



JUZGADO TERCERO PENAL MUNICIPAL DUITAMA
 PALACIO DE JUSTICIA. CARRERA 15 N° 14-23 Of. 203 Piso 2.
 Teléfono N° 7610279

Duitama, Cuatro (04) de Septiembre, Dos mil Veintitrés (2023).

COD.	1	5	2	3	8	4	0	8	8	0	0	3	2	0	2	3	0	0	3	1	4
	Dpto.		Municipio			Entidad		Unidad Receptora				Año		Consecutivo							

TYBA 152384088003202300054

1. ASUNTO POR TRATAR

Procede este estrado Judicial a decidir en primera instancia, la acción de tutela interpuesta por la señora SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL identificada con cc: 46451159 de Duitama, EN CAUSA PROPIA en contra de la E. P. S. COMPENSAR-CONTRIBUTIVO – SISBÉN –SECRETARIA DE SALUD DE DUITAMA VINCULANDO: al ADRES, MINISTERIO DE SALUD, SUPERINTENDENCIA DE SALUD con el objeto de que le protejan sus derechos fundamentales y constitucionales de la SALUD, DIAGNÓSTICO, DIGNIDAD HUMANA y VIDA EN CONDICIONES DIGNAS

2. HECHOS.

1. Fui afiliada a EPS –COMPENSAR –aproximadamente para el año 2022 a causa de las secuelas sufridas por el Covid 19 severo que padecí en el 2021 me vi la obligación de afiliarme Al régimen contributivo de COMPENSAR ya que estaba afiliada al régimen subsidiado, pero me retiraron del SISBÉN cuando realizaron las nuevas encuestas.
2. Hace aproximadamente como tres meses no pude seguir cotizando pensión ni seguir pagando RÉGIMEN CONTRIBUTIVO por lo anterior solicite nueva encuesta del SISBÉN el cual me genero CALIFICACIÓN DEL GRUPO D1.
3. El fin de semana pasado me dirigí a urgencias de la clínica Boyacá para que me atendieran por un cólico por miomas uterinos, por el cual tengo ordenado una cirugía pendiente PRECISAMENTE POR EL GINECÓLOGO DE COMPENSAR (HISTERECTOMÍA) y me está afectando otros órganos vitales por el tamaño de los mismos
4. El día de hoy solicite el retiro de compensar y traslado al régimen subsidiario de compensar a los abonados telefónicos de compensar de Bogotá 6013077006 y al abonado telefónico 6014441234 , como me lo sugirieron en la secretaria de salud de Duitama , pero me manifestaron que tengo que estar al día en los pagos del régimen contributivo de compensar que oscilan más de \$1,00.0000 UN MILLÓN DE PESOS el cual no los tengo ACTUALMENTE , porque soy madre cabeza de familia y en el momento no tengo trabajo fijo por lo anterior me están afectando mi mínimo vital y el derecho a la salud el negarme el traslado al régimen subsidiario de COMPENSAR para continuar con mi trámite para la cirugía de la histerectomía , que fue ordenado en el hospital regional de la ciudad de Duitama.
5. Así mismo a causa del COVID 19 quede afectada por depresión en un grado alto , y mi medicación es de PAROXETINA Y CLONAZEPAM , que es un medicamento de control y debe ser ordenado por un PSIQUIATRA el cual me ha tocado particular con el doctor BOTELLO OCAMPO y la consulta cuesta \$150.000.00 (ciento cincuenta mil pesos) y los medicamentos cuestan TRESCIENTOS MIL PESOS , ya que no tengo afiliación con la EPS por lo anterior no me han atendido y me toca solventar mis gastos particularmente

II. PETICIONES

Por lo anterior le solicito señor Juez que me conceda la tutela de los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas y en consecuencia se ordene A LA EPS COMPENSAR-SISBEN Y SECRETARIA DE SALUD que en el improrrogable término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del respectivo fallo, disponga lo pertinente para que AUTORICE DE MANERA INMEDIATA. EL TRASLADO Y ASI CONTINUAR CON MI TRAMITE PENDIENTE DE CIRUGIA DE HITERECTOMIA

4. ACTUACIÓN PROCESAL

En Auto de la fecha 24 de Agosto de 2023, este Despacho Judicial, avocó el conocimiento de la acción de tutela y vinculó a ADRES, SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y MINISTERIO DE SALUD, al proceso y corrió traslado a la demandada y a las entidades vinculadas para que ejercieran sus derechos de defensa y contradicción.

5. RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS Y LAS VINCULADAS

5.1. COMPENSAR EPS

Del Estado de Afiliación

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL identificado(a) con Cedula Ciudadania 46451159, se encuentra Suspendido en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220708	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Agosto de 2.023

- Usuario registra suspendido en el PBS afiliado en calidad de cotizante Independiente desde el día 20220708.
- Cotizante registra último aporte para el periodo 202302.
- Cotizante no registra novedad de retiro en planilla.
- Cotizante registra mora, se solicita apoyo de cartera y se adjunta estado de cuenta.

