



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Laboral
Sala de Descongestión N.º 2

CARLOS ARTURO GUARÍN JURADO
Magistrado ponente

SL965-2025

Radicación n.º 66001-31-05-004-2023-00093-01

Acta 10

Bogotá, D. C., veinticinco (25) de marzo de dos mil veinticinco (2025).

Decide el recurso de casación interpuesto por la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PROTECCIÓN S. A.** contra la sentencia proferida por la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, el ocho (08) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en el proceso que le instauró **YULBREYNNERS LARA CASAS.**

I. ANTECEDENTES

Yulbreynners Lara Casas demandó a Protección S. A., para que le reconociera y pagara la pensión de invalidez de origen común y las costas.

Narró, en lo que interesa a la casación, que en el año 2000 empezó a cotizar al sistema general en pensiones, en Protección S. A.; que fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 85,66 %, de origen común, estructurada el 14 de enero de 2019; que para esa data reunía 32 semanas de cotización en los tres años anteriores; que continuó realizando aportes, alcanzando el mínimo de 50 semanas; que en enero de 2023 solicitó el reconocimiento y pago de la pensión de invalidez, la cual fue negada por la AFP (f.os 1 a 6, cuaderno del juzgado, archivo «2024045050338.pdf» y f.º 256, archivo «2024045104405.pdf», expediente digital).

La accionada se opuso a las pretensiones. Aceptó la condición de afiliado del demandante, la calificación de su pérdida de capacidad laboral, la reclamación prestacional, precisando que la inicial fue del 21 de diciembre de 2022 y su respuesta.

Negó que el actor tuviese derecho a la pensión de invalidez, pues no acreditó el requisito de densidad, sin que le fuera aplicable la regla de excepción de la capacidad laboral residual, por cuanto no cumplía los presupuestos jurisprudenciales, en razón a que estructuró su invalidez el 14 de enero de 2019, cuando sufrió un aneurisma de comunicante posterior derecha roto.

Propuso las excepciones de inexistencia de la obligación, cobro de lo no adeudado, ausencia de derecho sustantivo, falta de causa en las pretensiones de la demanda, afectación al equilibrio financiero del Sistema Seguridad Social, «*improcedencia en el pago de intereses moratorios*», buena fe, prescripción, innominada o genérica (f.os 279 a 287, *ibidem*).

II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Pereira, mediante fallo del 24 de enero de 2024, resolvió:

PRIMERO: DECLARAR que el señor YULBREYNNERS LARA CASAS tiene derecho a que la AFP PROTECCIÓN S. A. reconozca y pague pensión de invalidez, a partir del 1º de noviembre de

2020, en cuantía de un SMMLV y por 13 mesadas anuales, al cumplir con las exigencias establecidas en el artículo 39 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 1º de la Ley 860 del año 2003, pues logró cotizar un total de 64,28 semanas en el periodo comprendido entre el 01 de junio de 2018 al 30 de agosto de 2019, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior, CONDENAR a la AFP PROTECCIÓN S.A. a reconocer y pagar al señor YULBREYNNERS LARA CASAS la suma de \$ 42.524.247 por concepto de retroactivo pensional causado entre el 1º de noviembre de 2020 al 31 de diciembre de 2023. Se ordenará la indexación sobre el retroactivo pensional, previo descuento de aportes a salud, desde la causación de cada mesada hasta la fecha efectiva de su pago, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

TERCERO: AUTORIZAR a la AFP PROTECCIÓN S. A. a descontar el porcentaje correspondiente al sistema de salud, según el mandato del artículo 143 de la Ley 100 de 1993.

CUARTO: DECLARAR no probadas las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada.

QUINTO: CONDENAR en costas a cargo de PROTECCIÓN S.A. y a favor de la demandante en un 100 % de las causadas (f.os 370 a 372, *ib*).

III. SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

La Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, el 8 de abril de 2024, al decidir la apelación de la demandada, confirmó la primera decisión e impuso costas a la recurrente.

Afirmó que determinaría si las cotizaciones efectuadas por el peticionante con posterioridad a la fecha de estructuración de su invalidez fueron el resultado de su capacidad laboral residual y, en caso afirmativo, si acredita la densidad para acceder a la pensión que procura.

Adujo que, conforme al artículo 1º de la Ley 860 de 2003, en relación con las sentencias CSJ SL16374-2015 y CSJ SL9203-2017, los aportes para pensión con fines prestacionales debían acreditarse con anterioridad a la pérdida de capacidad laboral; que, sin embargo, desde la sentencia CC SU588-2016 y la CSJ SL3275-2019, *tratándose de enfermedades crónicas, degenerativas, congénitas o progresivas*, era admisible su contabilización con posterioridad a esa data, siempre que fueran fruto de una capacidad laboral residual.

Señaló que, en la última hipótesis, el hito de la valoración del presupuestos de densidad podía ser la fecha de la calificación, la última cotización o la solicitud del reconocimiento pensional, *«pues no de otra manera una persona que realizó un número importante de cotizaciones con posterioridad a la [calenda] asignada con base en la fecha de nacimiento, el primer síntoma de la enfermedad o del*

diagnóstico de la misma podría acceder a la gracia pensional»; que la carga probatoria correspondía al asegurado, conforme a los artículos 164 y 167 del CGP.

