



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**JUZGADO QUINTO PENAL MUNICIPAL CON
FUNCION DE CONTROL DE GARANTIAS
CARTAGO- VALLE**

**Sentencia de Tutela No. 366
Primera Instancia
Radicación No. 76-147-40-88-005-2024-00373-00**

Cartago, Valle del Cauca, veintisiete (27) de diciembre de dos mil veinticuatro
(2024)

ASUNTO

El Juzgado Quinto Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Cartago, Valle se ocupará de resolver la acción de tutela interpuesta contra **LIBERTY SEGUROS SA**, interpuesta por el ciudadano **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**.

ACCIONANTE

JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 9.773.431, quien se puede notificar a través del correo electrónico jadir29-08@hotmail.com

ACCIONADA

LIBERTY SEGUROS SA, en cabeza de su representante Legal (o quien haga sus veces) correo electrónico: co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com

ARGUMENTOS DE LA DEMANDA

Indica el accionante **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS** que, el día 21 de junio de 2023, sufrió accidente de tránsito, el cual le dejó serias lesiones en su humanidad.

Que, el día 13 de octubre de 2023, el accionante radicó ante **LIBERTY SEGUROS SA**, petición en donde solicita se le remita a valoración de pérdida de capacidad laboral con el fin de que se especifique su porcentaje.

Así entonces, **LIBERTY SEGUROS SA**, el día 17 de noviembre de 2023, le negó la valoración por médico laboral bajo el siguiente argumento:

"De conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio "Corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere del caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.". En ese sentido, es posible concluir que la referida demostración, es una carga situada exclusivamente en cabeza del asegurado o beneficiario que pretende el pago de una indemnización por parte de la aseguradora, ante la ocurrencia de un siniestro. En el presente evento, se pretende demostrar la existencia de una pérdida de capacidad laboral, con el fin de acceder a una de las coberturas del SOAT, presuntamente por haberse configurado un evento de pérdida de capacidad laboral. Por consiguiente, es claro que quien reclama es quien debe proveer los medios necesarios para demostrar que se configuró un evento indemnizable bajo una póliza SOAT. Entonces, ausencia de semejante ejercicio demostrativo, no resulta procedente pretender de la

aseguradora pago alguno, bajo ningún concepto.”

Por lo anterior, el señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**, considera se le está vulnerando su derecho a la salud, igualdad y seguridad social, pues, indica que la accionante, es quien debe darle la atención médica, para así él tener conocimiento a ciencia cierta de su estado de salud actual.

Con fundamento en los hechos fácticos narrados, solicita las siguientes:

PRETENSIONES

Que se ordene a **LIBERTY SEGUROS SA**, remita a valoración de pérdida de capacidad laboral al señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**.

PRUEBAS QUE OBRAN EN EL EXPEDIENTE

Aportó como pruebas las siguientes copias: respuesta 17 de noviembre de 2023 de **LIBERTY SEGUROS SA**, historia clínica expedida por **SERVICIOS ÓPTIMOS EN SALUD SOS SAS, SOAT 193730600**, cédula de ciudadanía **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**.

ACTUACIÓN PROCESAL

La solicitud de tutela se admitió mediante auto interlocutorio No. 572 del 18 de diciembre del 2024; se dispuso la notificación a la accionada y se dispuso la vinculación de **SERVICIOS ÓPTIMOS EN SALUD SOS, SANITAS S.A.S, KEMER RAMIREZ CÁRDENAS agente interventor EPS SANITAS Y SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**.

Auto de Sustanciación No. 811 del 18 de diciembre de 2024, se vincula al contradictorio a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**.

Auto de Sustanciación No. 818 del 20 de diciembre de 2024, se vincula a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ RISARALDA Y LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**.

Auto de Sustanciación No. 823 del 24 de diciembre de 2024, se vincula a **ARL AXA COLPATRIA Y FONDO DE PENSIONES PROTECCIÓN**.

Auto de Sustanciación No. 824 del 24 de diciembre de 2024, se vincula al **MINISTERIO DE TRABAJO**.

INTERVENCIONES

LIBERTY SEGUROS SA

“Frente a los hechos narrados en el escrito de tutela, se identifica que **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS** sufrió un accidente de tránsito el día 21 de junio de 2023 en el que resultó involucrado vehículo asegurado por HDI Seguros Colombia S.A. identificado con placa RIN13E.

(...)

Al respecto, me permito resaltar que en razón al accidente de tránsito del cual fue víctima **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS** la Compañía HDI Seguros Colombia S.A., ha efectuado pagos con cargo a la mencionada póliza de SOAT por el amparo de gastos médicos, por el valor de \$ 13.663.648, tal como se observa a

continuación:

Teniendo en cuenta las coberturas determinadas por la ley, así como el cumplimiento que ha efectuado la compañía frente a sus obligaciones, con asombro y preocupación evidenciamos que a través de una acción constitucional JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS solicita el pago de honorarios de calificación para la Junta Regional, honorarios que valga la pena mencionar no están cubiertos bajo la póliza de SOAT.”