Se adjunta certificado de afiliación y aportes. Ahora bien, se tiene que para el presente caso, el usuario se encuentra afiliado en calidad de cotizante independiente, sin aportes realizados a Compensar EPS, motivo por el cual, el usuario se encuentra con los servicios de salud suspendidos, por el no aporte de los valores correspondientes a las cotizaciones. En ese sentido, el ministerio de salud ha indicado: “El no pago por dos meses consecutivos de las cotizaciones por parte del trabajador independiente produce la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la EPS, siempre y cuando esta haya cobrado esas cotizaciones. Durante esta suspensión, los servicios que requiera le serán prestados a través de los hospitales públicos, para lo cual deberá pagar una cuota de recuperación, que es un porcentaje del valor del respectivo servicio. Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación, y el trabajador haya pagado la cotización correspondiente, las prestaciones económicas y los costos de la atención que requiera él y su núcleo familiar durante el periodo de suspensión, son responsabilidad de dicha agremiación.” Por lo anterior, actualmente el señor Mejía, ha omitido el pago de los valores correspondientes, al aporte en salud, por lo que tanto la afiliación y su consecuente prestación de servicios de salud con cargo al PBS, se encuentran suspendidos y los servicios de salud requeridos por los usuarios, deben ser asumidos según lo dispone la normatividad vigente.

I. EXCEPCIONES A. Falta de Legitimación en la Causa por Pasiva Respecto de Compensar EPS Es importante manifestar al Despacho que a COMPENSAR EPS no le atañe responsabilidad alguna frente a lo solicitado por el accionante, por tanto, solicito su DESVINCULACIÓN. Al respecto, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T – 044 de 2019, reitera el contenido y alcance de la legitimación en la causa por pasiva de la siguiente manera: “La legitimación por pasiva se refiere a la aptitud legal que tiene la persona contra la que se dirige la acción para responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental...” Así mismo, la Sentencia T- 098 de 2016 refiere: 3 “La legitimación en la causa por pasiva dentro del trámite de amparo hace referencia a la capacidad legal de quien es el destinatario de la acción de tutela para ser demandado, pues está llamado a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental, una vez se acredite la misma en el proceso.” B. Inexistencia de Vulneración de Derechos Fundamentales Resulta abiertamente improcedente la presente acción de tutela respecto de mi representada, como quiera que su conducta se ha ajustado a las normas legales vigentes sin vulnerar los

derechos fundamentales de la accionante. En efecto, mi representada ha brindado los servicios médicos, prestaciones asistenciales que han sido requeridas por la parte actora conforme a las coberturas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo claro que no ha existido por parte de mi representada ningún tipo de conducta que haya afectado derechos fundamentales, en tal medida cometería un yerro el Despacho al emitir orden alguna en contra de mi representada. En consecuencia, a luz del artículo 45 del Decreto 2591 de 1991: “No se podrá conceder la tutela contra conductas legítimas de un particular”, y como se ha demostrado la conducta desplegada por mi representada ha sido siempre legítima frente al accionante. Partiendo de las anteriores consideraciones, me permito elevar ante el Despacho la siguiente:

II. PETICIÓN

Se sirva DESVINCULAR a COMPENSAR EPS de la presente acción constitucional, por cuanto además de CARECER DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA, mi representada no ha incurrido en alguna acción u omisión que vulnere los derechos fundamentales del accionante.

MINISTERIO DE SALUD

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.110.490.146 y Tarjeta Profesional No. 234044, en calidad de Director Técnico de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, nombrado mediante Resolución No. 0877 de 02 de junio de 2023 y posesionado mediante Acta de Posesión de la misma fecha, en virtud de la Resolución 1960 del 23 de mayo de 2014, por la cual se delega en el Director Jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social la representación Judicial y Extrajudicial; en atención al radicado del asunto, dentro del término fijado por el Despacho, me permito CONTESTAR LA ACCION DE TUTELA en los siguientes términos: OPORTUNIDAD PARA DAR RESPUESTA A LA ACCIÓN DE TUTELA En aplicación del inciso 3 del artículo 8 de la LEY 2213 del 13 de junio de 20221 al haberse enviado el auto admisorio de la presente acción al buzón notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co, la notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación. En ese mismo sentido lo expresó la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-420 de 2020, así: “392. Al examinar el inciso 3 del artículo 8° y el parágrafo del artículo 9° del Decreto Legislativo 806 de 2020, la Corte encontró que tal como fueron adoptadas las disposiciones es posible interpretar que el hito para calcular el inicio de los términos de ejecutoria de la decisión notificada –en relación con la primera disposición– o del traslado de que trata la segunda disposición, no correspondan a la fecha de recepción del mensaje en el correo electrónico de destino, sino a la fecha de envío. Esta interpretación desconoce la garantía constitucional de publicidad y por lo mismo contradice la Constitución, en tanto implica admitir que, aun en los eventos en que el mensaje no haya sido efectivamente recibido en el correo de destino, la notificación o el traslado se tendría por surtido por el solo hecho de haber transcurrido dos días desde su envío. En consecuencia, la Corte declarará la exequibilidad condicionada del inciso 3 del artículo 8° y del parágrafo del artículo 9° del Decreto Legislativo sub examine en el entendido de que el término de dos (02) días allí dispuesto empezará a contarse cuando el iniciador recepción acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje.” Subrayado y negrilla fuera de texto. En virtud de lo anterior, como quiera que el recibo del correo electrónico por parte del Despacho Judicial, con el cual se notificó la acción de tutela de la referencia se dio el día 24 de agosto 2023, la notificación se entenderá realizada el día 28 de agosto de 2023, situación en virtud de la cual, el termino de (2) DÍAS contados a partir del recibido del presente auto otorgado por el Despacho para emitir la respectiva contestación se contará a partir del 28 de agosto de 2023, es decir, tienen como fecha de vencimiento el día 30 de agosto de 2023. En ese sentido, es claro que este Ente Ministerial se encuentra dentro del término legal previsto para presentar su intervención dentro del presente proceso, en consecuencia, nos permitimos informar siguiente:

