

## Reforma demanda, notificación.

Marta Lucia Ríos Herrera <martariosherrera.77@gmail.com>

Jue 9/07/2020 4:34 PM

**Para:** Juzgado 39 Laboral - Bogota - Bogota D.C. <jlato39@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (1008 KB)

Notificación demanda.pdf; Soporte notificación interrapiísimo.pdf; Reforma Demanda.pdf;

--

***Cordialmente,***

***Dra. Marta Lucía Ríos Herrera  
Abogada - Conciliadora  
(E) Esp. en Derecho Laboral y Seguridad Social***

**SEÑOR**

**JUEZ 39 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.**

E. S. D.

Ref.: Proceso de José Alirio Cruz Arias contra Pinturas y Acabados Reyes S.A.S.

Radicado: 11001310503920190050600

**MARTA LUCÍA RÍOS HERRERA** mayor y vecina de esta ciudad, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando como apoderada de la parte demandante en el proceso de la referencia, respetuosamente me permito reformar la demanda en los términos del artículo 28 C.P.T.SS, el artículo 93 C.G.P., me permito adicionar las siguientes pretensiones.

1. Solicito se ordené a PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. y a JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, el REINTEGRO de mi representado José Alirio Cruz Arias, en un cargo de iguales o mejores condiciones en las que se desempeñaba al momento de la finalización del vínculo laboral, acordes con sus condiciones de salud.
2. De igual manera se ordené a PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. y a JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA a cancelar a mi representado todos los salarios y prestaciones sociales dejados de percibir, desde el momento de su despido hasta cuando se haga efectivo el reintegro.
3. Se ordené a los demandados PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. y a JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA al pago de la indemnización de 180 días de salario del artículo 26 de la ley 361/1997 y, demás indemnizaciones a que tenga derecho, desde su despido hasta que se haga efectivo el reintegro.
4. Se ordené a PINTURAS Y A CABADOS REYES S.A.S. Y AJUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, cancelar los aportes al Sistema de Seguridad Social integral por todo concepto, desde el despido hasta su reintegro.
5. El resto de la demanda formulada inicialmente queda tal cual fue presentada. Esta reforma se presenta en tiempo, para lo cual solicito dar el traslado correspondiente al demandado, prosiguiendo el trámite procesal respectivo.

Del. Señor Juez

Atentamente,

  
**MARTA LUCÍA RÍOS HERRERA**

C.C. No. 43.065.817 de Medellín

T.P. No. 292546 del C.S. de la J.

**Ordinario Laboral de Primera Instancia, Subsanción Reforma de la demanda: Dte jose Alirio Cruz Arias, Ddo Pinturas y Acabados Reyes S.A.S. Radicado: 2019506.**

Marta Lucia Ríos Herrera <martariosherrera.77@gmail.com>

Lun 14/03/2022 4:55 PM

Para: Juzgado 39 Laboral - Bogotá - Bogotá D.C. <jlato39@cendoj.ramajudicial.gov.co>;  
juridicassoluciones@hotmail.com <juridicassoluciones@hotmail.com>

**Cordialmente,**

**Dra. Marta Lucía Ríos Herrera**  
**Abogada - Conciliadora**  
**Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social**  
**Universidad del Rosario**  
**Facultad de Jurisprudencia**

**SEÑOR**

**JUEZ 39 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.**

E. S. D.

Ref.: Proceso de José Alirio Cruz Arias

Demandado: Pinturas y Acabados Reyes S.A.S.

Radicado: 11001310503920190050600

**MARTA LUCÍA RÍOS HERRERA**, mayor y vecina de esta ciudad, abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando en mi condición de apoderada del señor **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**, con cédula de ciudadanía número 79.208.073 persona mayor y vecino de esta ciudad, conforme al poder que adjunto, respetuosamente me permito impetrar ante su despacho demanda ordinaria laboral de primera instancia contra la Empresa **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** con número de Nit 900642458-9 domicilio principal en esta ciudad, representada legalmente por el señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** identificado con cédula de ciudadanía número 79.117.587 persona mayor y vecino de esta ciudad, o por quien haga sus veces al momento de la notificación de la presente demanda, para que mediante el trámite legal correspondiente y mediante sentencia se confieran las condenas que indicare en la parte petitoria, teniendo en cuenta los siguiente:

#### HECHOS

**PRIMERO:** Mi poderdante **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**, desde el 1° de junio del año 2000 inicio actividades laborales prestando sus servicios en forma personal, bajo la continua subordinación del señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**, su empleador.

**SEGUNDO:** la forma del contrato que se dio entre mi poderdante y su empleador señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** fue Bajo un contrato verbal a término indefinido.

**TERCERO:** Desempeñándose como pintor en las labores asignadas.

**CUARTO:** Como contra prestación de su labor devengaba quincenalmente \$ 800.000= para un promedio mensual de \$ 1.600.000= mil pesos.

**QUINTO:** La labor la realizo de manera personal y continúa registrando la hora de entrada a las 07:00 am, hora de salida a las 05:00 pm. de lunes a viernes con una hora de almuerzo, los sábados de 07:00 am a 12:00 meridiano, en cumplimiento de cincuenta (50) horas semanales.

**SEXTO:** El suministro de insumos, materia prima y herramienta lo hace el empleador señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA Y PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S.**

**SEPTIMO:** Hacia el año 2010 En cumplimiento de la labor encomendada (pintor) el trabajador **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS** sufre un accidente laboral, cayendo de un piso a otro.

**OCTAVO:** La calificación de origen de su enfermedad por el accidente fue notificada por **ARL POSITIVA** con fecha 04/02/2010, que dice “La entidad promotora de salud **CRUZ BLANCA** le notifica que la calificación efectuada por el Departamento Técnico de Salud Ocupacional, cuyo diagnóstico: **LUMBALGIA MECÁNICA CRÓNICA, DISCOPATÍA LUMBAR L4 L5 S1, HERNIA DISCAL L4 L5 Y L5 S1** determina que su caso es (son) enfermedad (es) de origen **PROFESIONAL**”.

**NOVENO:** Razón por la cual a mi representado le practicaron dos cirugías en la columna vertebral, la primera el día 12/02/2010 y la segunda el 10/12/2010 de ese mismo año.

**DECIMO:** El Porcentaje - dictamen emitido por **ARL POSITIVA** el día 09/07/2012, en el cual se estimó a mi representado con pérdida de capacidad laboral del 18.10%.

**ONCE:** Es por este motivo que mi representado solicita permisos médicos para el cumplimiento de sus citas al señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, YINETH OQUENDO, SUPERIORES**, (radicando soportes, tales como certificación médica y fórmula) cada vez que se ausenta de sus labores.

**DOCE:** El empleador **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** creó la empresa **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S**, el día 06/08/2013 **identificada con NIT No. 900642458-9**, quién es el representante legal.

**TRECE:** El señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** sustituyó el contrato laboral del señor **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS** con la empresa

**PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S.** en consecuencia esta empresa asume todas y cada una de las obligaciones derivadas de dicho contrato laboral desde la fecha de suscripción del mismo es decir primero (01) de junio del 2000.

**CATORCE:** Para el día 11 de junio de 2015 mi representado fue despedido sin justa causa y sin mediar permiso del **MINISTERIO DEL TRABAJO** toda vez que cuenta con estabilidad laboral reforzada.

**QUINCE:** Razón por la cual mi poderdante acudió a la jurisdicción civil y mediante **ACCIÓN DE TUTELA ES REINTEGRADO** por orden del juez constitucional al puesto *“en que se desempeña al momento de su despido o a un cargo en el que desarrolle sus funciones acordes con su condición de salud”*.

**DIECISÉIS:** Orden emitida por el **JUZGADO VEINTIUNO (21) CIVIL MUNICIPAL** con fecha 13 de agosto de 2015, radicado 2015-01292.

**DIECISIETE:** Sentencia a favor del trabajador **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**, ordenando la cancelación de sus acreencias laborales de la siguiente forma *“de igual manera se le cancelen sus salarios y prestaciones sociales causados y no pagados desde el momento que fue despedido de sus labores hasta que se haga efectivo el reintegro, adicionalmente en desarrollo de esta relación laboral el empleador deberá efectuar las cotizaciones al sistema de seguridad social por todo concepto”*.

**DIECIOCHO:** Donde se evidencia un desacato, por cuanto al señor **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS** no se le cancelaron los salarios y prestaciones sociales ordenados por el juez constitucional.

**DIECINUEVE:** El 27 de octubre de 2015 se le hace llamado de atención a mi representado (Memorando) de parte del señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** (por incumplimiento en la entrega de certificados médicos para avalar ausencias laborales) donde el trabajador da respuesta por escrito argumentando que las certificaciones fueron entregadas en su momento.

**VEINTE:** Posteriormente para el primero de diciembre de 2015 el empleador, **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S Y JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** obrando de mala fe, solicitan al trabajador volver a firmar contrato de trabajo en calidad de subcontratista (según el empleador para finiquitar diferencias) siendo aceptado por el trabajador; aduciendo en dicho contrato faltas reiterativas de mala conducta, faltas que (el empleador) no pudo sustentar dentro de la oportunidad conferida (contestación de la demanda), es decir momento procesal para demostrar la mala conducta del trabajador toda vez que guardó silencio.

**VEINTIUNO:** Es así que el empleador a disfrazado el tipo de contrato, para evadir el pago de las acreencias laborales a las que tiene derecho el trabajador **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**.

**VEINTIDÓS:** El día 23 de abril de 2018 se solicita por escrito (derecho de petición) al empleador y su representante legal **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**, HACER LAS COTIZACIONES A SALUD Y PENSIÓN sobre el valor real devengado por el trabajador es decir sobre \$ 1.600.000, toda vez que la cotización la estaba realizando el empleador sobre un SMLMV.

**VEINTITRÉS:** A través de un Derecho de Petición radicado el día 10 de septiembre 2018, se solicitó de nuevo al empleador sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** y **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S.** la certificación de la fecha en que inició a laborar el trabajador **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS** y el valor del salario devengado año por año.

**VEINTICUATRO:** En respuesta al derecho de petición el señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** aduce que el señor **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS** es subcontratista, no concediendo la entrega de las certificaciones solicitadas.

**VEINTICINCO:** Igualmente mi representado solicitó a dicha empresa y a **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** el pago de acreencias laborales como son las cesantías, prima de servicios, intereses de cesantías, vacaciones y afiliación a caja de compensación familiar sin respuesta alguna a su solicitud.

**VEINTISÉIS:** El empleador no se ha puesto al día en el pago de las cotizaciones al sistema de seguridad social por todo concepto, en especial el pago de pensión, toda vez que el registro de pago en Colpensiones data del mes de agosto del año 2008.

**VEINTISIETE:** Se debe resaltar que mi representado debía realizar anualmente cursos de alturas, cuyo valor el empleador lo descontaba de su salario.

**VEINTIOCHO:** Como consecuencia de lo anterior, mi poderdante cito e hizo comparecer al representante legal señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** de la empresa **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** a conciliación ante el Ministerio del Trabajo, la cual se celebró el día 04 de abril del año en curso hora 07:30 am; resultando fracasada.

**VEINTINUEVE:** El día 11 de junio de 2019 le fue entregada al trabajador una carta (memorando), donde el empleador **PINTURAS Y ACABADOS**

**REYES S.A.S** y **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** hacen comentarios sobre el desempeño de sus labores y pretenden que el trabajador les cancele los trabajos que a su parecer no queden bien, siendo descontados de su salario, ya que nada de los trabajos ejecutados por este les parece bien.

**TREINTA:** Como efectos ante la negación a firmar dicho memorando y, ante todas las peticiones del trabajador hechas con anterioridad sobre la cancelación de sus prestaciones sociales, buscando por todos los medios el más mínimo error, fue despedido nuevamente y **SIN JUSTA CAUSA** el día 17 de junio del año en curso igualmente sin mediar permiso ante el **MINISTERIO DEL TRABAJO** siendo (abofeteado) por el señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** configurándose un **DESPIDO ILEGAL**.

**TREINTA Y UNO:** Quedando el trabajador señor **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS** nueva mente desprotegido ya que cuenta con una debilidad manifiesta por una afectación en su columna vertebral, la junta regional de calificación de invalidez le concedió cita de valoración para el jueves 15 de agosto de 2019, hora 10:45 A.M. (nueva calificación), de pérdida de la capacidad laboral.

**TREINTA Y DOS:** Con este despido injusto se está vulnerando los derechos al trabajo, una vida digna, mínimo vital, igualdad de derechos y desprotección en cuanto a la salud del trabajador.

**TREINTA Y TRES:** Durante la relación laboral no fueron reconocidos las prestaciones sociales y demás derechos ciertos adquiridos y causados desde el año 2000, sin que hasta la fecha hayan sido cancelados, toda vez que a raíz de la solicitud de pago empezó una persecución al trabajador de parte del empleador.

**TREINTA Y CUATRO:** Facilitando libertad para acudir al aparato jurisdiccional por vía ordinaria, lo cual se cumple a través de la presente demanda para que se **DECLARE LA EXISTENCIA DEL CONTRATO LABORAL A TÉRMINO INDEFINIDO**.

**TREINTA Y CINCO:** El señor **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS** me ha concedido poder especial amplio y suficiente para instaurar demanda ordinaria laboral de primera instancia contra la empresa **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S.** y **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** quién es representante legal; a fin de lograr el reconocimiento y pago de las sumas correspondidas a mi poderdante como producto de la relación laboral.

**SUBSANACION REFORMA DE LA DEMANDA**

Con fundamento en los supuestos fácticos que ya se han relacionado con precedencia, me permito solicitar que se hagan las siguientes declaraciones y condenas, que constituyen las pretensiones:

Obrando como apoderada de la parte demandante en el proceso de la referencia, me permito subsanar la reforma de la demanda integrándola en un solo escrito en los términos del artículo 25 C.P.T.SS, el artículo 93 C.G.P., me permito adicionar las siguientes pretensiones.

1. Solicito se ordené a PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. y a JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, el REINTEGRO de mi representado José Alirio Cruz Arias, en un cargo de iguales o mejores condiciones en las que se desempeñaba al momento de la finalización del vínculo laboral, acordes con sus condiciones de salud.

2. De igual manera se ordené a PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. y a JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA cancelar a mi representado todos los salarios y prestaciones sociales dejados de percibir, desde el momento de su despedido hasta cuando se haga efectivo el reintegro.

3. Se ordené a los demandados PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. y a JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA al pago de la indemnización de 180 días de salario del artículo 26 de la ley 361/1997 y, demás indemnizaciones a que tenga derecho, desde su despido hasta que se haga efectivo el reintegro.

4. Se ordené a PINTURAS Y A CABADOS REYES S.A.S. Y A JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, cancelar los aportes al Sistema de Seguridad Social integral por todo concepto, desde el despido hasta su reintegro.

5. El resto de la demanda formulada inicialmente queda tal cual fue presentada. La subsanación de la reforma de la demanda se presenta en el tiempo definido en el artículo 28 C.P.T.S.S., para lo cual solicito dar el traslado correspondiente al demandado, prosiguiendo el trámite procesal respectivo.

### **PRETENSIONES**

Con fundamento en los hechos expuestos, muy comedidamente solicito al señor juez, que previo el reconocimiento de mi personería para actuar como apoderada de la parte demandante y, cumplidos los trámites del proceso ordinario laboral de primera instancia, se declare:

**PRIMERO:** Que entre mi poderdante **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS, JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S,** existió un contrato laboral a término indefinido.

**SEGUNDO:** Que se declare el vínculo laboral del contrato de trabajo a término indefinido entre la **DEMANDADA, JUAN MANUEL REYES Y EL ACTOR JOSÉ ALIRIO CRUZ,** desde el primero de junio de 2000 hasta el día 17 de junio de 2019.

**TERCERO:** Se declare que los demandados deben a mi representado las **CESANTÍAS,** correspondiente al tiempo laborado, comprendidas desde el año 2000, hasta el día 17 de junio 2019.

**CUARTO:** Que se declare que los demandados deben a mi representado los **INTERESES DE CESANTÍAS** de todo el tiempo laborado, comprendido entre el primero de junio del año 2000 hasta el día 17 de junio de 2019.

**QUINTO:** Que se declare que los demandados adeudan a mi representado las **PRIMAS DE SERVICIOS** comprendidas entre el año 2000 y hasta día 17 de junio de 2019 fecha su despido.

**SEXTO:** Que se declare que los demandados adeudan a mi representado las **VACACIONES** comprendidas entre el año 2000 y hasta el 17 de junio de 2019.

**SÉPTIMO:** Que se declare responsable a los demandados al pago de **HORAS EXTRAS** comprendidas desde el primero de junio del año 2000 hasta el día 17 de junio de 2019.

**OCTAVO:** Que se declare que los demandados deben a mi representado **JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS** los aportes a la **SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, POR CONCEPTO DE PENSIÓN, SALUD Y RIESGOS LABORALES,** del tiempo comprendido entre el 1° de junio del año 2000 hasta agosto del año 2008.

**NOVENO:** Que se declare responsables a los demandados de la indemnización moratoria, como lo consagra el artículo 65 del Código Sustantivo del Trabajo, por el no pago de las prestaciones sociales.

**DÉCIMO:** Que se declare responsables a los demandados al pago de la indemnización moratoria por el no pago de las cesantías consagradas en la ley 50 de 1990, correspondientes al periodo comprendido entre el primero de junio del 2000 hasta la fecha de su despido 17 de junio 2019.

**ONCE:** Que se declare que hubo despido ilegal de parte del empleador **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA Y PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S**

**toda vez que para su despido no se solicitó permiso ante el ministerio del trabajo.**

**CONDENAS:**

- a. Que se **CONDENE** a los demandados al pago de **CESANTÍAS** correspondientes al periodo comprendido del primero de junio del 2000 al 17 de junio de 2019.

<b>AÑO 2000</b>	<b>933.333</b>
<b>AÑO 2001</b>	1.600.000
<b>AÑO 2002</b>	1.600.000
<b>AÑO 2003</b>	1.600.000
<b>AÑO 2004</b>	1.600.000
<b>AÑO 2005</b>	1.600.000
<b>AÑO 2006</b>	1.600.000
<b>AÑO 2007</b>	1.600.000
<b>AÑO 2008</b>	1.600.000
<b>AÑO 2009</b>	1.600.000
<b>AÑO 2010</b>	1.600.000
<b>AÑO 2011</b>	1.600.000
<b>AÑO 2012</b>	1.600.000
<b>AÑO 2013</b>	1.600.000
<b>AÑO 2014</b>	1.600.000
<b>AÑO 2015</b>	1.600.000
<b>AÑO 2016</b>	1.600.000
<b>AÑO 2017</b>	1.600.000
<b>AÑO 2018</b>	1.600.000
<b>AÑO 2019</b>	533.333
<b>Total Cesantías</b>	\$ 30.266.666

- b. Que se **CONDENE** a los demandados al pago de los **INTERESES DE LAS CESANTÍAS** correspondientes al periodo comprendido del primero de junio del 2000 al momento que se dicte el fallo del presente proceso.