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

“Con fundamento en lo expuesto, se tiene que las compañías de seguros que expiden el SOAT no se encuentran facultadas por la ley para calificar la pérdida de la capacidad laboral de las víctimas de los accidentes de tránsito, sin embargo, en sede de Revisión de tutela, la Corte Constitucional ha establecido en varios de sus pronunciamientos que en primera oportunidad la emisión del dictamen, además de estar a cargo de los fondos de pensiones, administradoras de riesgos laborales y las EPS, también recae en las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, cuando el examen tenga relación con la ocurrencia del siniestro amparado mediante la respectiva póliza, lo que implica que las compañías responsables del SOAT tienen también la carga legal de realizar, en primera oportunidad el examen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez del reclamante.

(...)

Con fundamento en la anterior normativa, se deduce lo siguiente: — Para obtener el dictamen de la pérdida de la capacidad laboral se deben agotar las etapas de dicho proceso: primera oportunidad, primera y segunda instancia. La primera se surte ante COLPENSIONES, Administradoras de Riesgos Laborales, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado y aseguradoras de vida que cubran el riesgo de invalidez y muerte y las dos últimas ante las Juntas de Calificación de Invalidez.

(...)

Frente al llamado que se hace a la SFC en calidad de vinculada, se destaca que el tutelante no dirige la solicitud de amparo contra esta Superintendencia, no formula pretensiones encaminadas a que se nos imparta una orden y tampoco presenta reproche frente al actuar de este Organismo, lo que permite concluir que no somos los llamados a responder por la trasgresión que alega.”

INTERVENCIÓN SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Solicitan su desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva.

Indican frente a la cobertura del SOAT, lo siguiente:

“Conforme a lo anterior en el momento de la ocurrencia de accidente de tránsito, las víctimas del mismo tienen derecho a que se les presten todos los servicios de salud que requieran, los cuales serán cubiertos por el SOAT o por la subcuenta ECAT del FOSYGA (hoy la ADRES) hasta por un monto máximo de 800 salarios mínimos legales diarios vigentes. Una vez superado dicho valor, los costos serán asumidos por la respectiva EPS o EPSS, de conformidad con el régimen al que se encuentre afiliado el paciente, y en los casos en los cuales no se encuentra afiliado a ninguna EPS del régimen contributivo o subsidiado, la atención en salud será asumida por IPS públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial. En los casos

en que el paciente cuente con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, puede elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes, atendiendo siempre el precepto que los primeros 800 salarios mínimos legales diarios vigentes, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por la subcuenta ECAT del FOSYGA (hoy la ADRES), de acuerdo con lo establecido en el Decreto 780 de 2016. Por lo anterior, la IPS que preste el servicio de salud a la víctima de accidente de tránsito, puede acudir a las entidades citadas de acuerdo con el margen de cobertura, para que se les reconozca y pague el valor de estos.

(...)

El SOAT tiene como propósito asegurar la vida e integridad de quienes resulten afectados en accidentes de tránsito mientras ocurran dentro del territorio nacional, protección que se materializa a través de la indemnización automática a favor de las víctimas, sin necesidad de acreditar culpa o el factor subjetivo de las conductas o causantes del daño.

Del mismo modo el Decreto Ley 0019 de 2012, narra en el Capítulo VIII las disposiciones inherentes a la cobertura de las pólizas de seguros.

Además de lo anterior es pertinente indicar que de acuerdo con los pronunciamientos hechos por parte de la H. Corte Constitucional, corresponde, entre otras, a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las entidades promotoras de salud “realizar en primera oportunidad, el dictamen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez”, y en caso de existir inconformidad la Entidad deberá “solicitar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez la revisión del caso” decisión contra la cual procede la apelación ante la Junta Nacional de Calificación de invalidez.

Es por estas razones señor Juez que la competencia en el presente caso recae sobre la compañía de seguros que expidió el SOAT que fue reclamado en el accidente, quien en desarrollo de su objeto y dado el amparo otorgado a través del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, debe realizar las gestiones pertinentes para garantizar la atención en salud a quienes se vean cobijados con la póliza de seguros, circunstancias que relevan a esta Superintendencia de responder por los hechos acaecidos en la presente tutela.”

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE

Indican que a la fecha no se evidencia solicitud por parte del accionante y solicitan su desvinculación por no haber vulnerado derecho alguno.

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE RISARALDA

Señalan que no se pronunciarán frente a las pretensiones, puesto que las mismas no están dirigidas en contra de esa corporación y por tanto carece de legitimación.

Finalmente, señalan que, la A.F.P., A.R.L., E.P.S. y Aseguradoras pueden rendir las experticias de pérdida de capacidad laboral en primera oportunidad, conforme lo indica el inciso 2 del artículo 142 del Decreto 019 de 2012, que modificó el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, a su vez transformado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005.