I- FRENTE A LOS HECHOS En relación con los hechos descritos en la tutela, debe señalarse que a este Ministerio no le consta nada de lo dicho por la parte accionante, el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene dentro de sus funciones y competencias la prestación de servicios médicos ni la inspección, vigilancia y control del sistema de Seguridad Social en Salud, sólo formula, adopta, dirige, coordina, ejecuta y evalúa la política Pública en materia de Salud, Salud Pública, promoción social en salud, así como,

participa en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrolla a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo, razón por la cual desconocemos los antecedentes que originaron los hechos narrados y por ende las consecuencias sufridas. De otra parte, debe considerarse que las otras Entidades accionadas y/o vinculadas, son entidades descentralizadas que gozan de autonomía administrativa y financiera y sobre las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene injerencia alguna en sus decisiones ni actuaciones, tal y como se sustentará más adelante.

I- DERECHOS FUNDAMENTALES PRESUNTAMENTE VULNERADOS El accionante encuentra presuntamente vulnerados por parte de la E. P. S. COMPENSAR CONTRIBUTIVO –SISBEN –SECRETARIA DE SALUD DE DUITAMA, sus derechos fundamentales a la salud, seguridad social y vida. II- PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES Me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas, en tanto el Ministerio de Salud y Protección Social no ha violado ni amenaza violar derecho fundamental alguno. Toda vez, que esta cartera ministerial, fue creada a través del artículo 9º de la Ley 1444 de 2011, como un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, y a través del Decreto Ley 4107 de 2011 “Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra del Sector Administrativo de Salud y Protección Social”, en su artículo 1º se le asignó la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución y evaluación de la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud. Cabe señalar que, las competencias constitucionales y legales de esta cartera Ministerial se encuentran limitadas por la Constitución y la Ley. Vale la pena precisar que la citada norma se encuentra en fase de implementación, sigue en cabeza de las EPS la obligación de presentar las novedades que se presenten con respecto al estado de afiliación de los usuarios. Es de aclarar que el ministerio de salud y protección social de conformidad con las disposiciones legales no cumple con la función de afiliación o desafiliación de usuarios en la EPS, ni de realizar novedades de traslado, ni de ningún tipo de cambios o actualizaciones en la BDUA, son las EPS las que remiten estas conforme a los anexos técnicos de las resoluciones que reglamentan el flujo de información a la BDUA.

FRENTE A LA MORA EN APORTES A SALUD:

Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - Decreto 780 de 2016, establece lo referente a suspensión de la afiliación de la persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así: “Artículo 2.1.3.15. Suspensión de la afiliación. La afiliación se suspenderá en los siguientes casos: 1. Cuando el cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional incurra en mora en los términos establecidos en los artículos 2.1.9.1 al 2.1.9.5 del presente decreto. 1. Cuando transcurran tres (3) meses contados a partir del primer requerimiento al cotizante para que allegue los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios, si son requeridos según lo dispuesto en el artículo 2.1.2.3 del presente decreto, y éste no haya sido atendido. Lo dispuesto en el presente numeral no será aplicable a las mujeres gestantes ni a los menores de edad. (Negrilla fuera de texto) De otra parte, el artículo 209 de la Ley 100 de 1993, establece que el no pago de la cotización en el Régimen Contributivo, producirá tanto la suspensión de la afiliación, como el derecho a la atención del Plan Obligatorio de Salud y que, por el período de la suspensión, no se podrá causar deuda ni intereses de ninguna clase. Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia C – 177 de 1998, declaró la exequibilidad condicionada del artículo 209 de la Ley 100 de 1993, disponiendo en unos de sus apartes: De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución sólo la atención básica de salud debe ser gratuita para todas las personas, por ende, es razonable que el incumplimiento de una obligación pecuniaria en este campo origine las consecuencias económicas que le garanticen, a la entidad que debe responder por el servicio, la estabilidad y el equilibrio del sistema. Además, el artículo 365 de la Constitución dispone que es deber del Estado asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos, el cual debe leerse en concordancia con el artículo 2º de la Carta que dispone como fin de nuestro Estado la efectividad de los derechos consagrados en la Constitución. Por tal razón, si no existen serias consecuencias contra el empleador o el individuo que incumple, no se garantiza "a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud" (CP art. 49). Finalmente, no debe olvidarse

MUNICIPIO DE DUITAMA

Inicialmente, debe indicarse a la Honorable Juez Constitucional de Tutela que, la Secretaría de Salud Municipal no cuenta con autonomía administrativa que le permita proferir un pronunciamiento de fondo sobre el recurso de amparo que hoy nos convoca, habida cuenta que de conformidad con el Acuerdo Municipal No. 003 de 2008 dicha Área hace parte del Sector Central de la entidad territorial, la cual es presidida por el Alcalde Municipal, a quien de acuerdo a lo estipulado en los artículos 315.3 Constitucional y 91 literal d) numeral 1 o. de la Ley 136 de 1994 le corresponde representarla judicial y extrajudicialmente.