Sostuvo que, según el Dictamen de pérdida de capacidad laboral de Servicios de Salud IPS Suramericana S. A. del 9 de octubre de 2020, a sus 44 años el actor sufrió una pérdida de capacidad laboral del 85.66 %, estructurada el 14 de enero de 2019, cuando *«fue hospitalizado por el diagnóstico de aneurisma de comunicante posterior derecha roto, momento desde el cual se desencadenaron las secuelas [...]»*, producto de las siguientes patologías de origen común:

[...] alteraciones mentales o cognitivas y de la función integradora + Epilepsia”, “disfunción neurogénica del intestino”, “diabetes mellitus”, “disfunción de una extremidad superior izquierda”, “disfunción de la vejiga causa neurogénica”, “alteración de la postura y la marcha miembro inferior izquierdo” y “enfermedad hipertensiva” [...]

Precisó que el afiliado contaba con 35.02 semanas de aportes en los tres años anteriores a esa calenda, por lo que, en principio, no acreditaba el número de aportes necesarios para acceder a la pensión pretendida; que, sin embargo, entre los diagnósticos objeto de calificación se encontraban *«la diabetes»* que, según *«estudios adelantados por la*

Organización Mundial de la Salud, traídos a colación por la Corte Suprema de Justicia entre otras, en las sentencias CSJ SL 2772-2021 y SL5576-2021», era de carácter crónico.

Acotó que

[...] ante la presencia de una enfermedad de carácter crónico, al gestor de litigio le quedaba la posibilidad de acreditar que, pese a la enfermedad objetivamente incapacitante, conservó una capacidad laboral residual que le permitió desempeñarse en una actividad productiva de la cual derivó los recursos necesarios para sufragar los aportes a seguridad social posteriores a la estructuración de la invalidez, caso en el cual, como se explicó en precedencia, tendría derecho a que se sumaran en su haber las cotizaciones a efectos de revisar el cumplimiento de la densidad mínima de cotizaciones para acceder al derecho (subrayado de la Corte).

Razonó que, conforme a la historia laboral, el asegurado sufragó como dependiente e independiente 317.6 semanas de cotizaciones en toda su vida laboral; que algunos de esos pagos fueron posteriores a la fecha de causación de la contingencia.

Precisó que el concepto de capacidad laboral residual estaba relacionado con «*la posibilidad que tiene una persona de ejercer una actividad productiva que le permita garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas, pese a las consecuencias de la enfermedad*»; que en el asunto resultaba

claro que la estructuración de la invalidez era coincidente con el *«momento exacto en el que [...] de manera cierta no pudo seguir desempeñando un oficio»*, pues *«la historia clínica aportada, el dictamen de calificación, el récord de incapacidades y la descripción de las secuelas de la enfermedad»*, informaban que

[...] previo al insuceso acaecido el 14 de enero de 2019, el actor no había sido diagnosticado con ninguna otra enfermedad y fue en esa calenda, es decir, cuando este ingresó al servicio de urgencias por un episodio convulsivo, que se desencadenó la enfermedad incapacitante y de carácter crónico, al punto que fue intervenido quirúrgicamente debido a un aneurisma cerebral, de modo que este evento fue el punto de partida de los diagnósticos que [le] aquejan [...] y de los que no ha podido recuperarse.

Así como que, con posterioridad a ese suceso, requirió valoración por distintas especialidades, debido a *«nuevos episodios convulsivos (16/09/2019, neurocirugía), dificultad visual (22/11/2019, oftalmología), hiperglicemia y otros postoperatorios (04/02/2020, medicina interna), y déficit de memoria (07/02/2020, fisiatría)»*.

Dijo que, por lo dicho, era

[...] evidente que el actor no pudo ejecutar la actividad para la que fue contratado desde el 14 de enero de 2019, porque permaneció hospitalizado hasta el 1º de marzo de 2019, incapacitado hasta el 30 de agosto de 2019 y las secuelas de la

enfermedad le generaron un alto grado de dependencia respecto de su núcleo familiar, tal como señaló el [galeno] domiciliario el 11 de septiembre de 2019, ya que en la nota médica se describe que [...] se encontraba postrado, desorientado en tiempo y espacio, no controlaba esfínteres y requería ayuda para alimentarse, situación que persistió en la valoración por medicina laboral llevada a cabo el 8 de octubre de 2020.

Además, era su padre y esposa quienes soportaban los gastos, pues requería ayuda para

[...] voltearse, sentarse, pararse, lo ayudan a ponerse de pie, camina con caminador, alguien debe estar al lado porque pierde el equilibrio. No puede subir escalas ni loma. Necesita ayuda para limpiarse cuando va al baño, bañase, lo hace sentado, lo ayudan a vestirse, no tiene control de tronco y su brazo para hacer movimiento no puede ayudar labores domésticas. Cuando sale lo hace en ambulancia, han intentado salir en el carro, pero la posición no la aguanta, dice que le duele la cadera. dice que antes conducía vehículos. Dice que en su tiempo libre le gustaba caminar, ir a cine, viajar. No puede hacer compras ni cargar paquetes. No maneja dinero, refiere dificultades para hacer cálculos y fallas en la memoria [...]