Conforme lo anterior, manifiesta que, es obligación de la aseguradora valorar la pérdida de capacidad laboral a través de su equipo interdisciplinario, y en caso de que no cuente con este, podrá acudir a las Juntas Regionales para realizar dicha

labor previo cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos 20 y 30 del Decreto 1352 de 2013.

EPS SANITAS

Téngase en cuenta señoría que mi representada no es la entidad llamada a realizar la calificación de la PCL, y si mismo no esta dentro sus responsabilidades proceder a calificar la perdida de la capacidad laboral pues las entidades autorizadas y facultadas para tal fin son las AFP, ARL, Y LAS RESPECTIVAS JUNTAS o por solicitud de las entidades financieras, compañías de seguros, para el presente caso mi representada no tiene responsabilidad alguna.

(...)

Así misma señoría se debe mencionar que mi representada como entidad prestadora de servicios de salud, y responsable de administrar recursos públicos del sistema general de seguridad social en salud, debe garantizar la debía destinación de los recursos del sistema, y dentro de la partida presupuestal no existe un rubro destinado a pagar honorarios ante las juntas de calificación.

El uso del dictamen solicitado por el accionante; tiene como objeto iniciar el trámite de reconocimiento de una pensión, no de salud; de tal forma que ninguno de los profesionales de EPS, tiene competencia según el Artículo 1 del decreto 1352 de 2013 Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones; para determinar el origen o el Porcentaje de pérdida de capacidad laboral de las contingencias que se generaron por accidentes de origen común, con fines de reclamación de indemnizaciones como prueba de un proceso administrativo o proceso judicial, siendo función las juntas regionales como entidad competentes para emitir dictámenes en calidad de peritos.

(...)

CONCLUSIONES

La EPS SANITAS ha procedido de conformidad con la normatividad legal vigente y en cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades, y con relación al presente asunto no se evidencia responsabilidad atribuible a mi representada. Se aclara que EPS SANITAS no es una autoridad competente ni autorizada para proceder a, calificar la perdida de la capacidad laboral pues este riesgo está cubierto y a cargo de otras entidades como las juntas de calificación. Por otro lado, señoría se debe mencionar que, de acuerdo con la normatividad legal vigente, las EPS no son entidades facultadas y autorizadas para calificar o emitir dictamen de la perdida de la capacidad laboral. Así mismo y como ya se manifestó mi representada no es la entidad facultada ni llamada a calificar o emitir dictamen de la perdida de la capacidad laboral razón por la cual ROGAMOS DECLARE IMPROCEDENTE LA MENCIONADA PRETENSION CON RELACION A EPS SANITAS."

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PROTECCIÓN S.A

Indican que, desconocen los hechos expuestos por el accionante, así como tampoco cuenta con solicitud formal de prestación económica de invalidez y/o incapacidades.

Adicionalmente, indican que no han sido notificados por concepto de rehabilitación por enfermedad o accidente de origen común que haya sido emitido por la EPS con la cual tiene afiliación vigente el señor accionante, ni tampoco algún dictamen de

pérdida de capacidad laboral que se haga vinculante, es decir, desconoce en su totalidad su estado de salud.

Finalmente, solicitan su desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva.

Las demás entidades vinculadas no allegaron escrito de contestación.

CONSIDERACIONES

La acción de tutela es una institución que consagró la Constitución de 1991 para proteger los derechos fundamentales de las personas de lesiones o amenazas, de vulneración por parte de una autoridad o particulares que presten servicios públicos. Se trata de un procedimiento judicial específico, autónomo, directo y sumario.

El objetivo de la acción de tutela es procurar una defensa inmediata ante la vulneración de un derecho constitucional fundamental, mediante una orden judicial para que aquel respecto de quien se solicitó la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. Entonces, la persona que considere que se le están vulnerando o amenazando sus derechos fundamentales, puede acudir a la acción de tutela en procura de la protección de sus derechos, siempre que no cuente con otro medio idóneo de defensa judicial, a menos que se solicite como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La Honorable Corte Constitucional ha precisado las reglas que determinan la naturaleza del derecho de petición y definen el marco de su ejercicio y efectividad, por lo que a continuación se citarán, de acuerdo a la recopilación realizada en Sentencias T-332 de 2015:

"4. Contenido y alcance del derecho de petición. Reiteración de jurisprudencia.

La Constitución Política en su artículo 23, consagra el derecho fundamental de toda persona a presentar peticiones respetuosas en interés general o particular ante las autoridades y a obtener de ellas pronta resolución de fondo.

La Corte Constitucional se ha referido en distintas oportunidades a la importancia de esta garantía fundamental, cuya efectividad, según se ha reconocido, "resulta indispensable para el logro de los fines esenciales del Estado, particularmente el servicio de la comunidad, la promoción de la prosperidad general, la garantía de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y la participación de todos en las decisiones que los afectan, así como para asegurar que las autoridades cumplan las funciones para las cuales han sido instituidas (artículo 20. Constitución Política)"¹.