<b>AÑO 2000</b>	<b>80.000</b>
<b>AÑO 2001</b>	384.000
<b>AÑO 2002</b>	384.000
<b>AÑO 2003</b>	384.000

<b>AÑO 2004</b>	384.000
<b>AÑO 2005</b>	384.000
<b>AÑO 2006</b>	384.000
<b>AÑO 2007</b>	384.000
<b>AÑO 2008</b>	384.000
<b>AÑO 2009</b>	384.000
<b>AÑO 2010</b>	384.000
<b>AÑO 2011</b>	384.000
<b>AÑO 2012</b>	384.000
<b>AÑO 2013</b>	384.000
<b>AÑO 2014</b>	384.000
<b>AÑO 2015</b>	384.000
<b>AÑO 2016</b>	384.000
<b>AÑO 2017</b>	384.000
<b>AÑO 2018</b>	384.000
<b>AÑO 2019</b>	384.000
<b>Total Intereses Cesantías</b>	\$ 7.072.000

- c. Se **CONDENE** a los demandados al pago de las **PRIMAS DE SERVICIOS** correspondiente al periodo comprendido del primero de junio del 2000 hasta el 17 de junio de 2019 fecha de su despido.

<b>AÑO 2000</b>	<b>933.333</b>
<b>AÑO 2001</b>	1.600.000
<b>AÑO 2002</b>	1.600.000
<b>AÑO 2003</b>	1.600.000
<b>AÑO 2004</b>	1.600.000
<b>AÑO 2005</b>	1.600.000
<b>AÑO 2006</b>	1.600.000
<b>AÑO 2007</b>	1.600.000
<b>AÑO 2008</b>	1.600.000
<b>AÑO 2009</b>	1.600.000
<b>AÑO 2010</b>	1.600.000
<b>AÑO 2011</b>	1.600.000
<b>AÑO 2012</b>	1.600.000
<b>AÑO 2013</b>	1.600.000
<b>AÑO 2014</b>	1.600.000
<b>AÑO 2015</b>	1.600.000

<b>AÑO 2016</b>	1.600.000
<b>AÑO 2017</b>	1.600.000
<b>AÑO 2018</b>	1.600.000
<b>AÑO 2019</b>	533.333
<b>Total prima servicio</b>	\$ 30.266.666

- d. Se **CONDENE** a los demandados al pago de las **VACACIONES** comprendidas desde el primero de junio del 2000 hasta el 17 de junio 2019.

<b>AÑO 2000</b>	<b>400.000</b>
<b>AÑO 2001</b>	800.000
<b>AÑO 2002</b>	800.000
<b>AÑO 2003</b>	800.000
<b>AÑO 2004</b>	800.000
<b>AÑO 2005</b>	800.000
<b>AÑO 2006</b>	800.000
<b>AÑO 2007</b>	800.000
<b>AÑO 2008</b>	800.000
<b>AÑO 2009</b>	800.000
<b>AÑO 2010</b>	800.000
<b>AÑO 2011</b>	800.000
<b>AÑO 2012</b>	800.000
<b>AÑO 2013</b>	800.000
<b>AÑO 2014</b>	800.000
<b>AÑO 2015</b>	800.000
<b>AÑO 2016</b>	800.000
<b>AÑO 2017</b>	800.000
<b>AÑO 2018</b>	800.000
<b>AÑO 2019</b>	400.000
<b>Total Vacaciones</b>	<b>\$15.200.000</b>

- e. Se **CONDENE** a los demandados a pagar a mi representado la suma correspondiente a **HORAS EXTRAS** de todo el tiempo laborado, comprendidas entre el primero junio del 2000 hasta el 17 de junio 2019.

<b>AÑO 2000</b>	<b>373.296</b>
<b>AÑO 2001</b>	639.936
<b>AÑO 2002</b>	639.936
<b>AÑO 2003</b>	639.936
<b>AÑO 2004</b>	639.936
<b>AÑO 2005</b>	639.936
<b>AÑO 2006</b>	639.936
<b>AÑO 2007</b>	639.936
<b>AÑO 2008</b>	639.936
<b>AÑO 2009</b>	639.936
<b>AÑO 2010</b>	639.936
<b>AÑO 2011</b>	639.936
<b>AÑO 2012</b>	639.936
<b>AÑO 2013</b>	639.936
<b>AÑO 2014</b>	639.936
<b>AÑO 2015</b>	639.936
<b>AÑO 2016</b>	639.936
<b>AÑO 2017</b>	639.936
<b>AÑO 2018</b>	639.936
<b>AÑO 2019</b>	319.968
<b>Total Horas Extras</b>	<b>\$ 12.212.112</b>

- f. Se **CONDENE** a los demandados a cancelar a mi representado la **SANCIÓN MORATORIA** contemplada en el artículo 65 del código sustantivo del trabajo por el no pago de las prestaciones sociales hasta el momento que se haga efectivo el pago.
- g. Se **CONDENE** a los demandados a pagar la **SANCIÓN MORATORIA** por el no pago de las cesantías del artículo 99 de la ley 50 de 1990. La presente condena debe extenderse hasta el momento en que se haga efectivo el pago.

<b>AÑO 2000</b>	<b>0</b>
<b>AÑO 2001</b>	38.399.940
<b>AÑO 2002</b>	36.799.940
<b>AÑO 2003</b>	35.199.940.
<b>AÑO 2004</b>	34.666.000
<b>AÑO 2005</b>	33.066.000
<b>AÑO 2006</b>	31.466.000

<b>AÑO 2007</b>	29.866.000
<b>AÑO 2008</b>	28.266.000
<b>AÑO 2009</b>	26.666.000
<b>AÑO 2010</b>	25.066.000
<b>AÑO 2011</b>	23.466.000
<b>AÑO 2012</b>	21.866.000
<b>AÑO 2013</b>	20.266.000
<b>AÑO 2014</b>	18.666.000
<b>AÑO 2015</b>	17.066.000
<b>AÑO 2016</b>	15.466.000
<b>AÑO 2017</b>	13.866.000
<b>AÑO 2018</b>	12.666.000
<b>AÑO 2019</b>	10.666.000
Total Sanción Moratoria	<u>\$ 473.455.820</u>

g. Se **CONDENE** a la **empresa PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** y a **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**, al pago de la indemnización por despido injusto.

<b>AÑO 2000</b>	<b>1.600.000</b>
<b>AÑO 2001</b>	1.066.660
<b>AÑO 2002</b>	1.066.660
<b>AÑO 2003</b>	1.066.660
<b>AÑO 2004</b>	1.066.660
<b>AÑO 2005</b>	1.066.660
<b>AÑO 2006</b>	1.066.660
<b>AÑO 2007</b>	1.066.660
<b>AÑO 2008</b>	1.066.660
<b>AÑO 2009</b>	1.066.660
<b>AÑO 2010</b>	1.066.660
<b>AÑO 2011</b>	1.066.660
<b>AÑO 2012</b>	1.066.660
<b>AÑO 2013</b>	1.066.660
<b>AÑO 2014</b>	1.066.660
<b>AÑO 2015</b>	1.066.660
<b>AÑO 2016</b>	1.066.660
<b>AÑO 2017</b>	1.066.660
<b>AÑO 2018</b>	1.066.660
<b>AÑO 2019</b>	1.066.660
<b>Total indemnización Despido injusto</b>	<u>\$ 20.799.880</u>

- h. Se **CONDENE** a la demandada **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** y a **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** al pago de los salarios ordenados por el juez constitucional en la sentencia del 13 agosto 2015, Referencia No 2015-01292 por valor de \$ 6.400.000
- i. Se **CONDENE** a la demandada **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** y a **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** al pago de la indemnización moratoria por el no pago de los salarios ordenados por el juez constitucional en la sentencia del 13 de agosto 2015, referencia No 2015-01292 por valor de \$ 76.799.520, hasta que se haga efectivo el pago.
- j. Se **CONDENE** a los demandados al pago de los aportes a la seguridad social integral por concepto de **SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES** por todo el tiempo laborado desde el año 2000 hasta el momento de su despido 17 junio 2019.
- k. Se **CONDENE** a los demandados **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. Y JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** a pagar las costas del presente proceso.
- l. Que se **CONDENE** a los demandados a la devolución del dinero descontado al trabajador para la cancelación de los cursos de alturas por valor de \$ 450.000
- m. Se **CONDENE** a los demandados al pago del **CÁLCULO ACTUARIAL** al respectivo Fondo de Pensiones, por concepto de no afiliación y aportes en mora a Pensión dejados de cancelar por el empleador, del tiempo comprendido entre primero de junio (01) junio del 2000 hasta el día 17 de junio de 2019, fecha en que fue despedido.
- n. Se **CONDENE** que todas y cada una de las pretensiones sean indexadas hasta el momento que se ejecute la cancelación.
- o. Se condene a lo que ultra o extrapetita de lugar.

### **FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO**

**ARTÍCULO 53 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA.** La ley tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo, irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos

inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales.

**ARTÍCULO 22. DEFINICIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO.**

1. Contrato de trabajo es aquel por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra persona, natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración.

2. Quien presta el servicio se denomina trabajador, quien lo recibe y remunera, {empleador}, y la remuneración, cualquiera que sea su forma, salario.

**ARTÍCULO 23. ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE TRABAJO.** para que haya contrato de trabajo se requiere que concurren tres elementos esenciales: a) la actividad personal del trabajador, b) la continuada subordinación o de dependencia del trabajador respecto del empleador, c) un salario como retribución del servicio, este artículo se encuentra relacionado con la pretensión primera.

**ARTÍCULO 24. PRESUNCIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO.** Se presume que toda relación de trabajo personal está regida por un contrato de trabajo.

**ARTÍCULO 186. C.S.T VACACIONES ANUALES REMUNERADAS,** tiene que ver con la pretensión sexta, cancelación de vacaciones,” los trabajadores que hubieren prestado sus servicios durante un año (1) tienen derecho a quince (15) días hábiles consecutivos de vacaciones remuneradas”

**ARTÍCULO 306. C.S.T PRIMA DE SERVICIOS,** este artículo hace mención a la pretensión quinta, que sustenta el pago de la prima de servicios, el empleador está obligado a pagar a su empleado o empleados la prima de servicios correspondiente a treinta días de salario por año, esta se hace en dos pagos la mitad el 30 de junio y la otra mitad para los primeros veinte días del mes de diciembre.

**ARTÍCULO 159. TRABAJO SUPLEMENTARIO,** este artículo es concordante con la pretensión séptima sobre la jornada de trabajo, trabajo suplementario o de horas extras es el que excede la jornada ordinaria y en todo caso la que excede la máxima legal.

**ARTÍCULO 161. C.S.T JORNADA MAXIMA** la duración máxima de la jornada de trabajo es de ocho (8) horas diarias, cuarenta y ocho (48) semanales.

**ARTÍCULO 65. INDEMNIZACIÓN POR FALTA DE PAGO. CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.**

1. Si a la terminación del contrato, el empleador no paga al trabajador los salarios y prestaciones debidas, salvo los casos de retención autorizados por la ley o convenidos por las partes, debe pagar al asalariado, como indemnización, una suma igual al último salario diario por cada día de retardo, hasta por veinticuatro (24) meses, o hasta cuando el pago se verifique si el período es menor. Si transcurridos veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de terminación del contrato, el trabajador no ha iniciado su reclamación por la vía ordinaria, el empleador deberá pagar al trabajador intereses moratorios a la tasa máxima de créditos de libre asignación certificados por la Superintendencia Bancaria, a partir de la iniciación del mes veinticinco (25) hasta cuando el pago se verifique.

**ARTÍCULO 57. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL {EMPLEADOR}.** Son obligaciones especiales del {empleador}:

7. Dar al trabajador que lo solicite, a la expiración de contrato, una certificación en que consten el tiempo de servicio, la índole de la labor y el salario devengado; e igualmente, si el trabajador lo solicita, hacerle practicar examen sanitario y darle certificación sobre el particular, si al ingreso o durante la permanencia en el trabajo hubiere sido sometido a examen médico. Se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente.

**LA RESOLUCIÓN 1409 DEL 23 DE JULIO 2012** hace mención sobre los cursos de alturas, los cuales deben ser pagados por el empleador nunca por el trabajador” Es obligación del empleador asumir los gastos y costos de la capacitación certificada de trabajo seguro en alturas o la certificación en dicha competencia laboral en las que se deba incurrir”.

**ARTÍCULO 99 DE LA LEY 50 DE 1990.**

El nuevo régimen especial del auxilio de cesantía tendrá las siguientes características:

1a. El 31 de diciembre de cada año se hará la liquidación definitiva de cesantía, por la anualidad o por la fracción correspondiente, sin perjuicio de la que deba efectuarse en fecha diferente por la terminación del contrato de trabajo.

2a. El empleador cancelará al trabajador los intereses legales del 12% anual o proporcionales por fracción, en los términos de las normas vigentes sobre el régimen tradicional de cesantía, con respecto a la suma causada en el año o en la fracción que se liquide definitivamente.

3a. El valor liquidado por concepto de cesantía se consignará antes del 15 de febrero del año siguiente, en cuenta individual a nombre del trabajador en el

*fondo de cesantía que el mismo elija. El empleador que incumpla el plazo señalado deberá pagar un día de salario por cada día de retardo.*

**RESPECTO A LA INDEMNIZACIÓN POR NO CONSIGNACIÓN DE CESANTÍAS. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SENTENCIA DE FECHA 23 DE SEPTIEMBRE DE 2009, MP. LUIS JAVIER OSORIO LÓPEZ.**

*Tal como se desprende de la demostración del cargo, la censura pretende que se determine jurídicamente, que a pesar de que opere la presunción legal del contrato de trabajo por la prestación personal del servicio, en los términos del artículo 24 del C. S. del T., el trabajador también tiene la carga de demostrar la subordinación jurídica y otros aspectos como los extremos temporales de la relación.*

*Pues bien, sea lo primero recordar que para la configuración del contrato de trabajo se requiere que esté demostrada la actividad personal del trabajador a favor del demandado, y en lo que respecta a la continuada subordinación jurídica, que es el elemento característico y diferenciador de toda relación de carácter laboral, no es menester su acreditación cuando se encuentra evidenciada esa prestación personal del servicio, dado que en este evento lo pertinente, es hacer uso de la presunción legal prevista en el artículo 24 del C. S. del T. modificado por el artículo 2° de la Ley 50 de 1990, según el cual "Se presume que toda relación de trabajo personal está regida por un contrato de trabajo.*

*De acuerdo con lo anterior, al actor le basta con probar en el curso de la litis la prestación personal del servicio, para que se presuma en su favor el contrato de trabajo, y es al empleador a quien le corresponde desvirtuar dicha presunción, demostrando que la relación fue independiente y no subordinada. Siendo ello así, el adquem no incurrió en el error jurídico que se le enrostra.*

*(...)*

**IX. SEGUNDO CARGO**

*Acusa la sentencia de violar por vía directa en la modalidad de interpretación errónea los artículos "65 del CST (L 789/2002, arto 28), numeral 3o del artículo 99 Ley 50 de 1990."*

*En su demostración argumenta, en resumen, que el juez colegiado para conceder la indemnización moratoria, aplicó de manera automática lo preceptuado en los artículos 99 numeral 3° de la Ley 50 de 1990 y 65 del C.S.T., relacionados, en su orden, con la sanción por la no consignación de las cesantías en un fondo y por el no pago de prestaciones sociales a la terminación del contrato, pues omitió hacer un análisis de la conducta desplegada por el demandado, para establecer si estuvo precedida de buena fe por encontrarse justificada en razones atendibles, o si por el contrario estuvo revestida de una actitud de mala fe.*

*Agrega que el elemento buena fe está implícita en las normas que consagran la indemnización por mora, y por tanto para la imposición de ésta, debe mirarse siempre la conducta patronal, y si en ella*

*aparecen razones serias y atendibles para no haber pagado, no se debe imponer la sanción, y ese ejercicio lo paso alto el sentenciador de segundo grado.*

#### **X. SE CONSIDERA**

*No es cierto como lo afirma el recurrente que el Tribunal hubiese aplicado sin consideración alguna la indemnización moratoria a que se contrae el artículo 65 del C.S. del T., pues al respecto manifestó que ésta no es de aplicación automática ni inexorable, dado que el empleador puede acreditar buena fe con hechos y razones que permitan exonerarlo, y que "En el asunto presente, se observa que la demandada adeuda el pago de las prestaciones sociales y como tampoco desvirtuó con razones atendibles /a falta de pago, se debe proceder con la condena, luego el cargo en relación con dicha indemnización está fundado sobre una premisa ajena a lo concluido en la sentencia impugnada.*

*No ocurrió lo mismo con la sanción por la no consignación de las cesantías del actor en un fondo destinado para tal fin, pues para ello el sentenciador de segunda instancia, se limitó a decir que como el demandado no demostró el cumplimiento de tal obligación, era procedente imponerla, sin detenerse a examinar la conducta de éste para no hacerlo, y determinar si estuvo o no precedida de buena fe, lo que deviene en una aplicación automática de esta clase de indemnización y de paso en una interpretación sesgada de la norma que la consagra como es el artículo 99 numeral 3° de la Ley 50 de 1990.*

*De tiempo atrás tiene adoctrinado esta Sala, que las indemnizaciones moratorias por la no consignación de cesantías en un fondo consagrada en la citada disposición, y por el no pago oportuno de salarios y prestaciones sociales debidas dispuesta en el artículo 65 del Código Sustantivo de Trabajo) por tener ambas su origen en el incumplimiento del empleador de ciertas obligaciones, gozan de una naturaleza eminentemente sancionatoria y como tal su imposición está condicionada al examen, análisis o apreciación de los elementos subjetivos relativos a la buena o mala fe que guiaron la conducta del empleador. Verbigracia en sentencia del 21 de abril de 2004 con radicación 22448, que reiteró lo dicho en decisión del 11 de julio de 2000 radicado 13.467, sostuvo:*