Refirió que, en consecuencia, los aportes posteriores al 14 de enero de 2019, «*no fueron producto del desarrollo de las actividades ejecutadas en virtud de la capacidad laboral*» sino de la «*continuidad del contrato de trabajo que se encontraba ejecutando al momento del episodio clínico*», el cual estuvo vigente entre el 1º de junio de 2018 y el 31 de octubre de 2020, conforme los pagos que realizó Soporte Profesional

SAS, alcanzando 95.7 semanas de cotización posteriores a la fecha de estructuración de la invalidez.

Recordó que en la sentencia CSJ SL5576-2021, la Corte validó esas cotizaciones con fines prestacionales, cuando fueran sufragadas en forma dependiente, con fundamento en el artículo 40 de Decreto 1406 de 1999, pues la AFP las recibió, estando amparado en el riesgo pensional.

Agregó que no era imperativo aportar certificaciones laborales o prueba testimonial sobre ese vínculo, atendido el principio de libertad probatoria del artículo 61 del CPTSS. Además, porque tratándose de sujetos de especial protección constitucional, debía flexibilizarse la consecución de medios de prueba, siendo las practicadas suficientes para decidir el litigio; que, en todo caso, la entidad pudo requerir la certificación laboral que echaba de menos e, incluso, ante su duda, llamar al empleador para que declarara al respecto, sin que lo hubiese hecho.

Expresó que no se tendrían en cuenta los partes realizados como independiente, porque se probó que las condiciones médicas referidas por el área de medicina laboral en octubre de 2020, no se hubieran superado o menguado,

sin que se acreditara que esos pagos derivaron de una actividad desplegada por el asegurado (f.os 30 a 43, cuaderno del Tribunal, archivo «024045125753.pdf», *ibidem*).

IV. RECURSO DE CASACIÓN

Interpuesto por la demandada concedido por el Tribunal, se procede a resolver.

V. ALCANCE DE LA IMPUGNACIÓN

Pretende que se case la sentencia recurrida y, en sede de instancia, revoque la primera, absolviéndola de las pretensiones (f.º 2, demanda de casación, cuaderno de la Corte, archivo «0004Anexo_masivo_de_memorial.pdf», ESAV).

Formula dos cargos por la causal primera de casación, que no fueron replicados (archivo «0008Constancia_secretarial.pdf», *ibidem*).

Por razones estrictamente metodológicas, la Corte sintetizará inicialmente el segundo ataque y, a continuación, el primero, los cuales decidirá en forma conjunta, por

dirigirse por la misma senda y compartir algunas de las normas de la proposición jurídica.

VI. CARGO SEGUNDO

Acusa al fallador de segundo grado incurrir en violación directa de la ley, por interpretación errónea de los artículos 38, 39 (modificado por el 1º de la Ley 860 de 2003), 41 (modificado por el 142 del Decreto Legislativo 19 de 2012) y 42 de la Ley 100 de 1993; preámbulo y artículos 1º, 48 y 53 de la CP; 16 del CST y, por la infracción directa, del artículo 3º del Decreto 1507 de 2014.

Señala que no discute ningún supuesto fáctico de la decisión recurrida, sino la consideración según la cual, debido al «*estado de salud*» del afiliado y «*por ser sujeto de especial protección constitucional- [tiene] derecho a la pensión de invalidez que reclama*», aunque no cumpla con el requisito de densidad de aportes al momento en que estructuró su invalidez, lo cual sustentó en que «*la pérdida de la capacidad laboral se [produce] en diferentes momentos, uno de ellos, la [calenda] en que se realiza el dictamen en el que se establece la invalidez*».

Dice que atribuye la infracción directa del artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, porque de haber aplicado ese precepto, concluiría que la valoración del presupuesto de densidad debía hacerse en la fecha en que realmente se *«estructura el estado de invalidez»*, conforme al dictamen idóneo y no en una data posterior.

Expone que los razonamientos jurídicos del colegiado comportan un entendimiento errado de las normas que gobiernan la estructuración de la contingencia objeto de protección y los requisitos para acceder a la prestación, porque el artículo 1º de la Ley 860 de 2003, es diáfano en señalar que hay lugar a la pensión de invalidez cuando se alcanzan 50 semanas de aportes en los tres años anteriores a la *«estructuración de la invalidez»*, fijada por organismos técnicos legalmente instituidos, es decir, sin permitir como hito para el cálculo las semanas, el último pago, la calificación de la invalidez o la declaratoria de ese estado.

Enfatiza que el precepto no establece ninguna diferenciación o excepción en razón al tipo de enfermedad que padezca el afiliado, ni consagra un *«tratamiento diferencial dependiendo de si el afiliado ha cotizado o no después de enfermarse»*, por lo que el fallador de alzada no

estaba habilitado para hacerlo, toda vez que le corresponde al legislador.

Agrega que aquel precepto debía ser leído en forma armónica con el artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, que dispone que la estructuración efectiva del estado de invalidez puede ser anterior a la fecha en que se califique o evalúe ese estado, sin que sea posible que se produzca en *«fecha posterior a aquella en que se dictamina una pérdida de la capacidad laboral superior al 50 %»*.

Recalca que, aunque *«una persona inválida puede quedar con una capacidad laboral residual»*, ello en modo alguno significa que *«tal situación le permita acceder a prestaciones causadas con ocasión de su estado»*, toda vez que la acreencia no puede causarse en dos momentos; que, en todo caso, la jurisprudencia laboral ha establecido que *«las cotizaciones exigidas para acceder a la pensión de invalidez deben estar sufragadas al momento en el que realmente se invalida el afiliado por perder la capacidad laboral en el porcentaje exigido en la ley, según sea dictaminado por los organismos competentes»*.