A partir de esta garantía la jurisprudencia ha fijado una serie de reglas y de parámetros relacionados con el alcance, núcleo esencial y contenido de este derecho. Al respecto ha precisado lo siguiente:

"a) El derecho de petición es fundamental y determinante para la efectividad de los mecanismos de la democracia participativa. Además, porque mediante él se garantizan otros derechos constitucionales, como los derechos a la información, a la participación política y a la libertad de expresión.

b) El núcleo esencial del derecho de petición reside en la resolución pronta y oportuna de la cuestión, pues de nada serviría la posibilidad de dirigirse a la autoridad si ésta no resuelve o se reserva para sí el sentido de lo decidido.

c) La respuesta debe cumplir con estos requisitos: 1. oportunidad 2. Debe resolverse de fondo, clara, precisa y de manera congruente con lo solicitado 3. ser puesta en conocimiento

¹ Sentencia T-012 de 1992.

del peticionario. Si no se cumple con estos requisitos se incurre en una vulneración del derecho constitucional fundamental de petición.

d) Por lo anterior, la respuesta no implica aceptación de lo solicitado ni tampoco se concreta siempre en una respuesta escrita.

e) Este derecho, por regla general, se aplica a entidades estatales, esto es, a quienes ejercen autoridad. Pero, la Constitución lo extendió a las organizaciones privadas cuando la ley así lo determine.

f) La Corte ha considerado que cuando el derecho de petición se formula ante particulares, es necesario separar tres situaciones: 1. Cuando el particular presta un servicio público o cuando realiza funciones de autoridad. El derecho de petición opera igual como si se dirigiera contra la administración. 2. Cuando el derecho de petición se constituye en un medio para obtener la efectividad de otro derecho fundamental, puede protegerse de manera inmediata. 3. Pero, si la tutela se dirige contra particulares que no actúan como autoridad, este será un derecho fundamental solamente cuando el Legislador lo reglamente.

g). En relación con la oportunidad de la respuesta, esto es, con el término que tiene la administración para resolver las peticiones formuladas, por regla general, se acude al artículo 6º del Código Contencioso Administrativo que señala 15 días para resolver. De no ser posible, antes de que se cumpla con el término allí dispuesto y ante la imposibilidad de dar una respuesta en dicho lapso, la autoridad o el particular deberá explicar los motivos y señalar el término en el cual se realizará la contestación. Para este efecto, el criterio de razonabilidad del término será determinante, puesto que deberá tenerse en cuenta el grado de dificultad o la complejidad de la solicitud. Cabe anotar que la Corte Constitucional ha confirmado las decisiones de los jueces de instancia que ordena responder dentro del término de 15 días, en caso de no hacerlo, la respuesta será ordenada por el juez, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes.

h) La figura del silencio administrativo no libera a la administración de la obligación de resolver oportunamente la petición, pues su objeto es distinto. El silencio administrativo es la prueba incontrovertible de que se ha violado el derecho de petición.

i) El derecho de petición también es aplicable en la vía gubernativa, por ser ésta una expresión más del derecho consagrado en el artículo 23 de la Carta. Sentencias T-294 de 1997 y T-457 de 1994.²

Posteriormente, esta Corporación añadió dos reglas adicionales: (i) que la falta de competencia de la entidad ante quien se plantea no exonera a la entidad del deber de responder; y (ii) que la respuesta que se profiera debe ser notificada al interesado.³

Por lo anterior, la efectividad del derecho fundamental de petición se deriva de una respuesta pronta, clara y completa por parte de la entidad a la que va dirigida. La falta de alguna de estas características se materializa en la vulneración de esta garantía constitucional.

En cuanto a la esencialidad del derecho fundamental a la salud, la Constitución Política, en el artículo 49 establece:

*"La atención en 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**".⁴*

El derecho a salud es un derecho fundamental y autónomo, por lo cual es exigible su amparo mediante el ejercicio de la acción constitucional de tutela, en aras de prevenir la configuración de un perjuicio irremediable o cesar la vulneración del mismo. Por lo tanto, dentro del derecho a la salud, se debe entender incluido el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad

De conformidad con lo previsto en la Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende

² Ver Sentencia T-377 de 2000, T-173 de 2013, T-211-14, entre otras.

³ T-173 de 2013.

⁴ Subrayas por fuera del texto original.

el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

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. Específicamente, 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.

De lo anterior se puede concluir, que el derecho a la salud debe ser entendido no solo como un derecho o servicio con el que se pretende la preservación de la existencia, sino como un derecho fundamental que guarda estrecha relación con la dignidad humana y la existencia en condiciones dignas.

Sobre el trámite de la calificación de invalidez el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificada por los artículos 52 de la Ley 962 de 2005 y 142 del Decreto Ley 019 de 2012, establece lo siguiente:

"Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificarla imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Laborales ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de

estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional.

Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, Administradora Colombiana de Pensiones -Colpensiones, ARP, aseguradora o entidad promotora de salud) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la respectiva entidad.