*"(..,.) Ahora bien, aun entendiendo que la acusación denuncia la Infracción directa de los citados preceptos, en cuanto al artículo 99 de la Ley 50 de 1990, es lo cierto que el Tribunal no pudo ignorar la disposición por cuanto fue la que le sirvió de apoyo a/ Juzgado para fulminar la 'condena por indemnización moratoria, ni tampoco se rebeló contra su contenido, sino que estimó conforme a jurisprudencia de la Sala, que su aplicación no podía ser automática y que era necesario analizar la conducta del empleador para establecer si la presunción de mala fe quedaba o no desvirtuada; entonces, apoyándose en pruebas del expediente y luego de examinar las razones de la empresa demandada, • lo que de paso desvirtúa la afirmación inicial*

*del recurrente de que el Tribunal no realizó análisis probatorio; descartó la existencia de mala fe y no le hizo producir efectos a la norma acusada. Ese criterio resulta acorde con el expuesto por la Sala en sentencia de 11 de julio de 2000, rad. 13467 en que señaló: "La indemnización moratoria consagrada en el numeral tercero del artículo 99 de la Ley 50 de 1990 tiene origen en el incumplimiento de la obligación que tiene el empleador de consignar a favor del trabajador en un fondo autorizado el auxilio de cesantía, luego se trata de una disposición de naturaleza eminentemente sancionadora, como tal, su imposición esté condicionada, como ocurre en la hipótesis del artículo 65 del Código Sustantivo del Trabajo, al examen o apreciación de los elementos subjetivos relativos a la buena o mala fe que guiaron la conducta del patrono .. .' (Resalta la Sala).*

*Por lo dicho el cargo sería fundado en este puntual aspecto, más sin embargo no habría lugar a quebrar la sentencia impugnada, porque a la misma conclusión del juez colegiado tendría que llegar la Corte en sede de instancia, toda vez que no aparecen demostradas al interior del proceso, razones serias y atendibles para exonerar al demandado del pago de la indemnización, por la no consignación de la cesantía en un fondo, como se estudiará al desalarse la acusación del tercer cargo".*

**TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, D.C. RAD. 17200800479-01-15 DE FEBRERO DE 2011 – CONSULTA DE SENTENCIA.**

*... "En claro lo anterior, y como quiera que se encuentra demostrado que el empleador no efectuó afiliación ni consignación alguna a nombre del trabajador a un Fondo Privado de Cesantías, habrá de condenarse la sanción por no consignación a que hace referencia el artículo 99 de la ley 50 de 1990, por la no consignación de las cesantías de los años 2002 y 2003, dentro del plazo máximo previsto por el legislador, esto es, a más tardar el día 14 de febrero de cada año, liquidación que se efectuará teniendo en cuenta las directrices trazadas por la Honorable Corte Suprema de Justicia, así:*

*"... Empero, observa la Corte, que el tribunal asumió la liquidación de dicha indemnización como si se tratase de auxilios de cesantías originados en diferentes contratos, pues aplicó indemnizaciones independientes a cada uno de los incumplimientos anuales, que así corrieron concomitantemente. El auxilio de cesantía como su nombre lo indica, es un ahorro obligatorio instituido por la ley que se capitaliza a favor del trabajador para servirle de soporte por algún tiempo, una vez terminado el contrato de trabajo en que se origina, dado lo cual constituye una sola prestación. El hecho de que la Ley 50 haya autorizado su cancelación anual definitiva durante la vigencia del contrato, no desnaturaliza su unidad, pues se trata de pagos parciales de una misma prestación.*

**FRENTE A LOS INTERESES A LAS CESANTÍAS:**

*De acuerdo con la Ley 52 de 1975, todos los empleadores están obligados a pagar a sus trabajadores, independientemente que estén o no afiliados a un fondo de cesantías, un interés legal del 12% anual sobre el valor de la cesantía de cada trabajador tenga acumulado a 31 de diciembre de cada año. Estos intereses son, por lo tanto, de carácter legal, y se distinguen de los intereses y rendimientos financieros que los fondos de cesantías deben reconocer a sus afiliados sobre el monto de los ahorros por concepto de cesantías.*

*Ahora bien, en tratándose de los intereses a las cesantías ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, sala de Casación Laboral, Sección primera, en sentencia de mayo 20 de 1992, lo siguiente:*

*“ la semejanza de fines, propósitos y aun del tenor literal entre los preceptos en referencia, en cuanto comportan una misma naturaleza normativa generadora de indemnizaciones moratorias, lleva necesariamente a concluir que la aplicación del relativo al no pago de intereses de las cesantías requiere o mejor exige, al igual que el caso del artículo 65 del Código Sustantivo del trabajo, el examen del aspecto subjetivo del deudor incumplido, de su buena o mala fe, para esgrimirlo de la sanción correspondiente en el primer caso, o interponérsela, en el segundo. Y así puede decidirse entonces, que aquella al igual que ésta, no es de aplicación automática”*

#### **RESPECTO AL CONTRATO REALIDAD.**

*La Honorable Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Laboral, en Sentencia con radicado 23987 de marzo 16 de 2005, al respecto de la PRIMACÍA DE LA REALIDAD EN LA RELACIÓN LABORAL, señala parámetros que se deben tener en cuenta de manera rigurosa cuando se ha laborado mediante la forma de contratación denominada prestación de servicios, toda vez que el numeral 2º del artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el 1º de la Ley 50 de 1990, contiene una importante regla de juicio, probatoria, que protege los fundamentales derechos que emanan de la relación laboral, puesto que una vez reunidos los tres elementos que la tipifican los contratos de trabajo, se entiende que existe contrato de trabajo, y no deja de serlo por razón del nombre que se le dé ni de otras condiciones o modalidades que se le agreguen.*

*“Esa regla de juicio le enseña al juez laboral que debe desatender el simple rótulo formal o aparente que se le asigne a los contratos y los documentos que oculten la relación de servicio personal subordinado con nombres o menciones propias de otros contratos.*

*Cuando las partes han estado vinculadas por medio de un contrato de trabajo y en seguida, sin solución de continuidad, aparece sorpresivamente la celebración de un contrato civil y la utilización de formas propias de ese contrato, puede constituir un total desconocimiento de la regla de juicio del citado artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo y, así mismo, del principio constitucional de la primacía de la realidad, admitir la novación del contrato al dar por demostrado ese hecho con base exclusiva en los medios probatorios escritos que no acrediten la forma como el trabajador prestó sus servicios*

*En ese caso la aludida regla probatoria debe ser rigurosamente seguida. El juez debe observar si existe un motivo para admitir el sustancial cambio de la relación y si la independencia jurídica está probada con medios de convicción que le permitan ver, con toda claridad, que la subordinación laboral en efecto cedió ante una total independencia jurídica propia de los contratos civiles, mercantiles y de otro orden (el mandato, la prestación de servicios independientes, la procuración, la agencia, etc.). El rigor en esta materia es ineludible, porque decisiones judiciales que sean tolerantes invitan a evadir el cumplimiento de la ley laboral y a permitir que el beneficiario del servicio aproveche la necesidad del trabajador dependiente para imponerle condiciones que lo perjudican inmediatamente y que afectarán el legítimo disfrute de sus derechos laborales reconocidos por la ley y su seguridad frente al riesgo de vejez, con grave daño no solo individual sino social.*

**LA SENTENCIA T 084 DE 2010** sustenta la reclamación DEL PAGO de todas las acreencias laborales derivadas de los años trabajados para la empresa **PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** y el empleador **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, TODA VEZ QUE EL EMPLEADOR NO HARÁ PAGO DE DICHAS ACREENCIAS LABORALES HASTA QUE NO SEA DECLARADA LA EXISTENCIA DEL CONTRATO LABORAL A TÉRMINO INDEFINIDO, EN SENTENCIA POR EL JUEZ DEL CASO Y SE EMPEZARÁ A CONTAR LOS TRES AÑOS APARTIR DE DICHA DECLARACIÓN.**

#### **RESPECTO A LA ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA.**

*El derecho a la estabilidad laboral reforzada de quienes se encuentran en situación de debilidad manifiesta por limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Reiteración de jurisprudencia*

*10. El derecho a la estabilidad en el empleo consagrado en el artículo 53 de la Constitución, [24] constituye un principio que rige todas las relaciones laborales; dicho mandato se manifiesta en “la conservación del cargo por parte del empleado, sin perjuicio de que el empleador pueda dar por terminada la relación laboral al verificar que se ha configurado alguna de las causales contempladas en la ley como justa”. [25]*

*11. Ahora bien, con fundamento en la interpretación armónica de al menos cuatro preceptos constitucionales, la protección general a la estabilidad en el empleo se refuerza cuando el trabajador “es un sujeto susceptible de discriminación”, [26] o cuando por sus condiciones particulares “puede sufrir grave detrimento de una desvinculación abusiva”. [27]*

*En primer lugar, del artículo 13 superior se extrae que el Estado debe promover las condiciones para que el mandato de igualdad sea real y efectivo, particularmente tratándose de aquellas personas que por razones económicas, físicas o mentales se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, [28] quienes merecen una especial protección “con el fin de*

*contrarrestar los efectos negativos generados por su condición, y hacer posible su participación en las actividades de la sociedad”.[29]*

*Por su parte, los artículos 47 y 54 constitucionales establecen el deber de crear e implementar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos; así como de ofrecer formación profesional y técnica a quienes lo requieran, y garantizar a las personas en situación de discapacidad el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud; en cuarto lugar, el artículo 95 establece el deber de obrar conforme al principio de solidaridad ante eventos que supongan peligro para la salud física o mental de las personas.*

*Así mismo, diversos instrumentos internacionales sobre derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad,[30] han consagrado esta garantía; verbigracia, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad,[31] el Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo -OIT- sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas,[32] y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.[33]*

*12. Estas disposiciones se articulan para construir el derecho fundamental a la estabilidad laboral reforzada.[34] Sobre la base anterior, la Corte ha sostenido que este derecho “nace de la necesidad de garantizar a las personas en situación de debilidad manifiesta, el desarrollo integral dentro de una sociedad consolidada en un Estado Social de Derecho, que reconoce en igualdad de condiciones derechos y obligaciones”.[35]*

*En consonancia, en distintas decisiones se ha enfatizado en la importancia del trabajo en el proceso de integración social de los sujetos que se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta por razones de salud, al erigirse como un instrumento a través del cual se garantiza el desarrollo del individuo, su productividad económica y el acceso a bienes y servicios indispensables para la subsistencia del trabajador y su núcleo familiar.[36]*

*13. Pero ¿quiénes pueden ser considerados como sujetos en circunstancias de debilidad manifiesta por motivos de salud? Al respecto, esta Corporación ha establecido que un trabajador que: “i) pueda catalogarse como persona con discapacidad, ii) con disminución física, síquica o sensorial en un grado relevante, y iii) en general todas aquellos que (a) tengan una afectación grave en su salud; (b) esa circunstancia les ‘impida[a] o dificult[e] sustancialmente el desempeño de sus labores en las condiciones regulares’, y (c) se tema que, en esas condiciones particulares, pueden ser discriminados por ese solo hecho,[37] **está en circunstancias de debilidad manifiesta y, por tanto, tiene derecho a la ‘estabilidad laboral reforzada’.**”[38] Negrillas fuera del original.*

*En ese contexto, la estabilidad laboral reforzada es una garantía para que el trabajador en situación de discapacidad continúe ejerciendo labores y funciones acordes a su estado de salud, con iguales o mejores beneficios laborales a los del empleo que ocupaba y recibiendo la capacitación requerida para realizar las nuevas actividades.*[39]

14. *Es necesario precisar que el concepto de discapacidad no debe confundirse con el de invalidez; ciertamente la elaboración de la noción de discapacidad ha conllevado un proceso lento y difícil, pues en cada momento de la historia, dependiendo de “los conocimientos científicos con los que se ha contado, los legisladores han regulado diversos aspectos de esta problemática. De allí que la terminología empleada en la materia haya cambiado con el paso del tiempo. De hecho, hoy por hoy, se trata de un concepto en permanente construcción y revisión.”*[40]

### **RESPECTO DEL DESPIDO ILEGAL**

*ARTÍCULO 26. LEY 361 DE 1997, NO DISCRIMINACIÓN A PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD. En ningún caso la limitación de una persona podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización del Ministerio del Trabajo*

*En la sentencia **T-405 de 2015**, el Tribunal Constitucional estudió cuatro casos de trabajadores que solicitaban el amparo de los derechos a la estabilidad laboral reforzada y al mínimo vital, tras haber sido terminada su relación laboral a pesar de padecer afectaciones sustanciales de salud. Uno de los actores padecía distintas dolencias en sus manos, rodillas y espalda, las cuales le ocasionaron una disminución física para trabajar; otro había sido diagnosticado con cáncer gástrico razón por la cual se encontraba recibiendo tratamiento médico; en el tercer expediente la trabajadora padecía un tumor maligno de comportamiento desconocido que le ocasionaba un dolor pélvico severo, encontrándose incapacitada al momento del despido; en la cuarta acción, el actor presentaba síndrome del túnel carpiano bilateral severo, enfermedad profesional por la cual le habían practicado un procedimiento quirúrgico.*

*Como problema jurídico, la Sala de Revisión consideró necesario determinar si los respectivos empleadores habían trasgredido las prerrogativas fundamentales invocadas por los accionantes, al desvincularlos de sus correspondientes trabajos sin tener en cuenta las afectaciones de salud que los aquejaban.*

*De acuerdo con dicho planteamiento, se reiteró la jurisprudencia de la Corporación según la cual cuando el juez constitucional comprueba que el empleador: “(a) desvinculó a un sujeto titular del derecho a la estabilidad laboral reforzada sin solicitar la autorización de la oficina del trabajo, y (b) no logró desvirtuar la presunción de despido discriminatorio, (...) tiene el deber prima facie de reconocer a favor del trabajador: (...) la ineficacia de la terminación o del despido laboral (...); el derecho a ser reintegrado a un cargo que ofrezca condiciones iguales o mejores que las del cargo desempeñado (...);[52] el derecho a recibir capacitación para cumplir con las tareas de su nuevo cargo (...),[53] y (...) el derecho a recibir “una indemnización equivalente a ciento ochenta días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo del Trabajo.”*

*De conformidad con lo anterior, en la mayoría de los casos, la Corte determinó la vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes al advertir la concurrencia de los siguientes requisitos: (i) la disminución sustancial de la salud de los trabajadores por lo cual les asistía el derecho a la estabilidad laboral reforzada; (ii) que el despido se había efectuado sin autorización del Ministerio del Trabajo; y (iii) que el empleador no había logrado desvirtuar la presunción de despido discriminatorio. Por consiguiente, amparó los derechos al mínimo vital y a la estabilidad laboral reforzada invocados por los peticionarios.*

*En un único caso, la Sala decidió denegar las pretensiones al advertir que no se demostró el despido del trabajador sino la renuncia al cargo; así refirió que: “para proteger el derecho a la estabilidad laboral reforzada por medio de la acción de tutela, [es] necesario que est[é] demostrado que la terminación de la relación laboral fue imputable exclusivamente al empleador, bien sea por despido directo o indirecto, ya que éste es quien tiene la carga de garantizar la estabilidad laboral reforzada. (...) [S]i no se logr[a] establecer esta situación deb[e] declararse la improcedencia de la acción de tutela.”*

*Cabe resaltar que en uno de los expedientes, frente a la manifestación del empleador respecto a que el despido lo había motivado una justa causa, a saber, el incumplimiento de los deberes de la trabajadora, se sostuvo: “la Sala de Revisión considera que esas afirmaciones no alcanzan a desvirtuar la presunción de despido discriminatorio [...]. Por lo tanto, si la empresa accionada considera que la actora ha incumplido reiteradamente con sus obligaciones laborales, deberá solicitar al Ministerio del Trabajo la autorización para terminación del contrato de trabajo por justa causa”.*

## **PRUEBAS**

Como medio de pruebas, solicito señor juez tener y practicar como tales las siguientes:

### **INTERROGATORIO DE PARTE**

Ruego citar y hacer comparecer para en audiencia, cuya fecha y hora se servirá usted señor Juez señalar, la demandada representada legalmente por el señor **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** o quién haga sus veces, absuelva el interrogatorio de parte que personalmente o a través de cuestionario en sobre cerrado se practique.

### **TESTIMONIALES**

Solicito señor juez se decreten los siguientes testimonios, a fin de que en audiencia pública manifiesten lo que les consta y conocen respecto de los hechos de la demanda y su contestación, los testimonios son pertinentes y conducentes para aclarar y comprobar lo señalado en los hechos y pueden dar claridad sobre las pretensiones de la demanda.

1. **PEDRO CRUZ ARIAS** identificado con C.C 19.367.851 de Bogotá, quien puede ser notificado en carrera 4 ESTE No 16-06 Soacha, con No telefónico 313 359 73 88
2. **JHON DEIVY PORRAS** identificado con C.C No 79.921.168 de Bogotá puede ser notificado en la carrera 97 A No. 38 A 17. Sur, con No telefónico 321 329 71 38.

### **DOCUMENTALES**

De la manera más atenta, solicito que se tengan en cuenta como pruebas los siguientes documentos:

Fotocopia Ref: terminación vínculo laboral 17/06/2019.

Fotocopia (memorando 11/06/2019)

Fotocopia citación nueva valoración (calificación perdida de la capacidad laboral)

Fotocopias de los permisos elaborados por mi poderdante para cumplimiento de citas médicas y demás.

Fotocopias pago de la salud y pensión realizado por el empleador a partir del año 2008.

Fotografías registrando la hora de entra y salida del sitio de trabajo.

Copia del contrato obra o labor con fecha 01/12/2015.

Fotografías realizando aseo a los servicios sanitarios o baños de las instalaciones donde trabaja el señor **JOÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**.

Copia de la audiencia de conciliación celebrada por las partes 04/04/2019.

Certificado de existencia y representación de la sociedad demandada.

Copia del derecho de petición solicitando el pago de acreencias laborales con fecha de 10/09/2018.

Copia del derecho de petición con fecha 23/04/2018.

Copia de la respuesta por parte del empleador del Derecho de petición con fecha 18/10/2018.

Copia declaración extra-juicio No 1747, de **Jhon Deivy Porras Duran**.

Copia declaración extra-juicio No 1748, de **Pedro Cruz Arias**.

#### **PRUEBAS EN PODER DE LA DEMANDADA.**

De manera comedida y en razón a lo preceptuado en el No 2 del parágrafo 1 del Artículo 31 del C.P.T.S.S., desde ya solicito que, con la contestación de la presente demanda, el demandado allegué todas las pruebas documentales que contenga en sus archivos y que competan a la presente Litis, como:

Comprobantes de pago de la remuneración del actor, realizados por la demandada desde el primero de junio del 2000 hasta este momento.