Aunado a lo anterior, conforme al Decreto Municipal No. 448 de 2011 *-Por el cual se adopta el manual específico de funciones y de competencias laborales para los empleos que conforman la planta de personal en el sector central del Municipio de Duitama-*, la función de representación judicial y extrajudicial de la entidad territorial fue encargada al Área Jurídica, siendo, en todo caso el titular de dicha sectorial el facultado para ejercer la defensa litigiosa del municipio, de acuerdo al poder general que se confiera para el efecto por el burgomaestre.

En consecuencia, procederá la suscrita a rendir un único informe sobre los hechos y pretensiones del escrito tutelar, en representación de la entidad territorial accionada y su dependencia vinculada.

2. FRENTE A LOS HECHOS MATERIA DE RECLAMACIÓN EN EL RECURSO DE AMPARO

La defensa de la entidad territorial se atenderá a lo que se pruebe en el trámite del mecanismo constitucional, habida cuenta que ni a la suscrita ni a mi representado le constan los hechos esgrimidos en el escrito tutelar, toda vez que con el mismo no se aporta documental que evidencie diagnóstico, tratamiento médico, ordenes médicas y/o documental que evidencie lo expuesto en el escrito tutelar.

Sin embargo, de acuerdo a la información suministrada por la Secretaria de Salud la categoría obtenida fue 06 apto para régimen subsidiado bajo el programa de contribución solidaria y no 01 como refiere la accionante

3. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL RECURSO DE AMPARO

De manera expresa se manifiesta total oposición a todas y cada una de las pretensiones y/o peticiones incoadas por el accionante, a través de la presente ACCIÓN DE TUTELA, toda vez que carecen de fundamento fáctico, jurídico y probatorio que evidencie alguna OMISIÓN por parte del Municipio de Duitama-Secretaria de Salud, en el entendido que, no es la entidad encargada de prestar servicios médicos, procedimientos en salud, agendar citas, entregar medicamentos, la competencia de la Secretaria de Salud radica en mantener al 100% de la población afiliada al SGSSS conforme al Decreto 780 de 2016, la cual ha velado por la afiliación de la población del municipio al sistema de Salud. Así mismo, de acuerdo a la información suministrada por la Secretaria de Salud se tiene que, la accionante NO solicitó acompañamiento ante la Secretaria de Salud para informar de las barreras en el acceso a sus servicios y solicitar su intervención ante la empresa prestadora de salud.

6. PRUEBAS RECAUDADAS

1. ACCIONANTE

Tutela

Anexos

2. COMPENSAR EPS

CONTESTACIÓN

ANEXO

3. MINISTERIO DE SALUD

CONTESTACIÓN

ANEXOS

4. SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CONTESTACIÓN

ANEXO

5. SUPERINTENDENCIA DE SALUD

CONTESTACIÓN
ANEXO

7. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

La Acción de Tutela fue instituida en el Art. 86 de la Constitución vigente a partir de 1991, la cual trata de un mecanismo judicial, que garantiza a toda persona la protección inmediata de sus Derechos Fundamentales, artículo éste que fue reglamentado por los Decretos 2591/91, 306/92 y 1983/17, señalando con claridad, porqué, para qué, pueden los ciudadanos valerse de este nuevo mecanismo específico, directo y subsidiario. El Juzgado es competente para conocer de la Acción, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 37 y 42 numeral 2° del Decreto 2591 de 1991 en concordancia con lo dispuesto por el Decreto 1983/17.

Legitimación activa: El artículo 86 Superior establece que la acción de tutela es un mecanismo de defensa judicial al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por las actuaciones u omisiones de las autoridades públicas y de los particulares, en los casos específicamente previstos por el legislador.

En consonancia con dicho mandato superior, el artículo 10° del Decreto 2591 de 1991, por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política, establece lo siguiente: *“La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos...”*

En el caso sub-examine, LA SEÑORA SANDRA MILENA CEPEDA, para lo cual se activa la Jurisdicción Constitucional en defensa de sus derechos fundamentales, razón por la cual se encuentra plenamente legitimado para incoar la presente acción.

Legitimación pasiva: Con respecto a quién va destinada la acción de tutela, el artículo 13 del Decreto 2591 de 1991 expresa que: *“se dirigirá contra la autoridad pública o el representante del órgano que presuntamente violó o amenazó el derecho fundamental...”*.

La legitimación por pasiva se consagra como la facultad procesal que le atribuye al demandado la posibilidad de controvertir la reclamación que el actor le dirige mediante una pretensión de contenido material.

Desde el punto de vista de la legitimación por pasiva, la presente acción resulta procedente toda vez que, **COMPENSAR EPS es** una entidad Privada sujeta de ser demandada a través de este mecanismo de amparo, de conformidad con lo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 5 del Decreto 2591 de 1991.

8. PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

Conforme a los antecedentes planteados corresponde a este Despacho determinar si **COMPENSAR EPS vulnera** Los derechos fundamentales del SALUD, VIDA Y DIGNIDAD HUMANA Y SEGURIDAD SOCIAL al no permitir la afiliación al régimen subsidiado por el incumplimiento en los pagos al estar en régimen contributivo.