Acota que en la decisión CSJ SL, 24 abr. 2012, rad.

32902, la Sala estableció que esos aportes posteriores solo tienen incidencia en las prestaciones de otra índole; que el artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, dispone que la fecha de estructuración de la invalidez:

[...] debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral.

Recuerda que el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el 142 del Decreto 19 de 2012, previó que la calificación del referido estado de invalidez la realizan organismos profesionales especializados, con base en el manual único de calificación de invalidez, toda vez que esto está sometido a reglas de orden técnico que no son de conocimiento de los jueces y, aunque gozan de libertad para formar su convencimiento, no los habilita a desechar pruebas idóneas, técnicas y especializadas que fueron establecidas en la ley.

Aduce que la prestación de invalidez en el subsistema de pensiones funciona bajo las reglas clásicas del

aseguramiento, las cuales no son exclusivas del derecho de los seguros, sino de la seguridad social, pues la prestación debe estar financiada antes de que se origine la contingencia o el riesgo; que tales premisas fueron desconocidas por el colegiado, quien autorizó que luego de materializado el riesgo, se cubra la prestación (f.os 5 a 10, *ibidem*).

VII. CARGO PRIMERO

Denuncia que el Tribunal violó por la vía directa, por interpretación errónea, los artículos 38, 39 (modificado por el 1º de la Ley 860 de 2003), 41 (modificado por el 142 del Decreto Legislativo 19 de 2012) y 42 de la Ley 100 de 1993; el preámbulo y los artículos 1º, 48 y 53 de la CP; 3º del Decreto 017 de 1999, y 40 del Decreto 1406 de 1999.

Sostiene que aquel se equivocó jurídicamente al considerar que, a pesar de que el afiliado «*no conservó una capacidad laboral residual desde el 14 de enero de 2019*», pues «*los aportes realizados con posterioridad a esa fecha no son producto del desarrollo de las actividades ejecutadas en virtud de la aptitud para trabajar*», en todo caso tenían incidencia en el cálculo de la densidad con fines prestacionales, toda vez que existió «*continuidad del contrato*

de trabajo que se encontraba ejecutando», lo cual fundamentó en la sentencia CSJ SL5576-2021, cuya tesis solicita se reevalúe.

Aduce no discutir las premisas sobre las cuales se construyó la regla de excepción de la valoración de los aportes efectuados por quienes padecen enfermedades crónicas, congénitas o degenerativas y conservan una aptitud para seguir ejerciendo una actividad productiva que da lugar a una remuneración, pero sí su extensión respecto de los asegurados que efectúan los aportes únicamente en razón a la continuidad del vínculo contractual laboral, por encontrarse incapacitados.

Lo anterior porque, sin desconocer *«la obligatoriedad de efectuar cotizaciones [...] ni su validez, ni la protección del riesgo de invalidez que ello genera», «en modo alguno significa que esas cotizaciones deban tenerse en cuenta para contabilizar las exigidas para configurar el derecho a la pensión cuando la invalidez se ha dictaminado antes de que se hayan efectuado, sin que el afiliado mantenga su capacidad laboral».*

Expresa que esa hermenéutica implicaría la autorización para construir un derecho propio de la seguridad social únicamente con la existencia del vínculo laboral, que no se atiene a la naturaleza de la pensión, ni con la forma como se financia. Además, dejaría sin efecto las exigencias de aportes previos a la PCL, permitiendo que los afiliados coticen para obtener la prestación, lo que solo sería admisible en un afiliado que pueda seguir laborando.

Plantea que la segunda instancia solo evaluó si el señor Lara Casas efectuó cotizaciones suficientes *«luego de la fecha en que se dictaminó la invalidez y no tuvo inconveniente en darles validez, pese a que no le fue ajeno que esas cotizaciones se hicieron a pesar de que, por su estado de salud, no estaba en condiciones de trabajar y no devengaba salario»*, es decir, le dio mayor relevancia al aporte que a la aptitud laboral residual.

Afirma que ese razonamiento,

[...] desconoce que la excepción que permite tener en cuenta cotizaciones efectuadas luego de que se dictamine la estructuración del estado de invalidez solamente tiene justificación en la medida en que el afiliado mantenga, así sea en *forma limitada, una capacidad laboral que le permita procurarse un ingreso y, a partir de ello, efectuar cotizaciones al sistema*. Por esa razón, no se trata de habilitar el simple pago de cotizaciones

sino solamente de aquellas que sean fruto de una actividad laboral que demuestre que el afiliado no es completamente inválido, en cuanto conserva una aptitud laboral.

Acota que no discute que el señor Lara Casas no mantuvo su actividad productiva ni recibió salario, no obstante, su empleador continuó realizando cotizaciones, circunstancia que por sí sola no podría dar lugar a una «*capacidad laboral residual*», pues incluso su origen pudo atender a razones legales y humanitarias. De ahí que mantener la tesis imperante impone al sistema cargas financieras injustificadas (f.º 2 a 5, *ibidem*).