**COMPETENCIA** teniendo en cuenta que se trata de la declaratoria del derecho y que el domicilio de las partes en conflicto es la ciudad de Bogotá, D.C., Considero señor juez, que es usted el funcionario competente para conocer del presente asunto.

**TRÁMITE** se trata de un **PROCESO ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**, reglado por el Decreto 2148 de 1948, adoptado como ordenamiento permanente mediante la Ley 161 de 1961 y reformado por la Ley 712 de 2001 y la Ley 1395 de 2010.

**LA CUANTÍA** de las pretensiones derechos ciertos e indiscutibles, las valoro en \$ 122.667.324, más las indemnizaciones moratorias por valor de \$ 550.255.340; más el valor del cálculo actuarial por la no afiliación al fondo de pensiones y aportes dejados de cancelar; e indemnización por no pago de las prestaciones, de conformidad con el artículo 12 del C.P.T. y de la S.S, modificado por el artículo 46 de la Ley 1395 de 2010.

Es usted competente, señor juez, para conocer de la presente demanda, en consideración de la naturaleza del proceso, del domicilio de las partes y de la cuantía.

**ANEXOS** me permito anexar poder a mi favor, los documentos aducidos como pruebas, copia de la demanda con sus anexos para el traslado a la parte demandada y copia para archivo del juzgado.

#### **NOTIFICACIONES**

Manifiesto al señor Juez, bajo la gravedad de juramento, que las partes recibirán notificaciones de las providencias emanadas de su despacho, en las siguientes direcciones:

**LA DEMANDADA: PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S** representada legalmente por **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** o quien haga las veces al momento de la notificación, las recibirá en la Diagonal 79 B No 71 N 22 oficina 405 en la ciudad de Bogotá.  
Correo Electrónico, se desconoce.

**EL DEMANDANTE:** carrera 12 D Este No 18 A 15 Sur, Barrio la sagrada familia de esta ciudad, Correo Electrónico: cruzariasjosealirio@gmail.com

Yo las recibiré en la carrera 12 D Este No 18 A 15 Sur, Barrio la sagrada familia de la ciudad de Bogotá. Correo electrónico: martariosherrera.77gmail.com

Del Señor Juez

Atentamente,



**MARTA LUCÍA RÍOS HERRERA**

C.C 43.065.817 de Medellín.

T.P. No 292546 C. S de la J.

NOTA: Solo diligenciar cuando exista diagnóstico de la enfermedad por un médico.

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO Cruz Blanca CÓDIGO  
009607 (11011)RFP 009607 (11011)RFP

AFP A LA QUE ESTA AFILIADO Sin AFP Número de póliza: 2313799

ARP A LA QUE ESTA AFILIADO Positiva Compañía de Seguros S.P.

**I. IDENTIFICACIÓN GENERAL**

(1) Empleador  (2) Contratante  (3) Independiente  (4) Cooperativa de Trabajo Asociado  (5) Agreración  (6) Asociación

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Oscar Manuel Reyes Herrera NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SEDE PRINCIPAL): Platos Empalados CÓDIGO: \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

NIT  CC  CE  NU  PA  No. 90951127 - Camera Res N° 31A-07 Sur

TELÉFONO: 7124089 FAX: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO (MAIL): \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: Bogotá CÓDIGO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: Bogotá CÓDIGO: \_\_\_\_\_ ZONA:  U  R

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal?  SÍ  NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_ ZONA:  U  R

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: 28/11/1959 SEXO:  M  F TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:  (1) Planta  (3) Cooperado  (5) Independen.  (2) Misión  (4) Estudiante o aprendiz

CC  CE  NU  PA  No. 79708073

APELLIDO: Cruz SEGUNDO APELLIDO: Arias PRIMER NOMBRE: Jose SEGUNDO NOMBRE: Alvino

TELÉFONO: 7319778 FAX: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: Bogotá CÓDIGO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: Bogotá CÓDIGO: \_\_\_\_\_ ZONA:  U  R

ACCIÓN HABITUAL: Winton de Casas CÓDIGO: ARB14 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DDMMAAAA

SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): \$496.900= JORNADA DE TRABAJO HABITUAL:  (1) DIURNA  (2) NOCTURNA  (3) MIXTA  (4) POR TURNOS

**III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD**

DIAGNOSTICADO POR:  MÉDICO EPS  MÉDICO IPS  MÉDICO ARP  MÉDICO EMPRESA  MÉDICO PARTICULAR

APELLIDOS Y NOMBRE MÉDICO: Luis Fernando Galindo Gomez No. REGISTRO MÉDICO: 358H FIRMA: L.F.G.G.

DIAGNÓSTICO (S): lumbalgia Mecánica Crónica CIE 10: M54.5

visceropatía Lumbar L4L5 L5S1 M54.5

hernia discal L4L5 L5S1 M54.5

**IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(E)**

<b>QUÍMICO</b> <input type="checkbox"/>	<b>FÍSICO</b> <input type="checkbox"/>	<b>BIOLÓGICO</b> <input type="checkbox"/>	<b>AMBIENTAL</b> <input type="checkbox"/>	<b>ERGONÓMICO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Aguas Residuales	
<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Inadecuado Recolección, Tratamiento y Disposición de Basuras Inadecuado de Residuos Peligrosos.	
<input type="checkbox"/> Rocíos	<input type="checkbox"/> Radiaciones	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Emisiones Ambientales.	
<input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Ionizantes	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____	<b>ERGONÓMICO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Radiaciones No Ionizantes	<input type="checkbox"/> Paracitos		
<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Presiones Anormales	<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____		
	<input type="checkbox"/> Efectos del Estado del Tiempo			
	<input type="checkbox"/> Exposición al Frío o Calor			
	<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____			

**Tiempo de Exposición (meses)**

Empresa	Factor de Riesgo	Tiempo de Exposición (meses)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADOS AL TRABAJADOR**

Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le ha realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.

Pre - Ocupacional  SÍ  NO Períodica:  SÍ  NO Egreso o Postocupacional:  SÍ  NO

**VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD**

MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO	FECHA DE MONITOREO
<input type="checkbox"/> Mediciones Ambientales	_____	_____

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	<i>Cruz Blanca</i>	Sujeto a n.º	CÓDIGO
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	<i>Sin AFP</i>	009607 (11011)RFP OI	3107 K11011
ARP A LA QUE ESTA AFILIADO	<i>Positiva Compañía de Seguros S.A.</i>	Numero de Poliza:	2313799

**I. IDENTIFICACIÓN GENERAL**  (1) Empleador  (2) Contratante  (3) Independiente  (4) Cooperativa de Trabajo/Asociado  (5) Agronomía  (6) Asociación

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SEDE PRINCIPAL)		CÓDIGO	
<i>Oscar Manuel Reyes Herrera</i>		<i>Ventosas, Empalmados</i>			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN PRINCIPAL			
NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. <i>907911173</i>		<i>Carrera 85 N.º 310-07 Sur</i>			
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA
<i>7174089</i>			<i>Bogotá</i>	<i>Bogotá</i>	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR					CÓDIGO
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO		DIRECCIÓN	
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA	
					<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:	
NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. <i>798819173</i>		<i>27/01/1977</i>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> (1) Planta <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (5) Independiente <input type="checkbox"/> (2) Misión <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz	
APPELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
<i>Cruz</i>	<i>Ortiz</i>	<i>Jose</i>	<i>Alexis</i>		
TELÉFONO		FAX			
<i>7319778</i>					
DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA			
<i>Bogotá</i>	<i>Bogotá</i>	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R			
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		
<i>Vivero de Casas</i>		<i>1732</i>	<i>DDMM</i>		
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			
<i>\$ 1.960.000</i>		<input checked="" type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS			

**III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD**

DIAGNOSTICADO POR:  MÉDICO EPS  MÉDICO IPS  MÉDICO ARP  MÉDICO EMPRESA  MÉDICO PARTICULAR

APPELLIDOS Y NOMBRE MÉDICO	No. REGISTRO MÉDICO:	FIRMA
<i>Luis Fernando Galindo Gomez</i>	<i>35921</i>	<i>L.F.G.G.</i>
DIAGNOSTICO (S):	CIE 10:	
<i>1: Hiperlipidemia Metabolica Cronica</i>	<i>I55.15</i>	<i>P D M M A A Y Y A</i>
<i>2: osteoartritis lumbar L4/L5 L5/S1</i>		<i>P D M M A A Y Y A</i>
<i>3: hernia discal L4/L5 L5/S1</i>		<i>P D M M A A Y Y A</i>

**IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(E)S**

<input type="checkbox"/> QUÍMICO	<input type="checkbox"/> FÍSICO	<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> AMBIENTAL	<input type="checkbox"/> ERGONÓMICO
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Aguas Residuales	
<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Inadecuado Recolección, Tratamiento y Disposición de Basuras Inadecuado de Residuos Peligrosos.	
<input type="checkbox"/> Rocios	<input type="checkbox"/> Radiaciones	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Emisiones Ambientales	
<input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Ionizantes	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?	
<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Radiaciones No Ionizantes	<input type="checkbox"/> Parásitos		
<input type="checkbox"/> Otros Cuál?	<input type="checkbox"/> Presiones Anormales	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?		
	<input type="checkbox"/> Efectos del Estado del Tiempo			
	<input type="checkbox"/> Exposición al Frío o Calor			
	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?			

Empresa: \_\_\_\_\_ Factor de Riesgo: \_\_\_\_\_ Tiempo de Exposición (meses): \_\_\_\_\_

**Tiempo de Exposición (meses)**

**V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADOS AL TRABAJADOR**

Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le ha realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.

Pre - Ocupacional  SI  NO Períodica:  SI  NO Egreso o Postocupacional:  SI  NO

**VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD**

MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO	FECHA DE MONITOREO
		<i>DDMM</i>

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. S.P.A.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	Cruz Blanca	CÓDIGO	009607 (11011)RFP 009607 41101118
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	Sin AFP	Numero de póliza:	2313799
ARP A LA QUE ESTA AFILIADO	Positiva Compañía de Seguros S.P.A.		

<b>I. IDENTIFICACIÓN GENERAL</b>		<input checked="" type="checkbox"/> (1) Empleado	<input type="checkbox"/> (2) Contratante	<input type="checkbox"/> (3) Independiente	<input checked="" type="checkbox"/> (4) Cooperativa de Trabajo Asociado	<input type="checkbox"/> (5) Agrupación	<input type="checkbox"/> (6) Asociación
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SEDE PRINCIPAL)			CÓDIGO		
Cruz Blanca		Riesgos Profesionales					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN PRINCIPAL					
NIT	CC	<input checked="" type="checkbox"/> CE	NU	PA	No.	Cruz Blanca S.A. 310-07 Sur	
71741059						DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO
						Bogotá	Bogotá
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO			ZONA		
					<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R		
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:							
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO		DIRECCIÓN			
TELEFONO	FAX	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA	
						<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	

<b>II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD</b>							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:	
<input type="checkbox"/> CC	<input checked="" type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> NU	<input type="checkbox"/> PA	No.	27/07/1973	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
Cruz		Blanca	José	Diego			
TELEFONO				FAX			
71741059							
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO	ZONA			
Bogotá		Bogotá		<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R			
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA				
Cruz Blanca			DDMMAAAA				
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)				JORNADA DE TRABAJO HABITUAL			
\$ 1.900.000				<input checked="" type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS			

<b>III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD</b>							
DIAGNOSTICADO POR:							
<input checked="" type="checkbox"/> MÉDICO EPS <input type="checkbox"/> MÉDICO IPS <input type="checkbox"/> MÉDICO ARP <input type="checkbox"/> MÉDICO EMPRESA <input type="checkbox"/> MÉDICO PARTICULAR							
APELLIDOS Y NOMBRE MÉDICO				No. REGISTRO MÉDICO:	FIRMA		
Luis Fernando Galindo Gomez				75841	L.F.G.		
DIAGNOSTICO (S):				CIE 10:			
1. Síndrome de Guillain-Barre				L545			
2. Neuropatía periférica sensorial de los miembros inferiores				G63.0			
3. Neuropatía periférica sensorial de los miembros superiores				G63.1			

<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDADE(S)</b>							
QUÍMICO <input type="checkbox"/>	FÍSICO <input type="checkbox"/>	BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	AMBIENTAL <input type="checkbox"/>	ERGONÓMICO <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Aguas Residuales				
<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Inadecuado Recolección, Tratamiento y Disposición de Basuras Inadecuado de Residuos Peligrosos.				
<input type="checkbox"/> Rocíos	<input type="checkbox"/> Radiaciones	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Emisiones Ambientales				
<input type="checkbox"/> Nebllinas	<input type="checkbox"/> Ionizantes	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?				
<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Radlaciones No Ionizantes	<input type="checkbox"/> Paracitos					
<input type="checkbox"/> Otros Cuál?	<input type="checkbox"/> Presiones Anormales	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?					
	<input type="checkbox"/> Efectos del Estado del Tiempo						
	<input type="checkbox"/> Exposición al Frío o Calor						
	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?						
<b>Tiempo de Exposición (meses)</b>	Empresa	Factor de Riesgo	Tiempo de Exposición (meses)				

<b>V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADOS AL TRABAJADOR</b>							
Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le ha realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.							
Pre - Ocupacional	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Periódica:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Egreso o Postocupacional:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

<b>VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD</b>							
MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO					FECHA DE MONITOREO	
						DDMMAAAA	

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	<i>Cruz Roja</i>	Sujeto a revisión	CÓDIGO
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	<i>Sin AFP</i>	009607 (11011)RFP 0016371 (11011)RFP	
ARP A LA QUE ESTA AFILIADO	<i>Positiva (Compañía de Seguros S.A.)</i>	Numero de póliza: 2313799	

**I. IDENTIFICACIÓN GENERAL**

(1) Empleado  (2) Contratante  (3) Independiente  (4) Cooperativa de Trabajo Asociado  (5) Agrupación  (6) Asociación

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	<i>Compañía Cruz Roja</i>	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SEDE PRINCIPAL)	<i>Redes de Embarcaciones</i>	CÓDIGO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN PRINCIPAL	<i>Carretera 85 - 1310-07 Sur</i>		
NIT	<input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA No. <i>607011173</i>	DEPARTAMENTO	<i>Bogotá</i>	MUNICIPIO	<i>Bogotá</i>
TELÉFONO	<i>7171059</i>	CÓDIGO MUNICIPIO		CÓDIGO ZONA	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO		ZONA	
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:					
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO		DIRECCIÓN	
TELÉFONO		DEPARTAMENTO		CÓDIGO MUNICIPIO	
					<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL:
<input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA No. <i>7171059</i>	<i>27/07/1977</i>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> (1) Planta <input type="checkbox"/> (3) Cooperado <input type="checkbox"/> (5) Independ. <input type="checkbox"/> (2) Mision <input type="checkbox"/> (4) Estudiante o aprendiz
APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<i>Blanco</i>	<i>Daniel</i>	<i>José</i>	<i>Blanco</i>
ECCIÓN		TELÉFONO	FAX
<i>Turkey 1570-01</i>		<i>7719775</i>	
DEPARTAMENTO	CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO ZONA	
<i>Bogotá</i>	<i>Bogotá</i>	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R	
ACCIÓN HABITUAL	CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	
<i>Trabajo de casa</i>	<i>1212</i>	<i>DDMM/AA/AA</i>	
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL		
<i>\$190.000</i>	<input checked="" type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS		

**III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD**

DIAGNOSTICADO POR:

MÉDICO EPS  MÉDICO IPS  MÉDICO ARP  MÉDICO EMPRESA  MÉDICO PARTICULAR

APELLIDOS Y NOMBRE MÉDICO	No. REGISTRO MÉDICO	FIRMA
<i>Luis Fernando Galvan Gomez</i>	<i>75541</i>	<i>[Firma]</i>
DIAGNOSTICO (S):	CIE 10:	
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<i>F41.1</i>	<i>DDMM/AA/AA</i>
<i>Trastorno de ansiedad inducido por</i>		<i>DDMM/AA/AA</i>
<i>estrés social debido a</i>		<i>DDMM/AA/AA</i>

**IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDAD(E)**

<b>QUÍMICO</b> <input type="checkbox"/>	<b>FÍSICO</b> <input type="checkbox"/>	<b>BIOLÓGICO</b> <input type="checkbox"/>	<b>AMBIENTAL</b> <input type="checkbox"/>	<b>ERGONÓMICO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Aguas Residuales	
<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Inadecuado Recolección, Tratamiento y Disposición de Basuras Inadecuado de Residuos Peligrosos.	
<input type="checkbox"/> Rocíos	<input type="checkbox"/> Radiaciones	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Emisiones Ambientales	
<input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Ionizantes	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?	<b>ERGONÓMICO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Radiaciones No Ionizantes	<input type="checkbox"/> Parásitos		
<input type="checkbox"/> Otros Cuál?	<input type="checkbox"/> Presiones Anormales	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?		
	<input type="checkbox"/> Efectos del Estado del Tiempo			
	<input type="checkbox"/> Exposición al Frío o Calor			
	<input type="checkbox"/> Otros Cuál?			

<b>Tiempo de Exposición (meses)</b>	Empresa	Factor de Riesgo	Tiempo de Exposición (meses)

**V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADOS AL TRABAJADOR**

Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le ha realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.