Para resolver el problema jurídico planteado, el Despacho considera oportuno estudiar los siguientes temas: (i) derecho a la salud (ii) prestación del servicio (iii) Obligaciones de las EPS, Obligaciones del afiliado para desafiliación del régimen contributivo (iv) caso concreto.

(i) Derecho fundamental a la salud.

El artículo 48 de la Constitución Política consagra la seguridad social y la define en los siguientes términos:

“es 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”, al tiempo que, el artículo 49, respecto del derecho a la salud,

señala 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 (...)”*

Al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, la Corte Constitucional se ha referido a sus facetas, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado. Cada una de estas expresiones implica un ejercicio de valoración particular, en el que se debe tener en cuenta el conjunto de principios que les son aplicables. Así, en cuanto a la salud como derecho, se ha dicho que la misma se relaciona con los mandatos de continuidad, integralidad e igualdad; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Al enfocarse en el estudio de la primera faceta, cabe destacar que, en ley estatutaria, el legislador le atribuyó a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo e irrenunciable. De igual manera, estableció un precepto general de cobertura al indicar que su acceso debe ser oportuno, eficaz, de calidad y en condiciones de igualdad a todos los servicios, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo, el cual se cumple mediante la instauración del denominado Sistema de Salud. Este último se define según la Ley 1751 de 2015, art. 4. como:

“el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”

La Corte también ha destacado que el citado derecho se compone de unos elementos esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. Estos elementos se encuentran previstos en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, en los que se vincula su goce pleno y efectivo con el deber del Estado de garantizar su (i) disponibilidad, (ii) aceptabilidad, (iii) accesibilidad y (iv) calidad e idoneidad profesional.

Por otra parte, en lo que atañe a los principios que se vinculan con la faceta de la salud como servicio público, es preciso recurrir a lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2016, en donde se mencionan los siguientes: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección de grupos poblacionales específicos.

El principio de *continuidad* en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte ha sostenido que:

“una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.” La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación.

Por su parte, el principio de oportunidad se refiere a que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado. Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos.”¹

¹ Sentencia T-121 de 2015, MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud, en el artículo 8, se ocupa de manera individual del principio de *integralidad*, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio e implica que el sistema debe brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su integridad física y mental en todas las facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones. Sobre este principio la jurisprudencia ha sostenido que:

“Se distinguen dos perspectivas desde las cuales la Corte (...) ha desarrollado (...) la garantía del derecho a la salud. Una, relativa a la integralidad del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en [dicha] materia (...), valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional [y] social, para nombrar sólo algunos aspectos. La otra perspectiva, se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un(a) paciente”²

Con todo, es necesario advertir que el concepto de integralidad no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada, sino que la misma se encuentra condicionada a lo que establezca el diagnóstico médico, el juez constitucional tiene que valorar en cada caso concreto la existencia de dicho diagnóstico, para ordenar, cuando sea del caso, un tratamiento integral.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO: sentencia T-261-17

En principio, “se consideró que el alcance del derecho a la salud se limitaba a su órbita prestacional, de ahí que su materialización era programática y progresiva y su desarrollo dependía de las políticas públicas implementadas para su ejecución a través de actos legislativos o administrativos. Posteriormente, fue reconocido jurisprudencialmente como un derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración afecta otras garantías superiores como la vida. A continuación, se determinó que todos los derechos de la Carta son fundamentales al conectarse con los valores cuya protección, el legislador primario, pretendió elevar “a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución” La salud al ser un derecho fundamental, puede ser protegido mediante la acción de tutela cuando resulte amenazado o vulnerado y no exista otro medio idóneo de defensa judicial, presupuesto que cobra mayor relevancia cuando los afectados son sujetos de especial protección constitucional, como quienes padecen enfermedades degenerativas, catastróficas y de alto costo, entre ellas, el cáncer. Este trato diferenciado tiene fundamento en el inciso 3º del Artículo 13 de la Constitución Política y en los Artículos 48 y 49 del mismo texto.

Posteriormente, el artículo 8º de la Ley 1751 de 2015 señaló la necesidad de garantizar el tratamiento integral a quienes, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, les hubiese sido negado el acceso efectivo al servicio de salud, lo que incluye suministrar “*todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no*” Igualmente, comprende un tratamiento sin fracciones, es decir “*prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad*”

ACCESIBILIDAD A SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS CON NECESIDAD

De conformidad con reiterada jurisprudencia constitucional, una persona requiere un servicio de salud con necesidad, cuando el mismo es indispensable para el mantenimiento de su salud, integridad y la vida en condiciones dignas. A su vez, quien determina qué servicio es requerido, es el médico tratante, profesional que conoce la situación concreta del paciente, sus antecedentes médicos, y establece, con base en ellos, el tratamiento que se debe seguir para el restablecimiento de la salud.

² Sentencia T-092 de 2018, MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez

OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD-Obligación de las EPS

La Sala reitera que las EPS deben cumplir con el deber de oportunidad en la prestación de los servicios médicos. Este es el derecho que ha protegido la Corporación cuando conoce de casos como el que es analizado en este fallo, en los cuales un usuario soporta dilaciones injustificadas en el acceso a tales servicios. Por tratarse de una línea de protección consolidada, si un juez decide no reconocerla, y fallar con fundamento en consideraciones ajenas, deberá informar en su providencia las razones de su decisión.

OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS PARA SER AFILIADO AL Régimen Subsidiado por imposibilidad del pago.

(Art. 44 del Decreto 2353 de 2015) (decreto 780/16) Artículo 2.1.6.3 **Reporte de novedades para trabajadores independientes.** Los afiliados al régimen contributivo en calidad de independientes son responsables de realizar su afiliación y de registrar las novedades en el Sistema de Afiliación Transaccional. Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para continuar cotizando, deberá registrar la novedad de retiro a más tardar dentro de **los cinco (5) primeros días del mes y se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización; si lo realiza por fuera de dicho término, se causará el pago completo de la cotización.....(negrilla fuera de texto).**

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados serán los responsables de radicar y tramitar las solicitudes de traslado y de movilidad directamente ante la EPS y las EPS lo serán de reportar las novedades de ingreso, retiro, movilidad y traslado en el régimen subsidiado de sus afiliados y de informar al afiliado en el momento de presentarse la novedad. Las entidades territoriales validarán y verificarán las novedades presentadas por las EPS y reportarán las de su competencia.

Artículo 2.1.3.15 Suspensión de la afiliación. La afiliación se suspenderá en los siguientes casos: 1. Cuando el cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional incurra en mora en los términos establecidos en los artículos 2.1.9.1 al 2.1.9.5 del presente decreto.

TRASLADOS Y MOVILIDAD

Artículo 2.1.7.1 Derecho a la libre escogencia de EPS. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la elección de EPS se hará directamente por el afiliado de manera libre y voluntaria. Se exceptúan de esta regla, las circunstancias de afiliación reguladas en los artículos 2.1.11.1 a 2.1.11.12 del presente decreto y en los casos de afiliación previstos en los artículos 2.1.5.1 parágrafo 3, 2.1.5.3, 2.1.6.2 y 2.1.6.4 del presente decreto o cuando la realice la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP de acuerdo con el artículo 2.12.1.6 del Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015. (Art. 49 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.2 Condiciones para el traslado entre entidades promotoras de salud. Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones: 1. El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes. 2. Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario. 3. No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud. 4. **Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.** 5. Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar. Cuando se trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones previstas en el presente artículo, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS del otro régimen.

CASO EN CONCRETO

La señora SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL interpone acción de tutela en contra de COMPENSAR EPS al no ser trasladarla a régimen subsidiado porque no ha cancelado la deuda que tiene, puesto que se quedó sin trabajo y no pudo seguir pagando en régimen

contributivo, motivo por el cual pide que se le tutelen los derechos a la Salud, Diagnóstico y Vida en condiciones Humanas.

Una vez recibida la presente Acción de Tutela se procedió a la Admisión de la misma contra E. P. S. COMPENSAR-CONTRIBUTIVO –SISBÉN –SECRETARIA DE SALUD DE DUITAMA VINCULANDO: al ADRES, MINISTERIO DE SALUD, SUPERINTENDENCIA DE SALUD, algunas de ellas contestaron en termino y Otros guardaron silencio.

En Comento se tendrá que indicar que COMPENSAR EPS en su contestación:

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL identificado(a) con Cedula Ciudadania 6451159, se encuentra Suspendido en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220708	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Agosto de 2023

- Usuario registra suspendido en el PBS afiliado en calidad de cotizante Independiente desde el día 20220708.
- Cotizante registra último aporte para el periodo 202302.
- Cotizante no registra novedad de retiro en planilla.
- Cotizante registra mora, se solicita apoyo de cartera y se adjunta estado de cuenta.

Ahora bien, se tiene que, para el presente caso, **el usuario se encuentra afiliado en calidad de cotizante independiente, sin aportes realizados a Compensar EPS, motivo por el cual, el usuario se encuentra con los servicios de salud suspendidos, por el no aporte de los valores correspondientes a las cotizaciones.** (Negrilla Fuera De texto)

En ese sentido, el ministerio de salud ha indicado: “El no pago por dos meses consecutivos de las cotizaciones por parte del trabajador independiente produce la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la EPS, siempre y cuando esta haya cobrado esas cotizaciones. Durante esta suspensión, los servicios que requiera le serán prestados a través de los hospitales públicos, para lo cual deberá pagar una cuota de recuperación, que es un porcentaje del valor del respectivo servicio. Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación, y el trabajador haya pagado la cotización correspondiente, las prestaciones económicas y los costos de la atención que requiera él y su núcleo familiar durante el periodo de suspensión, son responsabilidad de dicha agremiación.”

Por lo anterior, actualmente el señor Mejía, ha omitido el pago de los valores correspondientes, al aporte en salud, por lo que tanto la afiliación y su consecuente prestación de servicios de salud con cargo al PBS, se encuentran suspendidos y los servicios de salud requeridos por los usuarios, deben ser asumidos según lo dispone la normatividad vigente, y solicita que se desvincule de la presente acción de tutela.