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

Parágrafo 1. Para la selección de los miembros de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, el Ministerio del Trabajo tendrá en cuenta los siguientes criterios:

La selección se hará mediante concurso público y objetivo, cuya convocatoria se deberá hacer con no menos de dos (2) meses de antelación a la fecha del concurso e incluirá los criterios de ponderación con base en los cuales se seleccionará a los miembros de estos organismos. La convocatoria deberá publicarse en un medio de amplia difusión nacional.

Dentro de los criterios de ponderación se incluirán aspectos como experiencia profesional mínima de cinco (5) años y un examen escrito de antecedentes académicos sobre el uso del manual de pérdida de capacidad laboral y de invalidez, el cual se realizará a través de una entidad académica de reconocido prestigio. Los resultados del concurso serán públicos y los miembros de las Juntas serán designados por el Ministro del Trabajo, comenzando por quienes obtuvieran mayor puntaje.

La conformación de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez podrá ser regionalizada y el manejo de sus recursos será reglamentado por el Gobierno Nacional de manera equitativa. El proceso de selección de los integrantes de las juntas de calificación de invalidez se financiará con recursos del Fondo de Riesgos Laborales.

Parágrafo 2. Las entidades de seguridad social, los miembros de las Juntas Regionales y Nacional de Invalidez y los profesionales que califiquen

serán responsables solidariamente por los dictámenes que produzcan perjuicios a los afiliados o a los Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, cuando este hecho esté plenamente probado.”

Sobre las reglas de indemnización por incapacidad permanente en accidente de tránsito, expuso la Honorable Corte Constitucional en Sentencia T 336 de 2020 lo siguiente:

"REGULACION DE LA INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE EMANADA DE ACCIDENTE DE TRANSITO-Reglas

(i) Para acceder a la indemnización por incapacidad permanente amparada por el SOAT, es indispensable allegar el dictamen médico proferido por la autoridad competente. (ii) Dentro de las autoridades competentes para determinar, en primera oportunidad, la pérdida de capacidad laboral, enunciadas en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley 100, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, se encuentran las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte. (iii) Dado que las empresas responsables del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito asumen, entre otros riesgos, el de incapacidad permanente, tienen también la carga legal de practicar, en primera oportunidad, el examen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez del asegurado, orientado a acceder a la indemnización por incapacidad permanente amparada por el SOAT.”

Sobre el SOAT, la Corte Constitucional ha sido enfática al precisar en sentencia T 336 de 2020 lo siguiente:

"Debido a la incidencia que tienen los accidentes de tránsito en la salud de las personas, el Estado previó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), para los vehículos automotores "cuya finalidad es amparar la muerte o los daños corporales que se causen a las personas implicadas en tales eventos, ya sean peatones, pasajeros o conductores, incluso en los casos en los que los vehículos no están asegurados" [41]. [42]

Las normas aplicables al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, se encuentran contempladas en el capítulo IV, de la parte VI del Decreto Ley 663 de 1993^[43] y en el título II del Decreto 056 de 2015,^[44] el cual se ocupa de los seguros de daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito. Además, aquellos vacíos o lagunas que no se encuentren regulados dentro las normas referidas, deberán suplirse con lo previsto en el contrato de seguro terrestre del Código de Comercio, según remisión expresa del artículo 192 del Decreto Ley 663 de 1993.

El numeral 2 del artículo 192 del Decreto Ley 663 de 1993, establece los objetivos del seguro obligatorio de daños corporales que se causen con ocasión a los accidentes de tránsito, entre los que se encuentran "a. Cubrir la muerte o los daños corporales físicos causados a las personas; los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente; los gastos funerarios y los ocasionados por el transporte de las víctimas a las entidades del sector salud; [...] y d. La profundización y difusión del seguro mediante la operación del sistema de seguro obligatorio de accidentes de tránsito por entidades aseguradoras que atiendan de manera responsable y oportuna sus obligaciones".⁵

PROBLEMA JURÍDICO

La accionada vulneró los derechos fundamentales a la salud y seguridad del señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS** al no sufragar el pago de los honorarios de la Junta Regional de Calificación de invalidez, para que le valoren y

⁵ Sentencia T 336 de 2020

califiquen su grado de pérdida de capacidad laboral y determinen la invalidez derivada del accidente de tránsito.

CASO CONCRETO

No advirtiéndose ningún vicio que pueda invalidar lo actuado y satisfechos los presupuestos procesales en este asunto, es menester del Despacho tomar decisión dentro del presente asunto, de conformidad a las consideraciones que serán expuestas a continuación.

Se advierte que en el presente proveído no se disertará respecto del derecho de petición de fecha 13 de octubre de 2023, toda vez que el día 17 de noviembre del mismo año la accionada dio respuesta al mismo.

Continuando y una vez analizada la acción de tutela, las contestaciones y el acervo probatorio que se incorporó en ella, se tiene que:

El accionante **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**, el día 21 de junio de 2023, sufrió accidente de tránsito, el cual, según sus afirmaciones le dejó serias lesiones en su humanidad.

Que, el día 13 de octubre de 2023, el accionante radicó ante **LIBERTY SEGUROS SA**, petición en donde solicita se le remita a valoración de pérdida de capacidad laboral con el fin de que se especifique su porcentaje.