Pre - Ocupacional  SI  NO      Periódica:  SI  NO      Egreso o Postocupacional:  SI  NO

**VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD**

MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO	FECHA DE MONITOREO

UD6543227  
Caja 1398758  
Ub. 61442

VICEPRESIDENCIA TECNICA

FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

POSITIVA

1 INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN  
Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47503 2010/04/19

2 INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA  
Sucursal NIVEL NACIONAL  
Direccion Calle 99 No.10-08 Piso 5 Telefono 6502200

3 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO  
Primer Apellido CRUZ Segundo Apellido ARIAS Nombres JOSE ALIRIO  
Tipo Documento CEDULA DE Identificación 79208073 Género MASCULINO  
Fecha Nacimiento 1969/11/28 Edad 40 Años  
Estado Civil SOLTERO Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

4 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO  
4.1 DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA CEDULA DE 80251127  
Denominacion Cargo PINTOR Ocupacion (Res 1830/99) 590  
Codigo Actividad Dto. 2455202 Antig. en el Cargo 8 Antig. en la empresa 8  
Descripcion Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.  
del Cargo Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

4.2 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AÑOS)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	PINTOR	8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,

5 FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
HISTORIA CLINICA	MD laboral 16/12/2009 Dx hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pacte patologia de columna con FR presente. Actualmente controlado
HISTORIA CLINICA	Ortopedia 09/06/2009 Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatología en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10 Kg
HISTORIA CLINICA	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bipeda. RNMK HD L4 L5 extruida.
EXAMENES PARACLINICOS	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
OTROS	Concepto origen EPS



# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47503 2010/04/19

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal NIVEL NACIONAL  
Direccion Calle 99 No.10-08 Piso 5 Telefono 6502200

### 5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

#### 5.1. RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	18/05/2010 Cargo. Pintor contratista. Estucar Cargar bultos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en donde este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 dias estucando 1 apto. Sube en un día 8 bulto
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Cargar bulto. flexión tronco 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Estucar planos bajos: Tronco flex 60 a 80, con inclinación izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 dias en apto
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bultos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

#### 5.2. DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION

DIAGNOSTICO	ID DX
Lumbalgia mecánica crónica	M545
Hernia discal L4 L5	M541

#### 5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central
NC y EMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha
Fisiatria	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clinicos de mielopatía o Radiculopatía

### 6. CALIFICACION DEL ORIGEN

Origen PROFESIONAL Evento ENFERMEDAD Fecha AT o Dx. EP: Jueves, 04 Febrero de 2010

#### Sustentación

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas



VICEPRESIDENCIA TECNICA

FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

1 INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47503 2010/04/19

2 INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal NIVEL NACIONAL
Direccion Calle 99 No.10-08 Piso 5 Telefono 6502200

de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 , patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. CONCLUSION De acuerdo a la información disponible, cumple los criterios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

3 RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION: Comisión Médica Interdisciplinaria Art. 6 y 9 Ley 776/02

RAUL ANDRES RIVERO CALVO

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE CALIFICACION

"El presente dictamen se notifica a: \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
A partir de esta fecha el interesado tendrá cinco (5) días hábiles para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art 52 ley 962/05, Art. 5 decreto 2463/2001 y Art 5 Ley 962/2005)"
Firma y cédula del notificado Nombre y firma del notificador

Faltarecaudo  
de Febrero



Bogotá D.C, 26 de febrero de 2010

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Origen: CRUZ BLANCA EPS  
Destino: MATRIZ.GERENCIA MEDICA  
Origen: CALIFICACION DE ORIGEN O  
Fecha: 04/03/2010 01:13 PM  
Radi: ENT - 19321 [Sec:11]  
Fol: 1 Anexo: 66

SEÑORES:  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS ARP**  
Comisión Laboral  
CALLE 99 No. 10-08

**Referencia:** Calificación de Origen en segunda oportunidad  
2848

Respetados Señores:

Respecto al caso de nuestro usuario **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**, identificado con cédula de ciudadanía 79208073 enviado a valoración por medicina laboral con Patología de origen OCUPACIONAL por (EP) se envía caso para valoración en segunda oportunidad con fundamento en Decreto 1295/94, Resolución 266 del 2000, decreto 2463 /2001, resolución 2569/1999, ley 776/2002.

Se Anexa fotocopia de DOCUMENTOS:

- Afiliación a ARP: Recibido EMPLEADOR NO ENVIO DOCUMENTO
- Examen de ingreso: Recibido EMPLEADOR NO ENVIO DOCUMENTO
- Historia clínica de la EPS: 20/01/2010
- Historia clínica Ocupacional: 19/11/2009
- Panorama de Riesgos: Recibido 19/11/2009
- Certificado de cargos y labores: Recibido 19/11/2009
- Estudio De puesto de trabajo: Recibido EPS 19/11/2009
- FUREP: Recibido EMPLEADOR NO ENVIO DOCUMENTO
- Concepto Grupo Multidisciplinario Salud Ocupacional: : Recibido: 4/02/2010

Favor responder en términos legales a partes (usuario, E.P.S, Empleador).

**Remitir documentación a Cra.45 A # 93 -96 o comunicarse al 6365691.  
Adjuntando copia de esta solicitud.**

Cordialmente,

**LILIANA JIMENA PERDOMO QUINTERO**  
Apoderada Legal para eventos AT y EP  
Recobros y Asesorias Empresariales  
REASSE

IANE

C.co. ALCABAMA S.A. CRA 8 ESTE # 31 A 07 APTO.201

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS TEL. 3333692  
CRA. 4 # 15-17 ANTIGUA ) BARRIO SAN CRISTOBAL SUR

CASO DE: CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO

**CALIFICACION DE ORIGEN DEPENDENCIA TECNICA  
SALUD OCUPACIONAL**

**1-DATOS GENERALES**

**Fecha:** 2/4/2010  
**Nombre:** CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
**Identificación:** 79208073  
**Edad:** 39 AÑOS  
**Empresa:** ALCABAMA S.A.  
**Cargo:** PINTOR DE CASAS  
**ARP:** POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS ARP  
**AFP:** ND  
**EPS:** CRUZ BLANCA

**2- DOCUMENTACIÓN Y SOPORTES PARA ANÁLISIS DE CASOS:**

- o Historia Clínica
- o Concepto(s) del(os) Especialista(s) Interconsulta (s)
- o Exámen de Ingreso.
- o Historia Ocupacional
- o Panorama de Riesgos
- o Estudio de Puesto de Trabajo
- o Laboratorios e Imágenes Diagnósticas
- o Concepto de Salud Ocupacional de la EPS.
- o Mediciones Ambientales
- o Informe de Enfermedad Profesional
- o Informe de Accidente de Trabajo

**3- HISTORIA LABORAL:**

Se desempeña como trabajador de la construcción pintor de casas hace 20 años.

**4- HISTORIA Y ORIGEN DE LA LESIÓN:**

Paciente con diagnostico de: Lumbalgia mecánica crónica, Discopatía lumbar L4L5 -L5S1. Hernia discal L4L5 y L5S1, asociado a su labor como pintor de casas. Diagnósticos confirmados por la especialidad de ortopedia, neurocirugía.

RNM Columna lumbosacra 19-07-09: Los hallazgos descritos son compatibles con hernia discal L4L5 subarticular derecha y L5S1 sugestivos de osteocondrosis.

RX Columna: Normal.

Electromiografía 25-08-09. Compatible con radiculopatía S1.

Valorado Medicina Laboral: considera patologías de origen laboral asociado a su labor, por exposición laboral a posición bípeda. Carga física y movimientos de flexo

**CASO DE: CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**

extensión y rotación del segmento lumbar. , remisión de caso a grupo calificador de la EPS.

Laboratorios: Glicemia, RA Test, PCR, TSH, Normal.

**5- Dx SINDROMÁTICO:**

1. Lumbalgia mecánica crónica.
2. Discopatía lumbar L4 L5 L5S1.
3. Hernia discal L4L5 -L5S1.

**6- Dx ETIOLÓGICO:**

Riesgo ergonómico, Movimientos repetitivos en columna carga física. Lesión por trauma Acumulativo.

**7- CONCEPTO DE ORIGEN:**

Patologías de Origen Ocupacional por E.P

**8- CONSIDERACIONES MÉDICO OCUPACIONALES**

Paciente expuesto por 20 años riesgo ergonómico para miembros superiores y columna lumbar como pintor de casas , con trauma crónico dado por posición bípeda permanente , posiciones forzadas prolongada , flexo -extensión de tronco.

No hay examen de ingreso.

No hay exámenes periódicos ó historia ocupacional.

Panorama de riesgos con presencia de factor de riesgo ergonómica.

No hay estudio de puesto de trabajo.

Por grupos de exposición laboral: Se evidencia exposición a factor de riesgo ergonómico en segmento de columna lumbar dado por posición bípeda prolongada y mantenida, flexo extensión, rotación de columna y carga física fuera de estándar. Adicionalmente por GATISO MPS se confirma relación patología labor.

En caso de existir desacuerdo con esta calificación, por alguna de las partes ; debe informar por escrito a la EPS y ARP dentro de los cinco días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, para proceder según recursos establecidos en el Artículo 52 de la Ley 962 de 2005.

**9- CONSIDERACIONES LEGALES:**

Se procederá con fundamento en la ley 100. Decreto, 1295, Decreto 2463 de 2001, Resolución 2569 de 1999, Ley 776 de 2002, Ley 962 de 2005.

**10-FECHA DE DIAGNÓSTICO:**

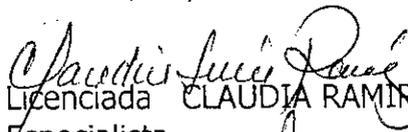
\*ND

CASO DE: CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO

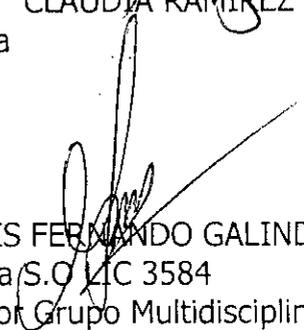
**11- CONCLUSIONES:**

- 1- Patología de origen Ocupacional por Enfermedad Profesional
- 2- Informe de la contingencia a la ARP respectiva adjuntando documentación pertinente.
- 3 - Continuar manejo medico según criterio del especialista.
- 4- Reforzar el P.S.O en la Empresa.
- 5- En caso de existir desacuerdo con esta calificación, por alguna de las partes debe informar por escrito a la EPS y ARP dentro de los cinco días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, para proceder según recursos establecidos en el Artículo 52 de la Ley 962 de 2005.

Responsables de la calificación en primera oportunidad:

  
Licenciada CLAUDIA RAMIREZ  
Especialista

  
Doctor JOHN JAIRO GUTIERREZ R.  
Médico Fisiatra - Especialista S.O

  
Doctor LUIS FERNANDO GALINDO GOMEZ MD  
Especialista S.O LIC 3584  
Coordinador Grupo Multidisciplinario

CRB 2848



**CEMES- CENTRO DE ESPECIALISTAS PEPE SIERRA  
CRUZ BLANCA EPS**

Bogotá D.C, 16 de octubre de 2009

Señores:  
**ALCABAMA SA**  
Ciudad  
Atte: Salud Ocupacional

El área de Riesgos Profesionales de **CRUZ BLANCA EPS** ; realizó la valoración médica ocupacional para la paciente:

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS con c.c. 79.208.073 de Bogotá**

**IDX:**

**. HERNIA DISCAL L4L5 Y L5S1**

**- LUMBALGIA CRONICA**

Por tal razón y conforme con la LEY 776, Dec 1295 , Dec 2463, Analizando antecedentes médicos y ocupacionales dan las siguientes recomendaciones para la patología : **ORIGEN EN ESTUDIO**

Se considera caso de alta probabilidad de posible enfermedad profesional por lo cual solicito, documentación para estudio en Primera Instancia (Ley 100/93, Dec 1295/94, Dec 2463/01, Ley 776/02), de **posible** enfermedad profesional.

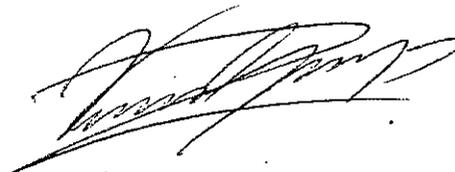
- Afiliación a ARP (copia)
- Último recibo de pago ARP (copia)
- Examen de ingreso y/o periódicos (copia, si lo hay)
- Historia clínica ocupacional (copia, si la hay)
- Historia clínica con paraclínicos realizados por EPS (corresponde al paciente)
- Panorama de Riesgos (copia, si lo hay)
- Certificado de cargos y labores (original)
- Estudio de puesto de trabajo (Empleador o ARP)
- Formato de reporte único de presunta Enfermedad Profesional

En el evento de no contar con alguno de los documentos solicitados les agradecemos informarlo por escrito en un término no superior a los 15 días de recibida la comunicación.

**Favor remitir la documentación a la carrera 45 A N. 93- 96 Bogotá, Sección de Recobros de ARP, adjuntando copia de ésta solicitud. Cualquier inquietud acerca el proceso de calificación favor comunicarse al tel 6 36 56 91**

Cordialmente,

  
**Yamileth Rocío Caguazango Rangel**  
Medicina del Trabajo y Laboral  
c.c 52.056.884 de Bogotá  
LSO 7536/06



21  
C

# OSCAR REYES REYES

Bogotá, 30 de Octubre de 2009

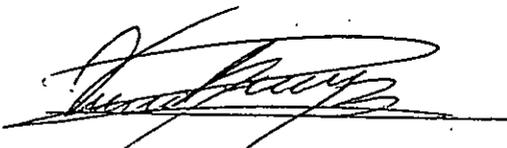
Señores: CRUZ BLANCA E.P.S.

## CERTIFICADO DECARGOS Y LABORES

Por medio de la presente describo las actividades que el señor José Alirio Cruz desempeña en su puesto de trabajo; al ser pintor su actividades mas comunes son:

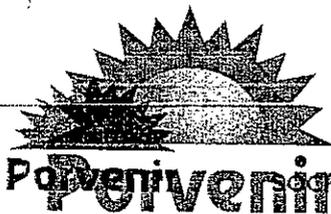
- Traslado de canecas de pintura de un lugar a otro con o sin carretilla.
- Lijado de muros y techos.
- Pintar con brocha bordes donde no llegue el rodillo.
- Pintar con rodillo moros con la ayuda de un palo de escoba para mayor alcance.
- Subir escaleras para pintar techos y/o alcanzar otros niveles de los edificios.

Atentamente



Oscar Reyes

CC 80.251.127



Dirección General Carrera 13 N° 27-75  
 Fax: 339 3000 Extensión 4920  
 A.A.: 241800  
 Bogotá D.C., Colombia.  
 www.porvenir.com.co

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS

Relación Histórica de Movimientos

Cedula 79208073      Nombre JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS      Numero Cuenta 3208741  
 Direccion CL 54 B 80 A 23 SUR      Ciudad BOGOTA D.C.      Departamento BOGOTA  
 Valor Unidad 20925.20631614      Saldo Unidades 29.15216457      Saldo Pesos 610,015  
 Estado Afiliado VIGENTE      Subestado Afiliado INICIAL      Fecha Solicitud 2008/03/03  
 Fecha Afiliacion 2008/05/01

Fecha Movimiento	Periodo Pago	Nit Pago	Razon Social	IBC	Aporte Obligatorio	Comision	Fsp	Fgpm	Vol Afiliado	Vol Empleador	Alt Riesgo	Sancion	Tipo Cotizante	Dias
2008/08/12	200807	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	46,150	5,318	1,388	0	694	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2008/09/17	200808	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	461,500	53,072	13,845	0	6,923	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2008/10/08	200809	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	461,500	53,072	13,845	0	6,923	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2008/11/18	200810	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	461,500	53,072	13,845	0	6,923	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2008/12/01	200811	17.187.807	LOPEZ INOCENCIO	77,000	8,851	2,309	0	1,155	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2008/12/16	200811	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	15,626	1,797	469	0	234	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/01/02	200812	17.187.807	LOPEZ INOCENCIO	462,000	53,116	13,856	0	6,928	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/02/02	200901	17.187.807	LOPEZ INOCENCIO	17,000	1,953	509	0	255	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/02/19	200901	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	33,127	3,810	993	0	497	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/03/31	200902	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/04/20	200903	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/05/19	200904	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	17,000	1,953	509	0	255	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/07/17	200906	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	DEPENDIENTE	30
2009/08/25	200907	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	EMPLEADA D	30
2009/09/21	200908	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	EMPLEADA D	30







MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FORMATO DE INSCRIPCION DE COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL

III. REPRESENTANTES AL COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL POR LA EMPRESA

PRINCIPALES

SUPLENTES

NOMBRE FERNANDO A. FERNANDEZ R.  
C.C. 2.205.257  
FIRMA [Signature]

NOMBRE YINETH ASTRID OJUELO  
C.C. 52298666  
FIRMA [Signature]

NOMBRE \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_  
FIRMA \_\_\_\_\_

POR LOS TRABAJADORES

PRINCIPALES

SUPLENTES

NOMBRE MOURICIO DIAZ  
C.C. 10181448  
FIRMA [Signature]

NOMBRE MARIA ABAUNTA FERNANDEZ  
C.C. 39665578  
FIRMA [Signature]

NOMBRE \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_  
FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA DE CONSTITUCION 

15	10	08
----	----	----

  
DIA MES AÑO

PRESIDENTE [Signature]

SECRETARIO [Signature]

NOTA: ESTE REGISTRO ES VALIDO POR DOS (2) AÑOS Y DEBE DILIGENCIARSE A MÁS TARDAR A LOS OCHO DÍAS DE CONSTITUIDO EL COMITÉ. ESTE FORMULARIO SE LE DEBE ANEXAR ORIGINAL Y COPIA DEL ACTA DE CONSTITUCIÓN CON EL RESPECTIVO ESCRUTINIO FIRMADO POR TODOS LOS INTEGRANTES CON NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA

IV. REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

AUTO NÚMERO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE LA INSCRIPCIÓN:

FIRMA: [Signature]





Código: ARPSO-005-F0

Versión: 001

Fecha: 2008-1

FORMATO  
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGOS

NOMBRE DE LA EMPRESA: JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA

NIT: 79117587

RESPONSABLE: FERNANDO

NUMERO DE TRABAJADORES

15

AREA	CONDICION DE TRABAJO	FUENTE	EFECTOS POSIBLES	FREQ	DUR	CONTROL ACTUAL			E	L	G	I	R	C	S	P	R	
	FACTOR DE RIESGO					Control Fuente	Control Medio	Control Individuo										
GERENCIA	PSICOSOCIAL: (Contenido de la tarea, Gestion Administrativa)	Alto nivel de responsabilidad. Manejo de personal. Toma de decisiones. Atención a cliente externo.	Estrés, irritabilidad, cefalea, cansancio físico y mental	1	8	NO	NO	NO										
	ERGONOMICO: (Carga Dinamica).	Micromovimientos repetitivos de manos (uso de teclado y ratón).	Síndrome del túnel del carpo	1	8	NO	NO	NO										
	ERGONOMICO: (Carga Estática).	Adopción de posturas sentado, diseño puesto de trabajo.	Alteraciones osteomusculares y vasculares.	1	8	NO	NO	NO										
	TRANSITO: (Colisiones. Atropellamientos).	Uso de transporte público o privado al visitar clientes externos.	Accidentes de tránsito, Golpes, contusiones, muerte	1	8	NO	NO	NO	10	10	10	1000	Alto	1	1000	Bajo		
	RIESGO PUBLICO	Riesgos de la calle . .	Accidentes por condiciones de la calle. Asaltos.	1	8	NO	NO	NO	10	10	10	1000	Alto	1	1000	Bajo		
SUPERVISOR DE OBRA	PSICOSOCIAL: (Contenido de la tarea)	Alto nivel de responsabilidad. Manejo de personal. Toma de decisiones. Atención a cliente externo.	Estrés, irritabilidad, cansancio físico y mental.	1	8	NO	NO	NO										
	ERGONOMICO: (Carga Dinámica)	Generados por los movimientos de tipo repetitivo de las estructuras de hombro, brazo, antebrazo, muñeca y dedos.	Lesiones osteomusculares por trauma acumulativo como túnel de carpo, tendinitis de muñeca o codo.	1	8	NO	NO	NO										
	ERGONOMICO: (Carga Estática)	Generado por la postura sedente o bipeda mantenida que recarga las estructuras osteomusculares y adopción inadecuada de posturas	Edema en miembros inferiores, trastorno de las articulaciones, Dolor en espalda alta y baja, lesiones osteomusculares	1	8	NO	NO	NO										
	RIESGO PUBLICO	Riesgos de la calle .	Accidentes por condiciones de la calle. Asaltos.	1	8	NO	NO	NO	10	10	10	1000	Alto	1	1000	Bajo		