VIII. CONSIDERACIONES

Corresponde a la Sala determinar si el Tribunal incurrió en interpretación errónea de las normas de la proposición jurídica del *segundo cargo*, al admitir la contabilización de los aportes necesarios para acceder a la pensión de invalidez, con aquellos que fueron efectuados en fecha posterior a la estructuración de ese estado, según el dictamen de pérdida de capacidad laboral, teniendo en cuenta que el legislador: *i*) no diferenció ese presupuesto, en razón a la naturaleza del padecimiento que da lugar a la invalidez y, *ii*) precisó el organismo competente para calificarlo, así como las reglas

técnicas a las que debía someterse, las cuales no son de conocimiento de los jueces (segundo cargo).

En defecto de lo anterior, *«accept[ando] el criterio jurisprudencial que enseña que, respecto de los afiliados que padecen enfermedades crónicas, congénitas o generativas»*, es posible tener como hito de valoración de la densidad una posterior a la estructuración de la invalidez, *en el que no discute se subsumía el afiliado*, la Sala establecerá si el Tribunal cometió esa la afrenta normativa del primer cargo, al validar, con sujeción a la sentencia CSJ SL5567-2021, los aportes sufragados con posterioridad a esa fecha, pese a que los mismos *«no [fueron] producto del desarrollo de las actividades ejecutadas en virtud de la aptitud para trabajar»*, sino como consecuencia de *«la continuidad del contrato de trabajo que se estaba ejecutando»*.

Para el efecto, resulta importante puntualizar que no son objeto de discusión las siguientes conclusiones del fallo:

i) que mediante Dictamen de pérdida de capacidad laboral proferido por Servicios de Salud IPS Suramericana S. A., el 9 de octubre de 2020, al señor Yulbreynners Lara Casas, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral

del 85.66 %, estructurada el 14 de enero de 2019, cuando *«fue hospitalizado por el diagnóstico de aneurisma de comunicante posterior derecha roto [...]»*, producto de las siguientes patologías de origen común:

[...] alteraciones mentales o cognitivas y de la función integradora + Epilepsia”, “disfunción neurogénica del intestino”, “diabetes mellitus”, “disfunción de una extremidad superior izquierda”, “disfunción de la vejiga causa neurogénica”, “alteración de la postura y la marcha miembro inferior izquierdo” y “enfermedad hipertensiva” [...]

ii) que no acreditaba 50 semanas en los tres años anteriores a esa calenda, puesto que solo alcanzó a cotizar 35.02.

iv) que la fecha de estructuración de la invalidez fue coincidente con el *«momento exacto en el que [...] de manera cierta [el afiliado] no pudo seguir desempeñando un oficio»*, pues atiende a la fecha en que *«ingresó al servicio de urgencias por un episodio convulsivo, que se desencadenó la enfermedad incapacitante y de carácter crónico»*, siendo *«intervenido quirúrgicamente debido a un aneurisma cerebral, de modo que este evento fue el punto de partida de los diagnósticos que [le] aquejan [...] y de los que no ha podido recuperarse»*.

v) que, dentro de los padecimientos calificados al asegurado, se encontraban algunos «*de carácter crónico, como la diabetes*», razón por la cual debía analizarse su derecho con la regla de excepción de la capacidad laboral residual¹.

vi) que el señor Casas Lara cotizó 317.6 semanas en toda su vida laboral, de las cuales 95 fueron aportes realizados como trabajador dependiente de Soporte Profesional SAS, cuyo vínculo se extendió del 1º de junio de 2018 al 31 de octubre de 2020.

vii) que los últimos fueron sufragados en fecha posterior a la fijada como de estructuración de la invalidez, en el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del 9 de octubre de 2020, mientras el trabajador se encontraba en incapacidad médica.

¹ La última premisa, pese a ser de carácter jurídico, no fue discutida por la censura, toda vez que no objetó la extensión que el colegiado hizo a la regla de excepción de las enfermedades crónicas, congénitas o generativas, cuando entre los padecimientos calificados se encuentra alguno de carácter crónico, por lo que dicha premisa queda indemne, atendido el carácter rogado de la casación.

Lo dicho, teniendo en cuenta solo cuestiona la validación de los aportes posteriores a la cesación de la capacidad laboral residual en virtud de las incapacidades médicas y la continuidad del contrato de trabajo.

Para decidir los dos conflictos de legalidad planteados, resulta importante recordar que la Corte, a partir de la sentencia CSJ SL3275-2019, precisó que, por regla general, la norma que regula la pensión de invalidez es la vigente al momento de la ocurrencia de ese infortunio, por lo que en casos como el presente, conforme al artículo 1º de la Ley 860 de 2003, el afiliado debe acreditar 50 semanas de cotizaciones en los tres años anteriores a la estructuración de la invalidez.

Sin embargo, en situaciones específicas de enfermedades *congénitas, crónicas o degenerativas*, el operador judicial *no puede pasar inadvertido sobre la real aparición de las secuelas o efectos en la salud*, pues por regla general, son progresivos y, por tanto, la invalidez se produce en forma ulterior al diagnóstico. De ahí, que quienes las padecen, gozan temporalmente de una «*capacidad laboral residual*», que les permite válidamente realizar aportes al sistema, con el fin de cubrir los riesgos de vejez, invalidez y muerte.