Así entonces, **LIBERTY SEGUROS SA**, el día 17 de noviembre de 2023, le negó la valoración por médico laboral bajo el siguiente argumento:

“De conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio “Corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere del caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.”. En ese sentido, es posible concluir que la referida demostración, es una carga situada exclusivamente en cabeza del asegurado o beneficiario que pretende el pago de una indemnización por parte de la aseguradora, ante la ocurrencia de un siniestro. En el presente evento, se pretende demostrar la existencia de una pérdida de capacidad laboral, con el fin de acceder a una de las coberturas del SOAT, presuntamente por haberse configurado un evento de pérdida de capacidad laboral. Por consiguiente, es claro que quien reclama es quien debe proveer los medios necesarios para demostrar que se configuró un evento indemnizable bajo una póliza SOAT. Entonces, ausencia de semejante ejercicio demostrativo, no resulta procedente pretender de la aseguradora pago alguno, bajo ningún concepto.”

Por lo anterior, el señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**, considera se le está vulnerando su derecho a la salud, igualdad y seguridad social, pues, indica que la accionante, es quien debe darle la atención médica, para así él tener conocimiento a ciencia cierta de su estado de salud actual.

Sea el momento para manifestar por parte del Despacho que, a pesar de evidenciarse que, el accidente de tránsito aconteció el día 21 de junio de 2023, no se es dable dar aplicación al principio de inmediatez en la acción de tutela, pues la violación de los derechos del accionante ha persistido en el tiempo.

Así entonces, sobre el tema objeto de discusión, el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 52 de la Ley 962 de 2005 y 142 del Decreto Ley 019 de 2012, establece lo siguiente:

"Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificarla imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Laborales ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales." Negrilla fuera de texto

De acuerdo con lo anterior, les corresponde a las administradoras de fondos de pensiones, a las administradoras de riesgos laborales, a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las entidades promotoras de salud realizar, en una primera oportunidad, el dictamen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez. En caso de existir inconformidad del interesado, la Entidad deberá solicitar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez la revisión del caso, decisión que será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Esto significa que, antes que nada, es competencia del primer conjunto de instituciones mencionadas la práctica del dictamen de pérdida de capacidad laboral y la calificación del grado de invalidez. En términos generales, solamente luego, si el interesado está en desacuerdo con la decisión, el expediente debe ser remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez para que se pronuncie y, de ser impugnado el correspondiente concepto técnico, corresponderá resolver a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Como se indicó en los fundamentos anteriores, mediante el aseguramiento de accidentes de tránsito, se busca una cobertura, entre otros riesgos, frente a daños físicos que se puedan ocasionar a las personas, los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y la incapacidad permanente. En este sentido, las empresas que expiden las pólizas de accidente de tránsito son entidades competentes para determinar la pérdida de capacidad laboral de los afectados, de conformidad con el citado artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012. Esta norma prevé que las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez se encuentran en dicha obligación, naturaleza que precisamente poseen las empresas responsables de la póliza para accidentes de tránsito. Asimismo, la compañía aseguradora cuenta con la posibilidad de remitir al solicitante de manera directa ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez competente para ser calificado en primera instancia, y si esta decisión es impugnada, conocerá la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en segunda instancia.

De otra parte, este órgano judicial señala que, en primera oportunidad, la emisión del dictamen constituye una obligación a cargo no solo de las entidades tradicionales del sistema de seguridad social, como los fondos de pensiones, las administradoras

de riesgos laborales y las entidades promotoras de salud. En los términos indicados, ese deber también recae en las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, cuando el examen tenga relación con la ocurrencia del siniestro amparado mediante la respectiva póliza. Esto implica, a propósito del asunto que se debate en la presente acción de tutela, que las empresas responsables del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito tienen también la carga legal de realizar, en primera oportunidad, el examen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez de quien realiza la reclamación.

En el caso objeto de estudio se puede evidenciar que para el día del siniestro el vehículo de placas RIN13E contaba con póliza SOAT número 193730600, seguro amparado por LIBERTY SEGUROS, con fecha de vigencia desde 2022-08-11 hasta el 2023-08-10, siendo entonces la obligada a costear todos los gastos médicos y demás que se deriven del accidente tránsito citado, vislumbrándose además que todas las prestaciones médicas que ha requerido el usuario han sido sufragadas por la aseguradora hoy accionada, lo que se corrobora con las historias clínicas aportadas por la peticionaria.

Ahora bien, Las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez son organismos del sistema de la seguridad social integral del orden nacional de creación legal, adscritas al Ministerio del Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, de carácter interdisciplinario, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales, cuyas decisiones son de carácter obligatorio. Dentro de sus principales funciones se encuentra, tal como su nombre lo indica, la de emitir dictámenes de pérdida de capacidad laboral, previo estudio del expediente y valoración del paciente. Este dictamen permite el reconocimiento y pago de ciertas prestaciones sociales a quienes han sufrido una disminución en su capacidad laboral. De ahí que sea indispensable poder acceder a dicha calificación.