OBRA	FISICO: (Ruido, vibración)	Generado por manipulación y martillado	Alteraciones auditivas. Dolor de cabeza, desconcentración irritabilidad.	13	8	NO	NO	NO	6	10	7	420	Medio	5	2100	Medio	Ext. Efe. cap. alte.
	QUIMICO	Generados polvos, gases o vapores.	Afectación pulmonar.	13	8	NO	NO	NO									Us. res.
	BIOLOGICO	Generados por virus, bacterias, hongos	Alteración en el organismo.	13	8	NO	NO	NO									Cap. pro. vac.
	ERGONOMICO: (Carga Dinámica)	Generados por los movimientos de tipo repetitivo de las estructuras de hombro, brazo, antebrazo, muñeca y dedos.	Lesiones osteomusculares por trauma acumulativo como túnel de carpo, tendinitis de muñeca o codo.	13	8	NO	NO	NO									Cap. higie. activ.
	ERGONOMICO: (Carga Estática)	Generado por la postura sedente o bipeda mantenida que recarga las estructuras osteomusculares y adopción inadecuada de posturas	Edema en miembros inferiores, trastorno de las articulaciones, Dolor en espalda alta y baja, lesiones osteomusculares	13	8	NO	NO	NO									Cap. higie. activ.
	PSICOSOCIAL. (Contenido de la tarea)	Alto nivel de responsabilidad.	Estrés, irritabilidad, cefalea, cansancio físico y mental	13	8	NO	NO	NO									Cap. Con. Inte. Form. culti.
ALMACENAMIENTO	PSICOSOCIAL: (Contenido de la tarea)	Alto nivel de responsabilidad. Manejo de personal. Toma de decisiones. Atención a cliente externo.	Estrés, irritabilidad, cansancio físico y mental.	4	8	NO	NO	NO									Cap. Rel. activ.
	ERGONOMICO: (Carga Dinámica)	Generados por los movimientos de tipo repetitivo de las estructuras de hombro, brazo, antebrazo, muñeca y dedos.	Lesiones osteomusculares por trauma acumulativo como túnel de carpo, tendinitis de muñeca o codo.	4	8	NO	NO	NO									Cap. higie. activ.
	ERGONOMICO: (Carga Estática)	Generado por la postura sedente o bipeda mantenida que recarga las estructuras osteomusculares y adopción inadecuada de posturas	Edema en miembros inferiores, trastorno de las articulaciones, Dolor en espalda alta y baja, lesiones osteomusculares	4	8	NO	NO	NO									Cap. higie. activ.
SERVICIOS GENERALES	ERGONOMICO: (Carga estática) (bipedestación)	Posturas prolongadas y/o inadecuadas	Patologías osteomusculares, alteraciones posturales	4	8	NO	NO	NO									Cap. post. recor. desc. requ.
	SEGURIDAD: (Manejo de herramientas y elementos de aseo, contactos de incendio)	Ubicación y manipulación de elementos de aseo y de utensilios de cafetería	Golpes, atrapamientos, laceraciones, quemaduras	4	8	NO	NO	NO	4	7	6	168	Bajo	3	504	Bajo	Se re. man. ubica. las h.
	PSICOSOCIAL: (Contenido de la tarea, organización del tiempo)	Trabajo repetitivo, monotonía, ritmo de trabajo.	Fatiga física, estrés, bajo rendimiento.	1	8	NO	NO	NO									Hace depo. jorna. mane.

INSTALACIONES EN GENERAL	INCENDIO	Cargas combustibles en áreas administrativas y operativa compuestas principalmente por papelería, muebles en madera, cauchos, solventes	Incendios, quemaduras, muerte. Daño a instalaciones y equipos	14	8	NO	NO	NO	4	7	6	168	Bajo	5	840	Bajo	Se recarga señaliz
	LOCATIVO	Ausencia de señalización.	Desconocimiento de los procedimientos para evacuación en emergencias y por ende se puede producir caídas, lesiones, atrapamientos etc., esguince, lesiones osteomusculares.	14	8	NO	NO	NO	4	7	6	168	Bajo	5	840	Bajo	Se recarga señaliz

## POLITICA DE SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN AMBIENTAL

La empresa JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA esta comprometida en adelantar operaciones seguras y ambientales aceptables. Nuestro compromiso con la salud, la seguridad y el ambiente están prioritario como otros objetivos principales de la empresa.

Promovemos un lugar saludable de trabajo, buenas prácticas de Salud Ocupacional entre nuestroS empleados, y nos aseguramos de que nuestras actividades no ocasionen amenazas a la salud de los compañeros de trabajo, de los contratistas o de la comunidad.

Igualmente brindaremos condiciones de trabajo seguras y entrenamiento en seguridad industrial en todos los niveles, manteniendo estándares y controles para el desempeño en las diferentes actividades con el objeto de eliminar todos los actos y condiciones inseguras en le lugar de trabajo que pueden ocasionar lesiones personales o daños a la propiedad.

Buscaremos eliminar todas las actividades que tengan un efecto adverso sobre el ambiente.

En cumplimiento de esta política, desarrollaremos en su totalidad la legislación aplicable, las políticas corporativas y los estándares de la industria.

La responsabilidad directa por la salud, la seguridad y la protección del medio ambiente descansa en la gerencia en línea. Sin embargo, es deber de todos los empleados adelantar su trabajo de acuerdo con estos principios y los estándares establecidos.

  
Firma del Representante

Fecha 19-09-2008.

Formato

ASISTENCIA DE TRABAJADORES A CAPACITACIONES - POR EMPRESA

SECCIONAL	CUNDINAMARCA	CONTRATISTA	X	ARPISS
-----------	--------------	-------------	---	--------

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL EXPOSITOR	EDGAR MAURICIO ACOSTA				
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CONSALUD				
DATOS DE LA EMPRESA					
RAZÓN SOCIAL	JUAN MANUEL REPES VALDERRAMA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	79117587	ACTIVIDAD ECONÓMICA	A
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	CODIGO		CIUDAD	BOBOTA

INFORMACION

TEMAS	ASESORIA Y CAPACITACION PARA EL MONTAJE BRIGADAS DE EMERGENCIAS PRIMEROS AUXILIOS					
HORARIO	HORA DE INICIO	:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	HORA DE FINALIZACIÓN	:	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>

Apreciado asistente, para diligenciar su certificado de asistencia, solicitamos escribir sus nombres y apellidos en letra impresa

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR	N° IDENTIFICACION	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
Fernando A. Hernandez Reyes	2265257	R.S.O.	3121880807	
Mauricio Diaz	1018144	PINTOR	7754043	
Maria Mercedes Abuunza Hernandez	3966557	Encargada	7260268	





 Formato <b>EVALUACIÓN DEL GRADO DE DESARROLLO DE P.S.O</b>	Código: ARPSO-F03
	Versión: 4 Fecha: 2007-08

SECCIONAL	CUNDINAMARCA
-----------	--------------

FECHA	2008	10	10
	AÑO	MES	DIA

IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE EMPRESA	JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	NTI:	79117567-2
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	CIUDAD	BOGOTA
CODIGO ACT.ECONOMICA	4552		

Seleccione una de las alternativas y escriba el valor correspondiente en la columna "criterios" de acuerdo a la tabla de calificación. A: Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos), B: Cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 pts), C: La actividad se realiza con los criterios mínimos (3 puntos), D: No se tiene información (0 puntos).

Nº	ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE S.O.	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	EXISTE UN DOCUMENTO ACTUALIZADO QUE CONTIENE EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA Y EL COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL	5			
2	LA POLÍTICA DE LA EMPRESA ESTA DOCUMENTADA, PUBLICADA Y DIVULGADA	10			
3	TIENE REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL ACTUALIZADO	10			
4	EXISTE UN PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN SALUD OCUPACIONAL DIRIGIDO A LOS TRABAJADORES	5			
5	EXISTE UN PRESUPUESTO POR PARTE DE LA EMPRESA, PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	5			
6	HAY UN LIDER DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA EMPRESA	10			
7	EXISTE COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL O VIGIA DEBIDAMENTE REGISTRADO	10			
8	SE CUENTA CON RESPONSABLES CON CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y FECHAS DE EJECUCION DEFINIDAS	10			
9	SE CUENTA CON LOS RECURSOS FISICOS Y TECNOLOGICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	5			
SUBTOTAL		50	20	0	0
Valor Estructura: % Obtenido (A+B+C) / 90		77,78%			
Nº	PROCESO: SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	SE TIENEN EL DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD Y/O AUTORREPORTE	5			
2	SE TIENEN SOPORTES DE EXAMENES DE INGRESO		3		
3	SE TIENEN SOPORTES DE EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES		3		
4	SE REALIZAN EXAMENES CLINICOS, PARACLINICOS Y PRUEBAS FUNCIONALES RELACIONADOS CON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO		3		
5	SE TIENE SOPORTE DE LOS EXAMENES MEDICOS DE RETIRO.		3		
6	LA EMPRESA CUENTA CON PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA QUE CONTROLAN LA EXPOSICION A LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO		3		
7	LA EMPRESA DESARROLLA PROGRAMAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ACORDES CON SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO.	10			
8	LA EMPRESA DESARROLLA CAMPAÑAS DE ALCOHOLISMO- FARMACODPENDENCIA Y TABAQUISMO	5			
SUBTOTAL		10	10	15	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (60))		43,8%			
Nº	PROCESO: SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	EXISTE UN PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO TECNICAMENTE REALIZADO Y ACTUALIZADO NO MAYOR A DOS (2) AÑOS.	10			
2	ESTAN PRIORIZADOS LOS FACTORES DE RIESGO	10			
3	SE HA EVALUADO CUALITATIVAMENTE O CUANTITATIVAMENTE EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO	10			
4	SE HA EVALUADO CUALITATIVAMENTE O CUANTITATIVAMENTE EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO	10			
5	SE HA EVALUADO CUALITATIVAMENTE O CUANTITATIVAMENTE EL TERCER FACTOR DE RIESGO	10			
6	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN LA FUENTE, PARA EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO.	10			
7	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN LA FUENTE PARA EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO	10			
8	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN LA FUENTE PARA EL TERCER FACTOR DE RIESGO	10			
9	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN EL MEDIO PARA EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO	10			
10	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN EL MEDIO PARA EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO.	10			
11	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN EL MEDIO PARA EL TERCER FACTOR DE RIESGO.	10			
12	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE SISTEMAS DE CONTROL EN EL TRABAJADOR PARA EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO.	10			
13	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE SISTEMAS DE CONTROL EN EL TRABAJADOR PARA EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO.	10			

14	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE SISTEMAS DE CONTROL EN EL TRABAJADOR PARA EL TERCER FACTOR DE RIESGO.	10				
15	EXISTE SISTEMAS DE CONTROL SOBRE LOS PROCESOS COMO PROCEDIMIENTOS SEGUROS, NORMAS DE SEGURIDAD, FICHA DE OPERACION DE LAS MAQUINAS, ANALISI DE TAREAS U OFICIOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS		5			3
16	SE TIENEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE VISITAS DE INSPECCION REALIZADAS EN FORMA PERIODICA A LOS PUESTOS DE TRABAJO POR PARTE DEL COPASO O VIGIA .					3
17	TIENE IMPLEMENTADO UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO ACORDE A LA ACTIVIDAD ECONOMICA					2
18	LA EMPRESA TIENE SUS AREAS Y/O PUESTOS DE TRABAJO DEMARCADOS					3
19	LA EMPRESA TIENE SUS AREAS Y/O PUESTOS DE TRABAJO SEÑALIZADOS		5			
20	SE TIENEN UN PLAN DE EMERGENCIAS DOCUMENTADO, ACTUALIZADO E IMPLEMENTADO					3
21	LA EMPRESA CUENTA CON SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INCENDIOS	10				
22	SE CUENTA CON LA BRIGADA INTEGRAL DE EMERGENCIAS.					5
23	EXISTE UN PROGRAMA DE DOTACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE INCLUYA LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN, DOTACIÓN, USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICION SEGUN LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS					5
24	SE INVESTIGAN Y ANALIZAN LAS CAUSAS DE LOS INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES					3
25	EXISTEN ESTUDIOS Y CONTROLES PARA LA RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS Y DESECHOS.	150	20	18		0
SUBTOTAL						75,2%
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (250))						
<b>PROCESO: PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO</b>						
1	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACION EN INDUCCION CON EL FIN DE QUE SE CONOZCAN LAS REGLAS Y SE FAMILIARICEN LOS TRABAJADORES CON EL PROCESO PRODUCTIVO EN GENERAL Y SALUD OCUPACIONAL.					3
2	EXISTE REGISTRO DE INDUCCION, CAPACITACION, ENTRENAMIENTO EN SALUD OCUPACIONAL DIRIGIDO A LOS CONTRATISTAS Y TRABAJADORES INDIRECTOS					3
3	EXISTEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES SOBRE LOS RIESGOS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS TRABAJADORES					3
4	EXISTEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES SOBRE INSTRUCCION PARA EL USO Y CUIDADO DE LOS EPP.					3
5	EXISTEN REGISTROS DE ASISTENCIA DEL COPASO O VIGIA A CAPACITACIONES EN SALUD OCUPACIONAL					3
6	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y/O ENTRENAMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LA BRIGADA INTEGRAL SEGUN LAS NECESIDADES DE LA EMPRESA					3
7	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA SOBRE TEMAS DE CAPACITACION EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE					3
8	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA SOBRE EL ENTRENAMIENTO Y REALIZACION DE SIMULACROS DE EMERGENCIA	0	0	24		0
SUBTOTAL						30,0%
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (80))						
<b>PROCESO: SUBSISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO</b>						
1	SE HA ESTABLECIDO PROCEDIMIENTOS PARA LA IDENTIFICACION, MANTENIMIENTO Y DISPOSICION DE LOS REGISTROS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL					3
2	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE ENFERMEDAD GENERAL					3
3	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE INCIDENTES DE TRABAJO					3
4	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO	10				
5	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS SOBRE ENFERMEDAD PROFESIONAL	10				
6	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE AUSENTISMO	10				
7	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DEL DIAGNOSTICO SOCIODEMOGRAFICO	10				
8	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS INVESTIGACIONES DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO					3
9	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA QUE CONTROLAN LA EXPOSICION A LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO.	10				
10	EXISTE REGISTRO Y ANALISIS ESTADISTICO DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	50	0	15		0
SUBTOTAL						65,0%
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (100))						

**EVALUACION GRADO DE DESARROLLO DE SALUD OCUPACIONAL**

Seleccione una de las alternativas escriba el valor correspondiente en la columna "criterios" de acuerdo a la tabla de calificación. A: Disminuido 10 puntos, B: Permanece estable 7 pto, C: Incrementado 4 puntos, D: No se tiene información (0 puntos).

Nº	RESULTADOS: MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	CRITERIOS			
		A	B	C	D
1	LA TASA DE INCIDENCIA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES	7			
2	LA TASA DE PREVALENCIA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES	7			
3	LA TASA DE INCIDENCIA POR ENFERMEDAD GENERAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES	7			
4	LA TASA DE PREVALENCIA POR ENFERMEDAD GENERAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES	7			
5	LA TASA DE AUSENTISMO GENERAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES.	7			
SUBTOTAL		0	35	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/50)		70,0%			

Nº	RESULTADOS: HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	CRITERIOS			
		A	B	C	D
1	EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO DESPUES DE IMPLEMENTAR LOS SISTEMAS DE CONTROL, CON RESPECTO AL VALOR INICIAL ES:	7			
2	EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO DESPUES DE IMPLEMENTAR LOS SISTEMAS DE CONTROL, CON RESPECTO AL VALOR INICIAL ES:	7			
3	EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL TERCER FACTOR DE RIESGO DESPUES DE IMPLEMENTAR LOS SISTEMAS DE CONTROL, CON RESPECTO AL VALOR INICIAL ES:	7			
4	EL INDICE DE FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO COMPARADOS CON EL DEL AÑO ANTERIOR ES:	7			
5	EL INDICE DE SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO COMPARADO CON EL DEL AÑO ANTERIOR ES:	7			
6	EL INDICE DE LESIONES INCAPACITANTES COMPARADOS CON EL DEL AÑO ANTERIOR ES:	7			
SUBTOTAL		0	42	0	0
Valor Resultados: % Obtenido (A+B+C)/60)		70,0%			

**DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL**

Nº	COMPONENTES	% Obtenido	% DE PONDERACION INDICADOR	% DE CUMPLIMIENTO COMPONENTES	Calificación	% META	OBSERVACIONES
1	ESTRUCTURA	78%	0,300	23%	MEDIO		
2	PROCESO: SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	44%	0,069	3%	BAJO		
	PROCESO: SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD	75%	0,193	14%	MEDIO		
3	PROCESO: PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	30%	0,062	2%	BAJO		
	PROCESO: SUBSISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO	65%	0,077	5%	MEDIO		
3	RESULTADO: MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	70%	0,136	10%	MEDIO		
	RESULTADO: HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	70%	0,164	11%	MEDIO		
TOTAL			1,00	69%			
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL					69%		
CALIFICACION GLOBAL					MEDIO		

## Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Octubre 29 de 2009 03:55 pm

**! El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !**  
**Número de Confirmación: 9668SPI7**

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente, comuníquese con el operador de información en donde liquidó su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta de Ahorros *****4571
Comercio Virtual:	COMPENSAR-OI
Referencia de Pago:	37129951
Valor Pagado:	\$1.206.960,00

[ Imprimir ] [ Cerrar ]



EPS EPS FONDO DE PENSIONES AFP'S SENA ICBF

Periodo Pensión: Octubre 2009. Periodo Salud: Octubre 2009.