En ese escenario, anotó la Sala, el juez debe dar efectividad al derecho a la seguridad social de «*las personas con discapacidad relacionada con [tales] afecciones [...] y que*

tienen la posibilidad de procurarse por sus propios medios una calidad de vida acorde con la dignidad humana pese a su condición», lo cual sólo es posible si se realiza el «conteo de las semanas legalmente exigidas», desde la fecha en la que, razonablemente, según los diferentes medios de prueba, existe certeza de la pérdida de capacidad laboral en el porcentaje necesario para acceder a la pensión de invalidez, lo que, precisó, no se traduce en «alterar la fecha de estructuración de invalidez que hayan definido las autoridades médicas competentes».

Así las cosas,

[...] es necesario, en cada caso, ponderar varias aristas del asunto a dilucidar, tales como el dictamen médico, las condiciones específicas del solicitante, la patología padecida, su historia laboral, entre otras, pues precisamente en razón a que el afiliado puede trabajar y, producto de ello, cotizar al sistema durante el tiempo que su condición se lo permita, es necesario corroborar si los aportes realizados se hicieron con la única finalidad de acreditar las semanas exigidas por la norma o si, por el contrario, existe un número importante de ellos resultantes de una actividad laboral efectivamente ejercida.

Es decir, es necesario examinar si las cotizaciones efectuadas después de la estructuración de la invalidez fueron sufragadas en ejercicio de una real y probada capacidad laboral residual del interesado, y no, que se hicieron con el único fin de defraudar al sistema de seguridad social.

Al tenor de lo dicho, desde la sentencia analizada, la

Corporación determinó como criterios para calcular la densidad requerida para acceder a la prestación, la fecha de calificación de la invalidez, la de solicitud del reconocimiento pensional o, incluso, la de la última cotización efectuada.

Lo anterior, *«porque se presume que fue allí cuando el padecimiento se manifestó de tal forma que le impidió continuar siendo laboralmente productivo y proveerse por sí mismo del sustento económico, decisión que, en todo caso, debe fundamentarse en criterios razonables, previo análisis de la situación en particular y en garantía de los derechos del peticionario»*, criterio que ha sido reiterado, entre otras, en las sentencias, CSJ SL1002-2020, SL4346-2020, SL5123-2020, SL5157-2020, SL5576-2021, SL747-2024 y SL674-2024.

Ahora, importa precisar que en la providencia CSJ SL4178-2020, rememorada en la última de las mencionadas, la Corte extendió la regla estudiada a situaciones de *«secuelas tardías»*, esto es, frente a *«afecciones informadas como secuelas o efectos tardíos de una enfermedad determinada o de un traumatismo»* o, *«cuando el porcentaje de dicha pérdida se establece a partir de los diagnósticos de secuelas directas»*, enfatizando que es deber del funcionario judicial encontrar *«la verdad real a efecto de determinar con*

la mayor precisión posible, si se trata o no de una enfermedad que va generando paulatinamente la pérdida de la capacidad laboral, para entonces predicar, verbigracia, que es la fecha del dictamen, aquella en la que realmente se consolidó la invalidez, mas no la del comienzo de la dolencia».

En concordancia con ello, en la sentencia CSJ SL346-2020, se señaló que sólo es admisible la contabilización de cotizaciones realizadas por los afiliados con posterioridad a la estructuración de la invalidez calificada en el dictamen de PCL, si se demuestra «*que aquellos se hicieron en ejercicio de una efectiva y probada capacidad laboral remanente*», en razón a que «*no se trata de computar los aportes realizados en cualquier período, sino de que el fallador verifique el momento real en que se estructura la pérdida de la fuerza laboral y corrobore si perduró una capacidad laboral que los justifique [...]*».

Lo último, sin embargo, con la necesaria precisión de que, tratándose de aportes sufragados en condición de *incapacidad médica*, hay que tener en consideración otros elementos, pues, como se señaló en la decisión CSJ SL727-2021, su ocurrencia y otorgamiento no se opone al concepto de «*capacidad laboral residual o remanente*», especialmente si,

como no se discute en el asunto, se originaron en el marco de un contrato de trabajo.

En efecto, en esa providencia la Corporación razonó que:

i) Como se explicó en la sentencia CSJ SL, 15 abr. 1997, rad. 9119, las incapacidades médicas no suspenden las relaciones laborales, por lo que, al surtir plenos efectos, permanecen inalterables las obligaciones patronales, incluyendo las de pago al subsistema pensional.

ii) Además, según se ha orientado, por ejemplo, en el fallo CSJ SL471-2018, aquellas no constituyen prueba de la condición de discapacidad y menos de invalidez, sino únicamente de la disminución temporal del estado de salud del trabajador, que le impide transitoriamente prestar sus servicios (no necesariamente con gravedad o con limitación en el tiempo), lo que tiene como efecto el pago de prestaciones en salud a cargo de la EPS o ARL, según su origen, por el tiempo en que el servidor se encuentre retirado de sus funciones.

iii) Bajo ese panorama, en aquella oportunidad la Sala explicó que, atendiendo los anteriores conceptos y las normas que reglamentan el proceso de calificación de pérdida de

capacidad laboral y el funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez, así como la definición de la fecha de estructuración de esa condición, resultaba admisible la concurrencia de *incapacidades médicas en afiliados que, padeciendo enfermedades de tipo progresivo*, no se encuentren de facto en aquella situación, sino atendiendo tratamientos médicos o de rehabilitación con la esperanza de lograr su reincorporación laboral, por lo que, en esas hipótesis, por imperativo legal, hasta que no existiera una definición clínica, debían continuar con el pago de los aportes al sistema de seguridad social y postergar la calificación de su pérdida de capacidad laboral.