Al respecto La Alcaldía de Duitama indico: “ La defensa de la entidad territorial se atenderá a lo que se pruebe en el trámite del mecanismo constitucional, habida cuenta que ni a la suscrita ni a mi representado le constan los hechos esgrimidos en el escrito tutelar, toda vez que con el mismo no se aporta documental que evidencie diagnóstico, tratamiento médico, ordenes médicas y/o documental que evidencie lo expuesto en el escrito tutelar.

Sin embargo, de acuerdo a la información suministrada por la Secretaria de Salud la categoría obtenida fue 06 apto para régimen subsidiado bajo el programa de contribución solidaria y no 01 como refiere la accionante

3. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL RECURSO DE AMPARO

De manera expresa se manifiesta total oposición a todas y cada una de las pretensiones y/o peticiones incoadas por el accionante, a través de la presente ACCIÓN DE TUTELA, toda vez que carecen de fundamento fáctico, jurídico y probatorio que evidencie alguna OMISIÓN por parte del Municipio de Duitama-Secretaria de Salud, en el entendido que, no es la entidad encargada de prestar servicios médicos, procedimientos en salud, agendar citas, entregar medicamentos, la competencia de la Secretaria de Salud radica en mantener al 100% de la población afiliada al SGSSS conforme al Decreto 780 de 2016, la cual ha velado por la afiliación de la población del municipio al sistema de Salud. Así mismo, de acuerdo a la información suministrada por la Secretaria de Salud se tiene que, la accionante NO solicitó acompañamiento ante la Secretaria de Salud para informar de las barreras en el acceso a sus servicios y solicitar su intervención ante la empresa prestadora de salud.

El ministerio de Salud Indico: "Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar la improcedencia de la presente acción contra el Ministerio de Salud y Protección Social e igualmente exonerarlo de cualquier responsabilidad que se pueda llegar a endilgar toda vez que no es la entidad competente para dar trámite a lo solicitado por el accionante" sin embargo realizo apreciaciones sobre la prestación del servicio y de las obligaciones de La EPS.

Una vez revisado la presente acción de Tutela así como Las respuestas, debe indicar el despacho que en primera medida la Salud es un derecho Fundamental Protegido constitucionalmente para todos los Ciudadanos de este País, lo que nos obliga a ininterrumpir la prestación del Servicio de Salud, sin embargo Los Ciudadanos también son sujetos de Obligaciones tal como lo ha indicado la Corte.

Como primera Inquietud se tiene de las pruebas aportadas por Compensar EPS que la Afiliada Sandra Milena Cepeda Espinel Tiene una deuda Con Compensar desde el mes de Marzo de 2023 y anexa el Certificado

Estado de cuenta Presunta mora de pago (Trabajador) a la EPS

Señor(es): SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL	Fecha de corte 20230825	No. 13068626
No identificación CC - 46451159	Fecha de emisión 20230825	

Documento de Identidad	Nombre Cotizante	Periodo de Cotización	Valor IBC Anterior	Valor Cotización Estimado
CC - 46451159	SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL	202304	1.000.000	125.000
CC - 46451159	SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL	202303	1.000.000	125.000
Valor en letra: DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.			TOTAL	250.000

Importante

El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en cual se produce la novedad de retiro, responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS. La liquidación que efectúe la EPS por los periodos adeudados prestará mérito ejecutivo. Decreto 780/2016 Art. 2.2.1.1.3.5.

Los afiliados al régimen contributivo en calidad de independientes son responsables de realizar su afiliación y de registrar las novedades en el Sistema de Afiliación Transaccional. (Decreto 780/2016 Art. 2.1.6.3).

Tenga en cuenta que los intereses de mora serán liquidados por el operador de información al momento de efectuar su pago.

Cualquier aclaración, con gusto será atendida en los puntos de Afiliaciones y Asesoría EPS ubicados en nuestras sedes, también puede comunicarse a nuestra línea de atención servicios salud (601) 444 1234 opción 6.

Este estado de cuenta no es válido para cancelar los aportes en mora, para esto, deberá contactarse con el operador de información. Si ya realizó los pagos, por favor hacer caso omiso de este comunicado.

Entidad sin ánimo de lucro. Personería Jurídica Resolución No. 02409 de Junio 30 de 1978 de Mintrabajo. Vigilado Supersalud, Resolución 0166 de 1996. Grandes contribuyentes Resolución No. 7714 de 16/12/1996. Actividad económica 304. Tarifa 7x1000. Actividad exenta de IVA, acuerdo 78 de 2002.	Recibido
	Firma, sello y fecha

En Igual sentido allega Constancia que dan cuenta que la Usuaría no a presentado o reportado el retiro a la Eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL identificado(a) con Cedula Ciudadanía 46451159, se encuentra Suspendido en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220708	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Agosto de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
AREA JURIDICA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARIA FERNANDA SANCHEZ
22644219

CER-AFI

Lo que da cuenta que la Afiliada Aun no cuenta con el cumplimiento de los requisitos previos para poder realizar esta novedad, actuación necesaria según el decreto 780 de 2016 el cual reza: **Artículo 2.1.7.8 Registro y reporte de la novedad de movilidad.** El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá de los mecanismos para que los requisitos de movilidad se puedan verificar con la información disponible y para que los afiliados puedan realizar directamente el trámite de movilidad, así como la notificación de la movilidad a las EPS, a los afiliados cotizantes, a los afiliados cabeza de familia, a los integrantes del núcleo familiar, a los aportantes y a las entidades territoriales. **El afiliado deberá registrar la solicitud expresa de la movilidad a los integrantes de su núcleo familiar con derecho a ser inscritos, en el formulario físico o electrónico, de acuerdo con lo previsto en la presente Parte. La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.** (negrilla fuera de texto).