Octubre 29 de 2009 / 3:56 PM

Pagos por Administradora



Fecha de Pago 10/29/2009 3:54:04 PM  
 Periodo Cotización Salud 10/2009  
 Empresa OSCAR MANUEL REYES HERRERA  
 Nit 80251127  
 Número de Radicación 97129951  
 Número Autorización 22320671  
 Número de Administradoras 10  
 Número de Empleados 11  
 Total Pagado \$1,206,960.00  
 Medio de Pago Pago Electronico por PSE  
 Banco COLMENA BCSC

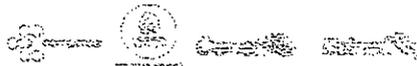
Codigo	Nombre	Total Pagado	Num Afiliados
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	\$42,800.00	11
230201	Proteccion	\$86,120.00	3
230301	Porvenir	\$161,340.00	2
230501	Horizonte	\$83,420.00	2
231001	Colfondos	\$161,340.00	2
25-11	Instituto de Seguros Sociales I.S.S Pensiones	\$161,340.00	2
EPS002	Salud Total EPS	\$63,025.00	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	\$65,125.00	2
EPS023	Cruz Blanca EPS	\$315,125.00	5
EPS039	GOLDEN CROSS S.A. EPS	\$67,325.00	3

Le informamos que el pago de la planilla No. 97129951, fue posterior a la fecha limite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté adelantando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Recuerda verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Imprimir transacción



Todos los derechos reservados 2006. © COMPENSAR - CENET S.A

Item	CC	Descripción	CP	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor		
1	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5017	230201	17.000	17.000	0	17.000	0	2.700
2	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	17.000	17.000	0	17.000	0	2.700
3	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
4	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
5	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
6	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
7	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
8	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
9	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
10	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	487.000	487.000	0	487.000	0	78.520
11	CC	1000000000	servicio de mantenimiento	EP5023	230201	17.000	17.000	0	17.000	0	2.700





**Cnsalud**  
Cooperativa Integral en Salud

## INFORME DE ASISTENCIA TÉCNICA PLAN BÁSICO

EMPRESA:  
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA  
NIT. 79117587

Bogotá D.C. Noviembre de 2008



**Título:** Programa Nacional de Ampliación de Cobertura para empresas de 10 a 49 trabajadores.

**Año publicación:** 2008

**Lugar y fecha de la edición:** Bogotá D.C., Noviembre de 2008

**Reserva del derecho de autor:** Prohibida la reproducción total o parcial de este documento sin autorización por escrito de la Administradora de Riesgos Profesionales.

**Interventoría:** CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO (CID), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia.

**Contratista:** CONSALUD

## **CRÉDITOS**



**GILBERTO QUINCHE TORO**  
Presidente Positiva Compañía de Seguros S. A. / ARP

**CARMENZA DEVIA VALDERRAMA**  
Vicepresidenta Comercial

**ALVARO VELEZ MILLAN**  
Vicepresidente de Promoción y Prevención

**GLORIA MARÍA MORGAN TORRES**  
Gerente de Investigación y Control del Riesgo

**FRANCISCO ORTIZ LEMOS**  
Gerente de Administración del Riesgo

**CHARLES RODOLFO BAYONA MOLANO**  
Gerente Regional Bogotá D.C

**LUISA MARINA URIBE**  
Coordinadora Regional de P&P Bogotá D.C.

**ZENAIDA LEON CAÑAS**  
Supervisor Contratación Nacional Ampliación de Cobertura

## **CRÉDITOS**



**MADELEYNE MOLINA DE LA TORRE**  
Gerente General

**MANUEL AVENDAÑO**  
Director de Programa Consalud

**MAURICIO AVENDAÑO**  
Coordinador Administrativo del Proyecto

**EDGAR MAURICIO ACOSTA GALEANO**  
Asesor - Especialista en Salud Ocupacional

---

## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	6
OBJETIVOS	7
ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA EMPRESA	8
RESULTADOS	10
CONCLUSIONES	13
RECOMENDACIONES	14
ANEXOS	16

## PRESENTACIÓN

La Vicepresidencia de Protección de Riesgos Laborales de **Positiva Compañía de Seguros S.A. / ARP** desarrolla el "**Programa de Ampliación de Cobertura de Servicios de Salud Ocupacional**", cuyo objetivo fundamental es dar a los empleadores y trabajadores herramientas para el buen desarrollo de su programa de Salud Ocupacional.

Este programa tiene cobertura a nivel nacional y va dirigido especialmente a las empresas pequeñas y medianas quienes requieren el mayor soporte técnico y de gestión para el desarrollo de las acciones de identificación de condiciones de trabajo y salud que repercuten en el bienestar de la población laboral y la capacidad productiva de las empresas.

Las actividades de cobertura de servicios que adelantamos en las empresas incluyen la valoración del grado de desarrollo del Programa de Salud Ocupacional, el análisis de factores de riesgo y el desarrollo del Plan básico de salud Ocupacional, en especial la designación del Vigía o conformación del Comité Paritario de las empresas, y las Brigadas de Emergencia

El informe que le entregamos en el día de hoy, describe los avances logrados así como el Plan de trabajo de Salud Ocupacional para el período 2008 como un instrumento de continuidad en el trabajo conjunto entre las empresas y la ARP.

La asesoría en el Plan básico de Salud Ocupacional, permite a las empresas, desarrollar en forma completa las actividades de Salud ocupacional bajo el direccionamiento idóneo del equipo de asesores, manteniendo así las mejores condiciones de bienestar laboral por medio de los programas ofrecidos por la ARP.



**ÁLVARO VÉLEZ MILLÁN**

Vicepresidente de Promoción y Prevención  
Positiva S.A. Compañía de Seguros /ARP

## OBJETIVO GENERAL

Ampliar la cobertura de servicios de promoción y prevención, mediante la ejecución de actividades específicas del plan básico de salud ocupacional, partiendo de la evaluación del grado de desarrollo del programa de salud ocupacional de la empresa, del diagnóstico de condiciones de trabajo y salud; asesorándoles en la elaboración del programa, conformación y capacitación de Comité Paritario o Vigía de la salud ocupacional, Brigadas de Emergencia, fomento de estilos de trabajo y vida saludables, así como la concertación y ejecución de planes anuales de trabajo.

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

Razón Social	JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA
NIT	79117587
Nombre del Gerente o representante Legal	Juan Manuel Reyes Valderrama
Código Actividad Económica	4552
Breve descripción de la actividad económica	Acabados en pintura
Clase y Grado de Riesgo	Tipo II
Número de Trabajadores	15
Dirección de la empresa	CR 8 Este # 31 A 07 Sur
Ciudad	Bogotá
Departamento	Cundinamarca
Teléfono	7124089
Fax:	
Nombre y Cargo del Contacto en la Empresa	FERNANDO HERNANDEZ

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA EMPRESA

A la empresa **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** se le realizaron las siguientes actividades:

1. **Presentación Institucional:** Presentación del contratista dando a conocer el proyecto con sus objetivos, metodología y evaluación del mismo realizado en la empresa. Se incluyó un plan concertado de trabajo.
2. **Evaluación del grado de desarrollo inicial** del programa de salud ocupacional en la empresa. (Anexo 01).
3. **Asesoría, capacitación básica y elección del Comité Paritario de Salud Ocupacional**, con la documentación necesaria para registrarlo ante el Ministerio de Protección Social. (Anexo 2).
4. **Asesoría en el diagnóstico de las condiciones de trabajo identificando**, evaluando los factores de riesgo y plasmando en el formato del panorama; según la GTC 45. Se identificaron las primeras tres causas de riesgos mediante la inspección en las áreas de trabajo (Anexos 03).
5. **Asesoría técnica básica para el diseño o actualización del documento de salud ocupacional** con el encargado de salud ocupacional teniendo como base los lineamientos establecidos en la GTC 34. (Anexo 04).

6. **Capacitación Básica para el montaje de la Brigada de Emergencias:**  
Asesorando la conformación de la misma, objetivos y funciones. (Anexo 5)
7. **Capacitación sobre Investigación de Accidentes de Trabajo y Diligenciamiento del FURAT** (Anexo 6)
8. **Asesoría en el Diagnóstico Sociodemográfico y Condiciones de Salud**  
(Anexo 07).
9. **Capacitación sobre Fomentos de Estilos de Vida y Trabajo Saludable**  
(Anexo 08).
10. **Evaluación final del grado de desarrollo del programa de salud ocupacional** (Anexo 09).

## RESULTADOS

La empresa JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA aceptó la asesoría prestada por los profesionales del contratista CONSALUD facilitando los medios necesarios e incentivando la participación del personal en las diferentes actividades de capacitación, dando cumplimiento a la legislación vigente para el desarrollo de la estructura del programa de salud ocupacional, gestionando las actividades del plan básico según el marco legal, (Decreto 614 de 1984, Resolución 2013 de 1986, Resolución 1016 de 1989 y Decreto 1295 de 1994).

A continuación se relacionan los resultados alcanzados en la empresa por cada actividad desarrollada:

1. **Evaluación de Grado de Desarrollo Inicial y Final:** En la evaluación inicial del grado de desarrollo de la empresa fue de 10%; con un grado de desarrollo final de 69 %.

**EVALUACIÓN DE GRADO DE DESARROLLO INICIAL Y FINAL**

No.	COMPONENTES	INICIAL		FINAL	
		% OBTENIDO	CALIFICACION	% OBTENIDO	CALIFICACION
1	ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE S.O.	0%	BAJO	78%	MEDIO
<b>PROCESO BAJO</b>					
2	SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	0%	BAJO	44%	BAJO
3	SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	0%	BAJO	75%	MEDIO
4	PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	13%	BAJO	30%	BAJO
5	SUBSISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO	0%	BAJO	65%	MEDIO
<b>RESULTADO</b>					
6	MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	70%	MEDIO	70%	MEDIO
7	HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	0%	BAJO	70%	MEDIO
<b>TOTAL</b>		<b>10%</b>	<b>BAJO</b>	<b>69%</b>	<b>MEDIO</b>

En el cuadro anterior se observa que la empresa JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA presentó un nivel muy bajo en el desarrollo del Programa de Salud Ocupacional (P.S.O.) en todos sus componentes. La aplicación del Programa de Ampliación de Cobertura tuvo un alto impacto en la empresa ya que ésta participó activamente y permitió el desarrollo de las actividades del Programa, lo cual se ve reflejado en la calificación final del 69%, lo que representa un avance del 59%.

En el Anexo 01 se muestra el formato de Evaluación de Grado de Desarrollo Inicial de la empresa y en el Anexo 09 el formato de la evaluación final.

2. **Comité Paritario de Salud Ocupacional:** Se conformó y capacitó el Comité paritario de Salud Ocupacional dando las herramientas básicas para su funcionamiento. Se registró el mismo ante el Ministerio de la Protección Social. En el Anexo 02 se presentan los documentos y actas diligenciadas del COPASO.
3. **Diagnóstico de las condiciones de trabajo:** Se realizó un diagnóstico de condiciones de Trabajo y/o panorama de factores de riesgo de acuerdo a la inspección de los sitios de trabajo y las áreas en general de la empresa. A continuación se presentan los principales hallazgos:

<b>ACTIVIDAD ECONOMICA</b>	Acabado en pintura
<b>CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA</b>	4552
<b>SECTOR ECONOMICO</b>	Construcción
<b>No. DE TRABAJADORES</b>	15

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>Fuente del Riesgo</b>
1. Riesgo Químico	Pinturas, aerosoles, lacas
2. Riesgo Ergonómico	Generado por la postura sédente o bípeda mantenida que recarga las estructuras osteomusculares y adopción inadecuada de posturas
3. Riesgo Seguridad - mecánico	Manipulación de herramientas manuales

**Recomendaciones:**

Capacitación sobre manejo del estrés y Relaciones interpersonales. Fomentar actividades de recreación y deporte.

Uso de protección respiratoria (Careta o respirador contra químicos).

Se recomienda mantener los extintores recargados, ubicados en un sitio visible señalizado y de fácil acceso.

4. **Brigada de Emergencias:** Se conformó la Brigada de Emergencias con capacitación básica con énfasis en Primeros Auxilios, Evacuación y Control de incendios. En el Anexo 04 se presenta el formato de conformación de brigadas.
5. **Investigación de AT:** Se capacitó en Investigación de Accidentes de Trabajo y diligenciamiento del FURAT con participación de los trabajadores de la

empresa. Se contó con la participación de 1 trabajadores. En el Anexo 05 se presenta el listado de asistencia.

6. **Diagnóstico Sociodemográfico y Condiciones de Salud:** Se brindó la asesoría en el diagnóstico Sociodemográfico y Condiciones de Salud. Qué es cada uno de ellos, su importancia, cómo diligenciar los formatos y cómo realizar el diagnóstico. Se entregaron los formatos necesarios y suficientes para que se llenaran por parte de los trabajadores de la empresa. En el Anexo 06 se presentan los formatos diligenciados.
7. **Estilo de Vida y Trabajo Saludable:** Se capacitó en Comportamiento Seguro en el Trabajo explicando al representante de los trabajadores los riesgos presentes en el trabajo y cómo comportarse cada uno de ellos frente a los mismos y sus responsabilidades en el trabajo. Más importante aún, se les instruyó en cómo autocuidarse. En el Anexo 07 se presenta el registro de asistencia a la capacitación.

## CONCLUSIONES

Se evaluaron las condiciones de la empresa en aspectos relacionados con salud ocupacional, lo cual brindó la información necesaria para dar las bases de apoyo y desarrollar el plan básico contribuyendo así al cumplimiento de las exigencias legales.

Resaltar el incremento en el grado de desarrollo en Salud Ocupacional entre la evaluación inicial (10%) y la evaluación final (69 %) en un 59%.

Se generó interés y mayor disponibilidad para seguir adelante con el programa teniendo en cuenta la importancia de implementar y aplicar los parámetros del mismo acorde con la actividad económica de la empresa, adquiriendo un compromiso general en pro de la salud y el bienestar.

Se convocó al personal para la conformación del Comité Paritario de Salud Ocupacional, se asesoró en la documentación pertinente para radicar ante el Ministerio de Protección Social, se capacitó a las personas elegidas donde conocieron sus funciones y se comprometieron con el desarrollo del programa a través de las actividades de promoción y prevención.

Mediante la capacitación, de acuerdo a la normatividad vigente del Programa de Salud Ocupacional se dieron bases para el desarrollo del mismo, concientizando al personal con respecto a las actividades que contribuyen a minimizar los factores de riesgo presentes en un ambiente laboral que ocasionan Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Se brindaron las pautas y conocimientos necesarios para conformar, capacitar y entrenar las Brigadas de Emergencias teniendo como prioridad la necesidad de estar preparados para enfrentar una eventualidad de primeros auxilios.

Se desarrolló la encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida; permitiendo identificar los principales síntomas referidos por los trabajadores.

Se orientó al personal, desde la óptica de prevención de riesgos, ampliando la visión acerca de la importancia de generar cambios de actitud frente al autocuidado para lograr el más alto nivel de bienestar físico, mental y social reflejándose en rentabilidad y productividad para la empresa.

## RECOMENDACIONES

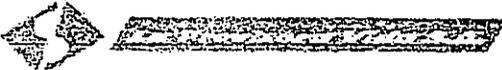
La Salud Ocupacional por lo general es vista de manera contradictoria: se acepta desde un punto de vista social, incomoda desde el punto de vista legal, y algunas veces se ignora desde el punto de vista económico. Por tal razón es de vital importancia elevar a valor corporativo la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por ser una poderosa herramienta estratégica ligada a los resultados globales y al éxito de las empresas. Por lo anterior se recomienda:

- Difundir a todos los trabajadores la Política de Salud Ocupacional y el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- Complementar el Programa de Salud Ocupacional mediante la capacitación y entrenamiento a todo el personal de la empresa.
- Crear un rubro en el presupuesto para el desarrollo del Programa de Salud Ocupacional de acuerdo al cronograma de actividades.
- Implementar un registro del ausentismo laboral por enfermedad general, profesional y accidentes de trabajo.
- Complementar el registro de las capacitaciones y entrenamientos del personal
- Llevar un libro de actas debidamente foliado para registrar las reuniones mensuales del Comité Paritario de Salud Ocupacional.
- Actualizar el Panorama de Riesgos cuando hayan modificaciones en la empresa o en los puestos de trabajo.
- Anualmente desarrollar y actualizar el cronograma de actividades en Salud Ocupacional.
- Realizar exámenes médicos de ingreso egreso y los exámenes periódicos ocupacionales de acuerdo al riesgo y al perfil del cargo. (Resolución 2346 de julio 2007).
- Investigar el material de apoyo para multiplicar la información a los demás empleados (Entregado en medio magnético).
- Dotar de apoyo pies a las personas que permanecen en posición bípeda continua para descansar las extremidades inferiores y controlar la circulación.
- Llevar los registros de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, utensilios y herramientas de trabajo.

- Promover actividades de recreación, cultura y deporte además de rotar el personal cumpliendo con los horarios adecuados.
- Organizar Brigadas de Emergencia y/o delegar funciones y hacer prácticas periódicas para evaluar su eficiencia.

## ANEXOS

Grado de Desarrollo Inicial en Salud Ocupacional	01
Formato o acta de conformación del Comité Paritario de Salud Ocupacional	02
Registro de capacitación del Comité Paritario de Salud Ocupacional	03
Diagnóstico de Condiciones de trabajo y/o Panorama de riesgos	04
Asesoría Programa Salud Ocupacional (política)	05
Registro de capacitación Brigadas de Emergencia	06
Registro de capacitación Fomento de Estilos de Vida Saludable	07
Registro de capacitación Investigación de Accidentes de Trabajo y Diligenciamiento del FURAT	08
Grado de Desarrollo Final en Salud Ocupacional	09

 Formato	Código: ARPSO-F03
	Versión: 4 Fecha: 2007-08

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE DESARROLLO DE P.S.O**

SECCIONAL	CUNDINAMARCA	FECHA	2008	9	9
		ANO	MES	DIAS	

IDENTIFICACION					
NOMBRE EMPRESA	JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA			RIT:	79117587
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA		CIUDAD	BOGOTA	
CODIGO ACT.ECONOMICA	4552				

Seleccione una de las alternativas y escriba el valor correspondiente en la columna "criterios" de acuerdo a la tabla de calificación. A: Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos), B: Cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 pts), C: La actividad se realiza con los criterios mínimos (3 puntos), D: No se tiene información (0 puntos).

