo anterior, el artículo 22 de la citada ley definió la *portabilidad nacional* como la obligación les asiste a todas las Entidades Promotoras de Salud de garantizar el acceso a sus servicios en todo el territorio nacional. Al respecto, la norma en cita establece que:

“Artículo 22. Portabilidad nacional. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. // El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.”

De esta manera, el concepto de la portabilidad se convierte en una regla que orienta la prestación del servicio de salud, que implica que las EPS tienen el deber de garantizar el acceso a dicho servicio en todo el territorio nacional, permitiéndoles a sus usuarios recibir la atención en salud requerida sin importar en que parte del país se encuentren.

Con posterioridad, el Decreto 1683 de 2013 que reglamentó el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, definió a la portabilidad como: *“la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio*

² **Artículo 2. Orientación del sistema general de seguridad social en salud.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros. (...)”.

de afiliación o de aquel donde habitual-mente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el presente decreto.”

Adicionalmente, se estableció que las EPS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud de un afiliado, en un municipio distinto a aquél en el cual recibía habitualmente dichos servicios, cuando se presente una emigración ocasional, temporal o permanente, o una dispersión del núcleo. Estos conceptos se encuentran descritos de la siguiente manera:

“Emigración ocasional: Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la posterior a esta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. Las Entidades Promotoras de Salud, reconocerán al prestador los costos de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

Emigración temporal: Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.

Emigración permanente: Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel Sisbén establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

Dispersión del núcleo familiar: Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho

integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.”³

Finalmente, el artículo 6 del Decreto 1683 de 2013 establece las reglas de procedimiento que deberán seguir las EPS y los afiliados para garantizar la portabilidad. Inicialmente se señala que todas las Entidades Promotoras de Salud deben contar en su página web con información sobre la materia y su regulación, sin perjuicio de la posibilidad del usuario de solicitarla, a través de los canales de comunicación que la entidad disponga para ello, sin que sea necesario exigir la presentación personal del afiliado. Una vez se formalice una solicitud de portabilidad, en los siguientes diez días hábiles la EPS deberá dar respuesta indicando la IPS asignada para la prestación del servicio. Por último, hasta tanto se traslade la historia clínica al municipio receptor, la EPS seguirá obligada a suministrar la información médica necesaria.

Sobre la portabilidad la Corte se ha pronunciado en tres oportunidades a través de fallos de tutelas. En un primer momento, en la Sentencia T-627 de 2011, se hizo una aproximación al alcance de la portabilidad nacional, en los siguientes términos: (i) inicialmente se señaló que dicha figura opera como uno de los elementos de fortalecimiento del SGSSS; (ii) al mismo tiempo que se actúa como una de las herramientas necesarias “para orientar al sistema en la generación de condiciones que protejan el derecho a la salud de la población”. Por lo demás, (iii) aun cuando su reconocimiento se consagra en el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, su desarrollo normativo también se encuentra en el artículo 61 de la citada ley, en el cual se dispone que: *“las entidades promotoras de salud deberán garantizar y ofrecer a sus afiliados servicios con portabilidad a través de las redes integradas de servicios de salud”*.

Posteriormente, en la Sentencia T-856 de 2012, este Tribunal hizo referencia a los servicios que deben autorizar las Entidades Promotoras de Salud en virtud de la portabilidad nacional, sobre lo cual concluyó que, en principio, “la garantía (...) introducida por la Ley 1438 de 2011 les permite a los afiliados al sistema de seguridad social en salud, ya sean del régimen contributivo o subsidiado, acceder a los planes de salud POS que deben ser garantizados por las EPS en cualquier parte del territorio nacional.” Ahora bien, cuando se trata de servicios excluidos del POS, expuso que la portabilidad obliga de manera genérica a “garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional” por lo que “las EPS están obligadas a apoyar a sus afiliados cuando estos requieran de un servicio excluido del POS”.

En ambas sentencias, la Corte señaló que la garantía de la portabilidad nacional tiene una estrecha relación con la accesibilidad, entendida como uno de los elementos esenciales del derecho a la salud, por cuanto contribuye a superar las barreras geográficas que impiden el acceso a los servicios de los cuales depende la salvaguarda de la vida e integridad de los usuarios.

Finalmente, en la Sentencia T-320 de 2013, la Sala consideró que el concepto de la portabilidad no solo está vinculado con el elemento de la accesibilidad, sino que también tiene una estrecha relación con los principios orientadores de la

³ Decreto 1683 de 2013, art. 5.

universalidad y progresividad, en la medida en que tiene como propósito garantizar “que exista cada vez una mayor cobertura en salud y asegurar un carácter progresivo en la prestación del servicio”.

De igual manera, en esa oportunidad se manifestó que si bien las Entidades Promotoras de Salud tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud de sus afiliados en todo el territorio nacional, esto no excluye la posibilidad de que se impongan algunas cargas soportables y razonables en términos de accesibilidad, por ejemplo, en aquellos casos en los que existen municipios geográficamente cercanos cuya cobertura se puede realizar a través de la unificación de centros de atención y la disponibilidad permanente de ambulancias. Al respecto, se dijo que:

“[La] Sala encuentra que (...) [la portabilidad] se fundamenta en los principios de universalidad y progresividad, ya que tiene como finalidad garantizar que exista cada vez una mayor cobertura en salud y asegurar un carácter progresivo en la prestación del servicio. Desde esta perspectiva, es claro que, las Entidades Promotoras de Salud, sin importar si son del régimen contributivo o subsidiado, o si hacen parte de algún régimen exceptuado, tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud de sus afiliados en todo el territorio nacional, más allá de que se puedan imponer algunas cargas soportables que resulten razonables en términos de accesibilidad, por ejemplo, cuando existen municipios geográfica-mente cercanos cuya cobertura se puede realizar a través de la unificación de centros de atención y la disponibilidad permanente de ambulancias, o cuando el costo de la tecnología o lo dispendioso de su traslado impide que todas las instituciones de salud cuenten con el mismo inventario de servicios y alternativas médicas, en donde adquiere trascendencia la cobertura que el sistema brinda en gastos de transporte.”