Por lo anterior y según lo señalado en la norma en el decreto 780 de 2016 en su Artículo 2.1.9.3 Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores independientes. El no pago por dos (2) períodos consecutivos de las cotizaciones del independiente dará lugar a la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito, siempre y cuando ésta no se hubiere allanado a la mora. Durante el período de suspensión de la afiliación, los servicios que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar les serán prestados a través de la red pública y estarán a su cargo los pagos previstos en el artículo 2.4.20 del presente decreto. Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva y ha mediado el pago de la cotización por parte del trabajador independiente a la agremiación o asociación, las prestaciones económicas del cotizante y los costos derivados de la atención en salud que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar, durante el período de suspensión por mora, estarán a cargo de la agremiación o asociación correspondiente. La EPS podrá optar por garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud del trabajador independiente en mora y su núcleo familiar, cuando suscriba acuerdos de pago por las cotizaciones e intereses adeudados y una vez obtenido el recaudo de las

cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC, siempre y cuando demuestre que garantizó la prestación de servicios de salud durante ese período. Si se incumplen las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, procederá la suspensión de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en el acuerdo. En ningún caso la suscripción de acuerdos de pago podrá involucrar la condonación de cotizaciones o intereses de mora. Cuando el trabajador independiente o uno de los integrantes de su núcleo familiar se encuentre en tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, la EPS en la cual se encuentre inscrito deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar hasta por cuatro (4) períodos consecutivos de mora, vencido dicho término se le garantizará la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública sin afectar su seguridad e integridad en los términos previstos en la presente Parte.

Por lo anterior encuentra el despacho que se debe Ordenar a la Señora SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL que deberá Realizar la Solicitud de Retiro del Régimen Contributivo por imposibilidad de continuar aportando en el sistema contributivo y que de acuerdo con lo propuesto por la EPS COMPENSAR se llegue a un acuerdo de pago.

En Igual sentido tenemos que la prestación del servicio deberá continuar y su mora no es óbice para la negativa de la prestación del servicio sin embargo tal como lo a indicado la corte "En conclusión, la Sala no desconoce la facultad de las EPS de suspender la afiliación de los usuarios que incurran en mora. Sin embargo, esta situación no puede constituir una barrera para el goce efectivo del derecho a la salud. Por lo cual, en esos casos, esas entidades deberán adelantar las herramientas jurídicas dispuestas a su alcance para obtener el pago de tal concepto y promover la efectividad del aseguramiento en salud de los usuarios" T-183-21. Así las cosas, se debe por parte de la

Entonces es claro para el despacho que no encontramos en una vulneración del derecho de la salud a la señora SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL, por la EPS COMPENSAR pues no se allega ningún documento que, de cuenta de la notificación del estado en Mora, es evidente que hay un incumplimiento por parte de la EPS, señalado lo anterior se TUTELARA el derecho fundamental a la salud de la señora SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL, posterior al cumplimiento de la obligación impuesta a la Afiliada.

DECISIÓN JUDICIAL:

Por lo anteriormente expuesto, el Juzgado Tercero Penal Municipal de Duitama-, "Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley".

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR el derecho fundamental a la Salud incoado por la SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL identificada con cc: 46451159 de Duitama, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: Ordenar a la Señora SANDRA MILENA CEPEDA ESPINEL identificada con cc: 46451159 de Duitama, Presente la Solicitud de retiro en el termino de 24 Horas Siguiendo a la Notificación del presente proveído.

TERCERO: Ordenar a COMPENSAR EPS que, una vez realizadas las acciones impuestas a la Accionante, le comunique el estado en Mora Y le proponga una fórmula de arreglo, las Anteriores Actuaciones no podrán sobrepasar un término de CINCO (0) 5 Días Hábiles, una vez cumplida esa carga se Procederá a realizar la Movilidad al Régimen Subsidiado de Manera inmediata.

CUARTO: NOTIFÍQUESE este fallo por el medio más eficaz, de conformidad con lo preceptuado en los artículos 16 y 30 del Decreto 2591 de 1991.

QUINTO: Contra la presente Sentencia procede el recurso de impugnación, por ante los Juzgados Penales del Circuito (Reparto) de esta ciudad, el cual deberá presentarse dentro de los tres (03) días siguientes a la notificación (Art. 31 del Decreto 2591/91).

SEXTO: En el evento de no ser impugnada la presente Sentencia, remítase a la Honorable Corte Constitucional, para su eventual revisión (Art. 32 Decreto 2591/91).

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.
LINO ARTEMIO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
JUEZ**

JMP

Firmado Por:
Lino Artemio Rodriguez Rodriguez
Juez
Juzgado Municipal
Penal 003 Control De Garantías
Duitama - Boyaca

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: **daeeb2dc30ab6e5b834448103eb2ab15ee4643db9b7778c4a60f98aa7ea073bc**

Documento generado en 05/09/2023 09:45:59 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**