Contexto en el cual puntualizó que

[...] gozaban de validez, con efectos prestacionales, los aportes al subsistema pensional de aquellos afiliados que, padeciendo una enfermedad congénita, crónica, degenerativa o de «*secuelas tardías*» y encontrándose en situación de incapacidad médica, no han perdido en forma permanente su capacidad laboral, sino que, por el contrario, con criterios médico – científicos razonables, están surtiendo su tratamiento o rehabilitación, el cual se mantendrá hasta tanto, bajo los mismos postulados, según los artículos 9º del Decreto n.º 917 de 1999 y 23 del Decreto 2463 de 2001, se hayan finalizado o aún sin terminarse, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.

Lo anterior, [...] bajo la condición de que existan elementos de juicio indicativos de que tales aportes fueron sufragados en ejercicio de una actividad laboral y no con el fin de defraudar al sistema de seguridad social, lo cual implica necesariamente de

parte del Juez, un análisis juicioso y concreto de la situación laboral del trabajador, independientemente de la calidad que detente.

Por consiguiente, se estableció una pauta diferente en el análisis de la fecha respecto de la cual debe calcularse la densidad pensional del artículo 1º de la Ley 860 de 2003, tratándose de personas que, amparadas por la excepción de capacidad laboral residual, por tener una enfermedad congénita, crónica, degenerativa y/o de secuelas tardías, se encontraban en condición de incapacidad médica, exigiendo al juez verificar *probatoriamente y en cada caso* (esto es, a modo de ejemplo, en la historia clínica o el dictamen de pérdida de capacidad laboral), el momento en que, con criterios médico – científicos razonables, finalizó la posibilidad de rehabilitación del asegurado o el momento en que se expide un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría, en tanto que, a partir de allí, procede la calificación y la determinación definitiva de las secuelas que conducen a la estructuración de una real pérdida de capacidad laboral, que impide la continuidad del servicio, que en últimas habilita la prestación de invalidez.

No obstante, en la providencia CSJ SL5576-2021, reiterada recientemente en la decisión SL644-2024, la Corte,

al decidir un asunto *relacionado estrictamente con la validación de las cotizaciones que el afiliado efectuó con posterioridad a la fecha de estructuración de la invalidez, cuando estuvo en incapacidad laboral*, enfatizó en que:

i) En los eventos de enfermedades crónicas, congénitas o degenerativas, las semanas que se validan para efectos prestacionales son: «(i) *la de la calificación de dicho estado*, (ii) *la de la solicitud de reconocimiento pensional*, o (iii) *la de la última cotización realizada (CSJ SL3275-2019, SL3992-2019, SL770-2020 y SL1718-2021)*». En el último caso, «*al estimarse que a partir de allí el individuo tuvo una situación de invalidez en los términos establecidos en el artículo 3.º del Decreto 917 de 1999, esto es, una pérdida de capacidad laboral en forma permanente y definitiva*».

ii) Que en estas hipótesis no existe una variación de la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral en el porcentaje requerido para la configuración del estado de invalidez, sino que se abre «*la posibilidad que la fecha hito para marcar el trienio en el que se deban cotizar las 50 semanas que exige la Ley 860 de 2003, se pueda fijar también en la de calificación del mencionado estado, de la solicitud de*

reconocimiento pensional, o la de la última cotización realizada».

iii) Que deben validarse las cotizaciones que se realicen en estado de incapacidad siempre que se hagan en vigencia de una relación laboral subordinada, pues conforme al artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el empleador tiene la obligación de realizar aportes a la seguridad social en pensiones y, al recibirlas la AFP, se entiende que ampara el riesgo (subrayado de la Corte).

iv) Que en tales asuntos, el último aporte dependiente debe coincidir con la cesación del vínculo laboral, siendo este «[...] el factor determinante para concluir que desde esa data tuvo una pérdida de capacidad laboral de manera permanente y definitiva y, por tanto, una situación de invalidez amparable por el sistema de seguridad social» (subrayado por fuera del texto original).

v) Además, recientemente en la providencia CSJ SL644-2024, que reitera la anterior, aclaró que,

No debe [...] desatenderse que, en tratándose de una enfermedad congénita o degenerativa pueden existir periodos en los cuales el afiliado se encuentra incapacitado, y se advierte en

consecuencia que no cuenta con una efectiva capacidad laboral, sin embargo, ello no obsta para desconocer el pago de las cotizaciones debidamente recibidas por el sistema respecto de un trabajador que padece enfermedades congénitas o degenerativas que se encuentra debidamente incapacitado (subrayado de la Sala).

Por tanto, la Corporación resolvió cualquier discusión en torno a la validación de aportes efectuados en condición de incapacidad médica de trabajador dependiente en los que, incluso, como en el presente caso, «*no cuenta con una efectiva capacidad laboral*».

Por otro lado, en la sentencia CSJ SL747-2024, enfatizó que el «*ánimo de defraudar al sistema debe estar acompañado de conductas que así lo indiquen y no a partir de suposiciones o deducciones de hechos que no necesariamente implican una intención dolosa*». Es decir, debe ser alegado y debidamente acreditado, lo cual no se discute no ocurrió en el asunto, pues el Tribunal tuvo por plenamente demostrada la aportación dependiente de Soportes Profesionales SAS, sin que la AFP haya demostrado los cuestionamientos que alegó ante esa instancia, estado de cosas en la que el juez de alzada no cometió los errores que se le atribuyen.