Los integrantes de las juntas de calificación de invalidez no reciben salario sino honorarios. Siguiendo lo dispuesto por el artículo 17 de la Ley 1562 de 2012, estos corren a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones o la Administradora de riesgos laborales. En la Sentencia C-164 de 2000, la Corte determinó que el Estado debe proteger a las personas que por su condición física, económica o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta. Por lo tanto, debe procurar por un equilibrio en el sistema de seguridad social, de tal manera que se materialicen los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Art. 48 C.P.); y, en consecuencia, debe procurar que quienes cuenten con los recursos económicos para costear el examen de su evaluación física o mental, paguen por ello. En virtud de lo anterior, advirtió que no resulta constitucionalmente admisible que la prestación de un servicio esencial en materia de seguridad social, como lo es el examen de pérdida de capacidad laboral, quede condicionado a un pago pues con ello se *"elude la obligatoriedad y la responsabilidad del servicio público, y promueve la ineficiencia y la falta de solidaridad de las entidades de seguridad social, a la vez que convierte en ilusorio el principio de la universalidad"*.

Bajo este mismo razonamiento, la Corte declaró inexecutable el Decreto Legislativo 074 de 2010, por reglamentar que, para poder acceder a la indemnización por incapacidad permanente, quien requería de la valoración por parte de la Junta de Calificación de Invalidez debía asumir el costo de los honorarios.

De manera pacífica y reiterada, la Corte ha determinado que la ausencia de recursos económicos para pagar el costo de la valoración no puede constituirse en una barrera para el acceso a la seguridad social, el cual es un servicio público de carácter

obligatorio y un derecho irrenunciable. Este derecho, además, *“se funda sobre el principio de solidaridad, estipulado en el artículo 2º de la Ley 100 de 1993”* *“Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.”* Esto quiere decir, según la Sentencia C-529 de 2010, que las contingencias que afecten el mínimo vital y que no puedan ser cubiertas por la persona que la padeció, se deben cubrir a través del esfuerzo de todos los miembros de la sociedad, pues de no ser así, el sistema de seguridad social sería inoperante.”

Al respecto, la Sentencia T-045 de 2013 señaló que *“las Juntas de Calificación de Invalidez, tienen derecho a recibir el pago de sus honorarios; sin embargo, va en contra del derecho fundamental a la seguridad social exigir a los usuarios asumir el costo de los mismos como condición para acceder al servicio, **pues son las entidades del sistema**, ya sea la entidad promotora de salud a la que se encuentre afiliado el solicitante, el fondo de pensiones, la administradora o **aseguradora**, la que debe asumir el costo que genere este trámite, para garantizar de manera eficiente el servicio requerido.”* (Énfasis añadido)

En el caso objeto de estudio, **LIBERTY SEGUROS S.A.**, vulneró el derecho fundamental a la seguridad social del señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**, al no garantizar la realización del dictamen de pérdida de capacidad laboral que requiere para iniciar el trámite de reconocimiento de indemnización por incapacidad permanente, cubierto por el SOAT a las víctimas de accidentes de tránsito.

Recuérdese que el accionante busca acceder a la indemnización por incapacidad permanente que cubre el SOAT del vehículo en el que se movilizaba cuando sufrió el accidente. Para ello, es necesario aportar un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral. No obstante, no ha conseguido obtener dicho concepto pues para ser valorado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, entidad que considera es la competente para realizar dicho análisis, debe cancelar unos honorarios equivalentes a un salario mínimo legal mensual vigente, los cuales se ha negado a garantizar **LIBERTY SEGUROS S.A.**

Lo anterior, da cuenta de los diferentes obstáculos a los que se ha visto enfrentado el accionante para poder iniciar la reclamación de indemnización por incapacidad permanente que cubre el SOAT. También queda claro que, la vulneración de su derecho fundamental a la seguridad social es imputable a la entidad accionada en tanto no ha garantizado la práctica de la valoración de la pérdida de capacidad laboral, pues ha incumplido con su deber de realizar una primera valoración; y con ello ha impedido al accionante tramitar su solicitud ante esa misma entidad.

LIBERTY SEGUROS S.A., argumentó que no tiene la obligación de asumir los costos de los honorarios de la Junta de Calificación de Invalidez.

No obstante, tal como se indicó en la parte motiva de esta Sentencia y como fue confirmado en escritos de contestación por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA**, corresponde a las administradoras de fondos de pensiones, a las administradoras de riesgos laborales, a **las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte** y a las entidades promotoras de salud realizar un primer dictamen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez. Solo si el interesado se encuentra inconforme con la decisión, el expediente debe ser remitido a la Junta Regional de

Calificación de Invalidez para que se pronuncie y, de ser impugnado, corresponderá resolver a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Así entonces, la entidad accionada desconoce que hace parte de las autoridades competentes para determinar una primera valoración de la pérdida de capacidad laboral, tal como lo dispone el artículo 41 de la Ley 100, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012. En sentido similar, no ha reparado en que, al asumir, entre otros riesgos, el de incapacidad permanente, las empresas responsables del SOAT tienen la carga legal de practicar, en primera oportunidad, el examen de pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez de la peticionaria, puesto que ese concepto técnico está directamente relacionado con la ocurrencia del siniestro amparado mediante la póliza emitida.