En síntesis, la portabilidad en el servicio de salud es una figura derivada de los principios de universalidad y progresividad, así como de los elementos de accesibilidad y disponibilidad, que garantiza al afiliado una cobertura del sistema de salud en todo el territorio nacional, aun cuando se haya trasladado temporal, ocasional o permanentemente de su lugar de residencia. La garantía de este derecho podrá ser solicitada por el usuario a la EPS cuando se requiera y no excluye la posibilidad de que se le autorice la atención en un municipio cercano, siempre que ello implique una carga soportable, entre otras, a partir de las circunstancias específicas en la que se encuentre el afiliado cotizante o sus beneficiarios.

1.1.1. Del análisis del caso concreto

La accionante solicita la protección de sus derechos fundamentales a la salud, seguridad social, el principio de continuidad, derecho a la persona de especial protección, derecho de petición, y debido proceso, ante la negativa de SALUD TOTAL EPS, de prestar los servicios de salud a ella y su núcleo familiar en el municipio de su residencia.

Salud Total EPS, por su parte señala en su respuesta que la acción de tutela que no han vulnerado los derechos fundamentales de las personas antes señaladas, teniendo

en cuenta que, tal como lo manifiesta la accionante en los hechos de la tutela, en el mes de mayo de 2020 recibió comunicación de terminación del tiempo de portabilidad por su cambio de residencia al municipio de Magangué, en el cual, aclaran no tiene permiso de operar en dicho municipio, y se le otorgó un tiempo de 30 días para gestionar su traslado a otra EPS que cuente con autorización para operar en el municipio de Magangué.

Sin embargo y teniendo en cuenta que ya existe un traslado aprobado y que el pago del mes de agosto se encuentra realizado en Salud Total EPS-S se procedió con la activación del grupo familiar. Advirtiéndole que debe continuar con su traslado a la otra EPS, ya que no contamos con permiso de operar en el municipio de Magangué

Ahora bien, el Juzgado pudo constatar que durante el trámite de la acción de tutela cesó la conducta que dio origen al presente amparo constitucional y que fundamentó la pretensión invocada. En efecto, como se infiere de la respuesta enviada al despacho por parte de Salud Total EPS, que se procedió a la activación del grupo familiar, por ello el despacho, estimó pertinente consultar en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES- la situación actual del accionante en dicho régimen y, arrojó como resultado lo siguiente:

Datos de afiliación:

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	12/10/2004	30/09/2020	COTIZANTE

Emerge de lo anterior que Salud Total EPS mantiene la vinculación de la accionante y su núcleo familiar, hasta el 30/09/2020, fecha en la cual según lo manifestando por la señora Miranda Cerpa, será trasladada a otra EPS del sistema contributivo (Mutual Ser).

Luego entonces, al desaparecer las causas que motivaron la interposición de la presente acción, en criterio de este Juzgado, no solo carece de objeto examinar si el derecho invocado por la accionante fue vulnerado, sino también proferir órdenes de protección, pues no se trata de un asunto que plantee la necesidad de formular observaciones especiales sobre la materia.

Lo anterior implica que sobre esta acción ha operado el fenómeno de la carencia actual de objeto por hecho superado, pues durante el transcurso de la acción de tutela desaparecieron los motivos que dieron origen a la solicitud de amparo, siendo innecesario que se formulen observaciones especiales sobre la materia o que se profiera una orden de protección. En consecuencia, se declarará la carencia actual de objeto por hecho superado.

Por el anterior análisis, y en atención a que el accionado durante el desenvolvimiento de esta actuación tutelar, dio respuesta cabal, de fondo y eficaz a la solicitud de del actor, informándole y explicándole de manera objetiva lo solicitado en su petición, se torna improcedente la concesión de la tutela.

Con base en las consideraciones anteriormente expuestas, el JUZGADO TERCERO PROMISCO MUNICIPAL DE MAGANGUÉ, administrado justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NO TUTELAR los derechos reclamados en este asunto por la señora ISHAIDA MIRANDA CERPA, por darse la carencia actual de objeto por hecho superado.

SEGUNDO: Notifíquese a las partes por el medio más expedito posible, advirtiéndoles que esta decisión podrá ser impugnada dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación.

TERCERO: En el evento de no ser impugnada esta providencia, envíese a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, una vez sean levantados la suspensión de términos judiciales que en ese sentido decretó el Consejo Superior de la Judicatura.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

EDUARDO ANDRÉS QUINTERO RODRÍGUEZ.
Juez

Firmado Por:

EDUARDO ANDRES QUINTERO RODRIGUEZ
JUEZ MUNICIPAL
JUZGADO 003 PROMISCO MUNICIPAL MAGANGUE

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

Código de verificación:

4adfad38e464189c56579b8e965e74498451fc0da3cd9216a1014c86cfef7867

Documento generado en 02/09/2020 12:05:03 p.m.