De donde, atendiendo lo explicado, el Tribunal no cometió los errores de puro derecho que se le atribuyen, pues:

1. Contrario a lo expuesto en el segundo cargo, *desde lo jurídico*, interpretó correctamente las normas de la proposición jurídica, al considerar que por regla general, la densidad de aportes que da lugar a la pensión de invalidez, debe calcularse con antelación a la fecha de estructuración de la invalidez; sin embargo, por excepción, tratándose de enfermedades crónicas, congénitas y degenerativas, es posible su contabilización en fecha posterior, cuando el afiliado cuenta con una capacidad laboral residual, caso en el cual, como expresamente lo indicó, deberá valorarse el presupuesto de densidad a partir de la fecha de calificación de la invalidez, la última cotización efectuada o la solicitud de reconocimiento pensional.

Razonamiento que no constituye infracción directa del artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, ni una hermenéutica equivocada del artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el 142 del Decreto 19 de 2012, toda vez que no se está invadiendo el ámbito de competencia de las juntas de calificación de invalidez, ni modificando la fecha técnica de

estructuración de ese estado, sino tomando un hito diferente para la valoración de uno de los elementos constitutivos de la prestación.

2. Tampoco cometió la interpretación errónea endilgada en el primer ataque, porque, teniendo en cuenta que la recurrente no discutió la subsunción del caso en la regla de excepción, debido a la calificación de uno de los padecimientos del afiliado como de naturaleza *crónica*, sino únicamente la validación de los aportes realizados como trabajador dependiente incapacitado, al señalar que

[...] lo que se cuestiona con argumentos estrictamente jurídicos, es que se concluyera que, a pesar de que el actor *no conserva una capacidad laboral residual desde el 14 de enero de 2019 y, por ello los aportes realizados con posterioridad a esa fecha no son producto del desarrollo de actividades ejecutadas en virtud de la aptitud para trabajar*, [...] de todos modos [...] tenía derecho a la pensión de invalidez por la continuidad del contrato de trabajo que se encontraba ejecutando.

Y, *acogiendo el obligatorio precedente* de las decisiones CSJ SL5576-2021 y SL644-2024 (Ley 1781 de 2016), como hizo la Sala en la SL2342-2024, el juez de apelación *acertó en la hermenéutica* de los preceptos de la proposición jurídica, al validar los aportes efectuados con posterioridad a la estructuración de la invalidez, mientras se encontraba el

señor Lara Casas en incapacidad médica, debido a su condición de afiliado obligatorio y dependiente.

Tal afirmación pues, conforme se precisó en la sentencia CSJ SL644-2024, aunque *«no [contaba] con una efectiva capacidad laboral»*, ello no era óbice *«para desconocer el pago de las cotizaciones debidamente recibidas por el sistema»*, teniendo en cuenta que al tenor de los artículos 39 y 40 del Decreto 1406 de 1999, 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 y 2.2.3.13 del Decreto 1427 de 2022, por el cual se sustituye el título 3º de la parte 2º del libro 2 del Decreto 780 de 2016, en armonía con los fallos CSJ SL5576-2021, *«el empleador tenía la obligación de realizar aportes a la seguridad social en pensiones [...] y [...] la entidad administradora de pensiones las recibió, [por ende, el asegurado] estuvo amparado por la protección al riesgo de invalidez»*, siendo su último aporte en calidad de subordinado, *«[...] el factor determinante para concluir que desde esa data tuvo una pérdida de capacidad laboral de manera permanente y definitiva y, por tanto, una situación de invalidez amparable por el sistema de seguridad social»*.

De ahí que, con sujeción al criterio jurisprudencial de la Corte, la fecha para definir la densidad de aportes

pensionales del afiliado debía ser la de la última cotización que efectuó en el marco de su vinculación laboral con Soporte Profesionales SAS, aunque se encontrara incapacitado.

Finalmente, frente a la propuesta que plantea la censura a la Corte de reevaluar su postura, ello no es posible pues no acredita la existencia de una de las hipótesis del artículo 4º de la Ley 169 de 1896, que exija variarla, es decir: *a)* una situación social a la que no responda adecuadamente la línea vigente; *b)* una contrariedad entre esta y los valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico o, *c)* algún cambio normativo que exija a la Corporación recoger el criterio en comento.

En consecuencia, los cargos no prosperan.

Sin costas, pues no hubo replica.

IX. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia proferida por la Sala Laboral del Tribunal

Superior del Distrito Judicial de Pereira, el ocho (08) de abril de dos mil veinticuatro (2024), en el proceso que le instauró **YULBREYNNERS LARA CASAS** a la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PROTECCIÓN S. A.**

Costas como se dijo en la considerativa.

Notifíquese, publíquese, cúmplase y devuélvase el expediente al Tribunal de origen.

Firmado electrónicamente por:



SANTANDER RAFAEL BRITO CUADRADO



CECILIA MARGARITA DURÁN UJUETA



CARLOS ARTURO GUARÍN JURADO

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en artículo 103 del Código General del Proceso y el artículo 7 de la ley 527 de 1999

Código de verificación: CB6B0B5319512EDF0B8D9165BBD2BE3B63FEDAA97EB2C4DBACECBE43F852F970

Documento generado en 2025-05-02