Lo cierto es que la compañía de seguros accionada tiene un claro deber legal y ha omitido su cumplimiento. Lo anterior, ha significado para la accionante una vulneración de su derecho a la seguridad social que, según se precisó, supone una respuesta del Estado frente a eventos o contingencias que disminuyan su estado de salud, calidad de vida y capacidad económica, o que creen barreras para poder desempeñar sus actividades laborales normales.

Antes bien, si luego de ser calificado por la entidad aseguradora, el accionante no estuviese de acuerdo con el dictamen, corresponde a dicha Entidad solicitar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez la revisión del caso, decisión que será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. En ese escenario, y siguiendo lo dispuesto por el artículo 50 del Decreto 2463 de 2001, el aspirante a ser beneficiario puede asumir el valor de los honorarios, con la salvedad que estos podrían ser reembolsados si la Junta de Calificación de Invalidez dictamina la pérdida de capacidad laboral. No obstante, la doctrina constitucional ha señalado que, *"imputar tal pago al aspirante beneficiario (aunque se pueda solicitar su reembolso), en algunas oportunidades resulta desproporcional, pues si bien agiliza el procedimiento ante las Juntas de Calificación para quienes cuentan con recursos económicos, restringe el acceso a la seguridad social de las personas que carecen de los mismos [...]."*

De ahí que la Corte haya determinado que las compañías aseguradoras deban asumir el costo de los honorarios de las juntas de calificación de invalidez, en caso de que sea impugnada la decisión adoptada por estas en una primera oportunidad, siempre que esté demostrada la incapacidad económica del asegurado.

Para este Despacho es claro que existe una vulneración del derecho fundamental a la seguridad social del accionante, imputable a la entidad accionada, en tanto no ha realizado el examen de pérdida de capacidad laboral en virtud de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012. Por lo tanto, concederá el amparo invocado por la actora y ordenará que, dentro del término de diez (10) días, siguientes a la notificación de la presente providencia, en caso de que no se le haya practicado, lleve a cabo el examen de pérdida de capacidad laboral del señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**. Asimismo, deberá pagar los honorarios de la Junta Regional de Calificación de Invalidez en caso de que dicha decisión sea impugnada; así como los de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez si hubiere lugar a la apelación del dictamen.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO QUINTO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTÍAS**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR el derecho fundamental a la seguridad social del señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**, en la acción de amparo promovida en contra de **LIBERTY SEGUROS S.A.**

SEGUNDO: ORDENAR a **LIBERTY SEGUROS S.A** en cabeza de su Representante Legal (o quien haga sus veces) que en el término improrrogable de diez (10) días, siguientes a la notificación de la presente providencia, en caso de que no se le haya practicado, lleve a cabo el examen de pérdida de capacidad laboral del señor **JAIRCINHO MONCALEANO BALLESTEROS**. Asimismo, deberá pagar los honorarios de la Junta Regional de Calificación de Invalidez en caso de que dicha decisión sea impugnada; así como los de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez si hubiere lugar a la apelación del dictamen.

TERCERO: NOTIFÍQUESE a las partes la presente decisión, conforme lo establece el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.⁶ Contra la presente decisión procede el recurso de impugnación⁷ ante el superior funcional.⁸

CUARTO: PREVENIR a la entidad accionada, para que conforme las disposiciones del artículo 24 del Decreto 2591 de 1991, *"...en ningún caso vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que dieron mérito para conceder la tutela, y que, si procediere de modo contrario, será sancionada de acuerdo con lo establecido en el artículo..."* 52 del mismo Decreto, sin perjuicio de las responsabilidades en que haya incurrido.

QUINTO: En firme esta providencia, remítase ante la Corte Constitucional, para la eventual revisión conforme lo dispone el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.⁹ Elabórense y remítanse las comunicaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



OSCAR JAVIER TREJOS PEREZ

JUEZ

⁶ **ARTÍCULO 30.- Notificación del fallo.** El fallo se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento, a más tardar al día siguiente de haber sido proferido.

⁷ **ARTÍCULO 31.- Impugnación del fallo.** Dentro de los tres días siguientes a su notificación el fallo podrá ser impugnado por el Defensor del Pueblo, el solicitante, la autoridad pública o el representante del órgano correspondiente, sin perjuicio de su cumplimiento inmediato.

⁸ **ARTÍCULO 32.- Trámite de la impugnación.** Presentada debidamente la impugnación el juez remitirá el expediente dentro de los dos días siguientes al superior jerárquico correspondiente.

⁹ **ARTÍCULO 31.- (...)** Los fallos que no sean impugnados serán enviados al día siguiente a la Corte Constitucional para su revisión.