Nº	ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE S.O.	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	EXISTE UN DOCUMENTO ACTUALIZADO QUE CONTIENE EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL, DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA Y EL COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL				0
2	LA POLÍTICA DE LA EMPRESA ESTA DOCUMENTADA, PUBLICADA Y DIVULGADA				0
3	TIENE REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL ACTUALIZADO				0
4	EXISTE UN PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO EN SALUD OCUPACIONAL DIRIGIDO A LOS TRABAJADORES				0
5	EXISTE UN PRESUPUESTO POR PARTE DE LA EMPRESA, PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL				0
6	HAY UN LÍDER DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA EMPRESA				0
7	EXISTE COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL O VIGILA DEBIDAMENTE REGISTRADO				0
8	SE CUENTA CON RESPONSABLES CON CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y FECHAS DE EJECUCION DEFINIDAS				0
9	SE CUENTA CON LOS RECURSOS FISICOS Y TECNOLOGICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES				0
SUBTOTAL		0	0	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / 90)		0,00%			
Nº	PROCESO SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	SE TIENEN EL DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD Y/O AUTORREPORTE				0
2	SE TIENEN SOPORTES DE EXAMENES DE INGRESO				0
3	SE TIENEN SOPORTES DE EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES				0
4	SE REALIZAN EXAMENES CLINICOS, PARACLINICOS Y PRUEBAS FUNCIONALES RELACIONADOS CON LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO				0
5	SE TIENE SOPORTE DE LOS EXAMENES MEDICOS DE RETIRO.				0
6	LA EMPRESA CUENTA CON PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA QUE CONTROLAN LA EXPOSICION A LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO				0
7	LA EMPRESA DESARROLLA PROGRAMAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ACORDES CON SU PERFIL SOCIODEMOGRAFICO.				0
8	LA EMPRESA DESARROLLA CAMPAÑAS DE ALCOHOLISMO- FARMACODEPENDENCIA Y TABAQUISMO				0
SUBTOTAL		0	0	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (80))		0,0%			
Nº	PROCESO SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	EXISTE UN PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO TECNICAMENTE REALIZADO Y ACTUALIZADO NO MAYOR A DOS (2) AÑOS.				0
2	ESTAN PRIORIZADOS LOS FACTORES DE RIESGO				0
3	SE HA EVALUADO CUALITATIVAMENTE O CUNTTATIVAMENTE EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO				0
4	SE HA EVALUADO CUALITATIVAMENTE O CUNTTATIVAMENTE EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO				0
5	SE HA EVALUADO CUALITATIVAMENTE O CUNTTATIVAMENTE EL TERCER FACTOR DE RIESGO				0
6	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN LA FUENTE, PARA EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO.				0
7	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN LA FUENTE PARA EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO				0
8	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN LA FUENTE PARA EL TERCER FACTOR DE RIESGO				0
9	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN EL MEDIO PARA EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO				0
10	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN EL MEDIO PARA EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO.				0
11	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE CONTROL EN EL MEDIO PARA EL TERCER FACTOR DE RIESGO.				0
12	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE SISTEMAS DE CONTROL EN EL TRABAJADOR PARA EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO.				0
13	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE SISTEMAS DE CONTROL EN EL TRABAJADOR PARA EL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO.				0

14	EXISTEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE SISTEMAS DE CONTROL EN EL TRABAJADOR PARA EL TERCER FACTOR DE RIESGO.				0
15	EXISTE SISTEMAS DE CONTROL SOBRE LOS PROCESOS COMO PROCEDIMIENTOS SEGUROS, NORMAS DE SEGURIDAD, FICHA DE OPERACION DE LAS MAQUINAS, ANALISI DE TAREAS U OFICIOS Y MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS				0
16	SE TIENEN SOPORTES DOCUMENTALES SOBRE VISITAS DE INSPECCION REALIZADAS EN FORMA PERIODICA A LOS PUESTOS DE TRABAJO POR PARTE DEL COPASO O VIGIA .				0
17	TIENE IMPLEMENTADO UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO ACORDE A LA ACTIVIDAD ECONOMICA				0
18	LA EMPRESA TIENE SUS AREAS Y/O PUESTOS DE TRABAJO DEMARCADOS				0
19	LA EMPRESA TIENE SUS AREAS Y/O PUESTOS DE TRABAJO SEÑALIZADOS				0
20	SE TIENEN UN PLAN DE EMERGENCIAS DOCUMENTADO, ACTUALIZADO E IMPLEMENTADO				0
21	LA EMPRESA CUENTA CON SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INCENDIOS				0
22	SE CUENTA CON LA BRIGADA INTEGRAL DE EMERGENCIAS.				0
23	EXISTE UN PROGRAMA DE DOTACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE INCLUYA LOS PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN, DOTACIÓN, USO, MANTENIMIENTO Y REPOSICION SEGUN LOS FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS				0
24	SE INVESTIGAN Y ANALIZAN LAS CAUSAS DE LOS INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES				0
25	EXISTEN ESTUDIOS Y CONTROLES PARA LA RECOLECCION, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS Y DESECHOS.				0
	SUBTOTAL	0	0	0	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (250))				0,0%
<b>NO</b>		<b>CRITERIO 24</b>			
<b>PROCESO: PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
		10	0	0	0
1	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACION EN INDUCCION CON EL FIN DE QUE SE CONOZCAN LAS REGLAS Y SE FAMILIARICEN LOS TRABAJADORES CON EL PROCESO PRODUCTIVO EN GENERAL Y SALUD OCUPACIONAL.				
2	EXISTE REGISTRO DE INDUCCION, CAPACITACION, ENTRENAMIENTO EN SALUD OCUPACIONAL DIRIGIDO A LOS CONTRATISTAS Y TRABAJADORES INDIRECTOS				0
3	EXISTEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES SOBRE LOS RIESGOS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS LOS TRABAJADORES				0
4	EXISTEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES SOBRE INSTRUCCION PARA EL USO Y CUIDADO DE LOS EPP.				0
5	EXISTEN REGISTROS DE ASISTENCIA DEL COPASO O VIGIA A CAPACITACIONES EN SALUD OCUPACIONAL				0
6	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA A CAPACITACION Y/O ENTRENAMIENTO DE LOS INTEGRANTES DE LA BRIGADA INTEGRAL SEGUN LAS NECESIDADES DE LA EMPRESA				0
7	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA SOBRE TEMAS DE CAPACITACION EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE				0
8	SE TIENEN REGISTROS DE ASISTENCIA SOBRE EL ENTRENAMIENTO Y REALTACION DE SIMULACROS DE EMERGENCIA				0
	SUBTOTAL	10	0	0	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (80))				12,5%
<b>NO</b>		<b>CRITERIO 25</b>			
<b>PROCESO: SUBSISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1	SE HA ESTABLECIDO PROCEDIMIENTOS PARA LA IDENTIFICACION, MANTENIMIENTO Y DISPOSICION DE LOS REGISTROS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL				0
2	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE ENFERMEDAD GENERAL				0
3	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE INCIDENTES DE TRABAJO				0
4	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO				0
5	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS SOBRE ENFERMEDAD PROFESIONAL				0
6	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE ALSENTISMO				0
7	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DEL DIAGNOSTICO SOCIODEMOGRAFICO				0
8	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS INVESTIGACIONES DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO				0
9	EXISTEN REGISTROS Y ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA QUE CONTROLAN LA EXPOSICION A LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO.				0
10	EXISTE REGISTRO Y ANALISIS ESTADISTICO DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL				0
	SUBTOTAL	0	0	0	0
	Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) / (100))				0,0%

**EVALUACION GRADO DE DESARROLLO DE SALUD OCUPACIONAL**

Seleccione una de las alternativas escriba el valor correspondiente en la columna "criterios" de acuerdo a la tabla de calificación. A: Disminuido 10 puntos, B: Permanece estable 7 pto, C: Incrementado 4 puntos, D: No se tiene información (0 puntos).

Nº	RESULTADOS: MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	LA TASA DE INCIDENCIA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES	10			
2	LA TASA DE PREVALENCIA POR ENFERMEDAD PROFESIONAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES		7		
3	LA TASA DE INCIDENCIA POR ENFERMEDAD GENERAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES		7		
4	LA TASA DE PREVALENCIA POR ENFERMEDAD GENERAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES		7		
5	LA TASA DE AUSENTISMO GENERAL EN RELACION CON EL AÑO ANTERIOR ES.			4	
SUBTOTAL		10	21	4	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C)/50)		70,0%			

Nº	RESULTADOS: HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	CRITERIO			
		A	B	C	D
1	EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO DESPUES DE IMPLEMENTAR LOS SISTEMAS DE CONTROL, CON RESPECTO AL VALOR INICIAL ES:				0
2	EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL SEGUNDO FACTOR DE RIESGO DESPUES DE IMPLEMENTAR LOS SISTEMAS DE CONTROL, CON RESPECTO AL VALOR INICIAL ES:				0
3	EL GRADO DE PELIGROSIDAD DEL TERCER FACTOR DE RIESGO DESPUES DE IMPLEMENTAR LOS SISTEMAS DE CONTROL, CON RESPECTO AL VALOR INICIAL ES:				0
4	EL INDICE DE FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO COMPARADOS CON EL DEL AÑO ANTERIOR ES:				0
5	EL INDICE DE SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO COMPARADO CON EL DEL AÑO ANTERIOR ES:				0
6	EL INDICE DE LESIONES INCAPACITANTES COMPARADOS CON EL DEL AÑO ANTERIOR ES:				0
SUBTOTAL		0	0	0	0
Valor Resultados: % Obtenido (A+B+C)/60)		0,0%			

**DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL**

No.	COMPONENTES	% Obtenido	% DE CUMPLIMIENTO INDICADOR	PROFICIENCIA COMPONENTES	Calificación	META	OBSERVACIONES
1	ESTRUCTURA	0%	0,300	0%	BAJO	5	REALIZAR PSO
2	PROCESO: SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	0%	0,069	0%	BAJO	5	
	PROCESO: SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD	0%	0,193	0%	BAJO	5	REALIZAR PFR
3	PROCESO: PROGRAMA DE INDUCCION, CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO	13%	0,062	1%	BAJO	15	LLEVAR REGISTROS ACTUALIZADOS
	PROCESO: SUBSISTEMA DE INFORMACION Y REGISTRO	0%	0,077	0%	BAJO	5	LLEVAR REGISTROS ACTUALIZADOS
3	RESULTADO: MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO	70%	0,136	10%	MEDIO	75	
	RESULTADO: HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	0%	0,164	0%	BAJO	5	
TOTAL			1,00	10%			
PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL					10,31%		
CALIFICACION GLOBAL					BAJO		

CRB 6848



**CEMES- CENTRO DE ESPECIALISTAS PEPE SIERRA  
CRUZ BLANCA EPS**

Bogotá D.C, 16 de octubre de 2009

Señores:  
**ALCABAMA SA**  
Ciudad  
Atte: Salud Ocupacional

El área de Riesgos Profesionales de **CRUZ BLANCA EPS** ; realizó la valoración médica ocupacional para la paciente:

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS con c.c. 79.208.073 de Bogotá**

**IDX:**

- **HERNIA DISCAL L4L5 Y L5S1**

- **LUMBALGIA CRONICA**

Por tal razón y conforme con la LEY 776, Dec 1295 , Dec 2463, Analizando antecedentes

médicos y ocupacionales dan las siguientes recomendaciones para la patología : **ORIGEN EN**

**ESTUDIO**

Se considera caso de alta probabilidad de posible enfermedad profesional por lo cual solicito, documentación para estudio en Primera Instancia (Ley 100/93, Dec 1295/94, Dec 2463/01, Ley 776/02), de **posible** enfermedad profesional.

- Afiliación a ARP (copia)
- Último recibo de pago ARP (copia)
- Examen de ingreso y/o periódicos (copia, si lo hay)
- Historia clínica ocupacional (copia, si la hay)
- Historia clínica con paraclínicos realizados por EPS (corresponde al paciente)
- Panorama de Riesgos (copia, si lo hay)
- Certificado de cargos y labores (original)
- Estudio de puesto de trabajo (Empleador o ARP)
- Formato de reporte único de presunta Enfermedad Profesional

En el evento de no contar con alguno de los documentos solicitados les agradecemos informarlo por escrito en un término no superior a los 15 días de recibida la comunicación.

**Favor remitir la documentación a la carrera 45 A N. 93- 96 Bogotá, Sección de Recobros de ARP, adjuntando copia de ésta solicitud. Cualquier inquietud acerca el proceso de calificación favor comunicarse al tel 6 36 56 91**

Cordialmente,

  
 Yamileth Rocío Caguazango R.  
 C. C. 52.056.884  
 Médico Esp. En Salud Ocupacional

**Yamileth Rocío Caguazango Rangel**  
Medicina del Trabajo y Laboral  
c.c 52.056.884 de Bogotá  
LSO 7536/06

19.11.09

Ciudad y Fecha:

Señores

QUA BLANCA EPS

Departamento De Estadística.  
Dependencia Técnica Salud Ocupacional

Referencia: Autorización entrega Historia  
Clínica

De manera atenta informo a Ustedes que el área de Medicina Laboral de QUA BLANCA EPS, ha iniciado el estudio y recolección de los soportes documentales para calificación de origen, por posible enfermedad profesional.

Por lo anterior, Yo, Jesús Almo Ana Chaves  
identificado con cédula de ciudadanía número 71107073 de Bogotá

**AUTORIZO EL USO DE LA INFORMACION DE LA HISTORIA CLINICA.** Conforme a: Ley 23 de 1981 Capitulo 3 Art 34 , Res 1995/99 Art 13 y Resolución 2569/99 a fin de aclarar antecedentes médicos y calificar origen de la enfermedad.

Remitir documentación a Autopista Norte No. 91-95 Sexto Piso.  
Regional Cundinamarca, Adjuntando copia de esta solicitud.

Cordialmente,

x: [Firma]

C.C. No. 79.208.073

Dirección: Cra 9 #15-1A (antigua) San Cristóbal Sur

Teléfono: 3333692

COMPROMISO DE CONSECUICION DE DOCUMENTOS CLINICOS PARA CALIFICACION DE ORIGEN DE POSIBLE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Yo \_\_\_\_\_ con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de ~~BOGOTÁ~~ y perteneciente a la EPS \_\_\_\_\_ me comprometo con el Departamento Técnico de Salud Ocupacional, a hacer entrega formal de los soportes que se encuentren en mi poder (Historia clínica, Ayudas Diagnosticas de anteriores EPS) y que se consideren necesarios para la calificación en primera oportunidad de mi POSIBLE Enfermedad Profesional.

Firmo este documento, en conocimiento previo a lo expuesto por la EPS sobre la Norma legal vigente. Decreto 2463/99 Art. 9 y 10. y Ley 962 de 2005 Art. 52.

"Artículo 9. *Fundamentos para la calificación del origen y grado de pérdida de la capacidad laboral.*

1. Los fundamentos de hecho que debe contener el dictamen con el cual se declara el grado, el origen de pérdida de la capacidad laboral o de la invalidez y la fecha de estructuración, son todos aquellos que se relacionan con la ocurrencia de determinada contingencia, lo cual incluye historias clínicas, reportes, valoraciones o exámenes médicos periódicos; y en general, los que puedan servir de prueba para certificar una determinada relación causal, tales como certificado de cargos y labores, comisiones, realización de actividades, subordinación, uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos, contratos de trabajo, estadísticas o testimonios, entre otros, que se relacionen con la patología, lesión o condición en estudio.

2. Los fundamentos de derecho, son todas las normas que se aplican al caso de que se trate.

Artículo 10. *Remisión de documentos e historia clínica.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud y/o las administradoras de riesgos profesionales, deberán remitir los documentos soporte de la calificación, incluida la autorización del trabajador para anexar copia de la historia clínica y en general adelantar los trámites necesarios para facilitar la calificación y el reembolso de las cuentas.

En todo caso, se debe conservar la confidencialidad de la historia clínica, la cual sólo podrá ser revisada y estudiada por los profesionales que las entidades involucradas en la calificación designen para el efecto.

Parágrafo 1°. Es obligación de los empleadores suministrar la información requerida para la calificación, tanto por solicitud de las entidades administradoras competentes, como aquellas que puedan ser requeridas por las juntas de calificación de invalidez.

Parágrafo 2°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades promotoras de salud no estarán obligadas a realizar mediciones ambientales, análisis de puestos de trabajo o procedimientos de valoración en las empresas, para los efectos relacionados con la determinación del origen del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional; dicha obligación estará a cargo del empleador y en su defecto, de la entidad administradora de riesgos profesionales".

Artículo 52. *Determinación de la pérdida de capacidad laboral y grado de invalidez.* El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
C.C. No. \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Bogotá, D.C., Junio 19 de 2009

Doctor  
DPTO MEDICO ( CRUZ BLANCA )  
Ciudad.Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
C.C. 79208073**RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA:**

Se realizaron secuencias Spin-Echo T1 y T2 de la columna lumbosacra, en los planos sagital y axial.

**Hallazgos:**

Se observa disminución de la altura de los discos intervertebrales L4-L5 y L5-S1. Se evidencia protrusión discal focal, posterior, central, paramediana y subarticular derecha del disco L4-L5; esta protrusión produce compresión saco-radicular L5 derecha. Se visualiza hiperintensidad lineal en T2, en la periferia del anillo fibroso adyacente a esta protrusión discal, sugestiva de desgarramiento anular.

Se demuestra protrusión discal focal posterior y central del disco L5-S1; esta protrusión puede producir compresión de las raíces S1 adyacentes.

Se observa hiperintensidad en T1 y en T2 de los platillos vertebrales adyacentes a los discos L4-L5 y L5-S1, sugestivos de osteocondrosis tipo II de Modic.

Hay disminución de la altura de los forámenes neurales L4-L5 y L5-S1.

Las apófisis articulares y las estructuras del arco posterior están conservadas.

El cono medular tiene tamaño, posición e intensidad de señal habitual.

**CONCLUSION:**

Los hallazgos descritos son compatibles con hernia discal L4-L5 subarticular derecha y L5-S1 central.

Atentamente,

DRA. MARIA TERESA MANTILLA MARTIN  
MD. RADIOLOGA  
R.M. 35465477

CLÍNICA DEL COUNTRY:

Carrera 16 No. 82-57 - 2º Piso

Imágenes Diagnósticas

CENTRO MÉDICO ALMIRANTE COLON:

Carrera 16 No. 84A - 09 3er. Piso - Cons. 323

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL COUNTRY

Carrera 16A No. 82 - 37

CENTRAL DE CITAS: PBX: 644 9200 - Fax: 236 54 20

ADMINISTRACIÓN: PBX: 644 9201 - Bogotá, D. C.

PG/1847



Sede / Orden: 14 / 0000058418	Fecha: 10/08/2009	Médico: N/A
Paciente: 1195920125 - CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO	Años: 40 M:	D:
Identificación: CC: 79208073	Sexo: Masculino	Teléfono: 3333692
Tipo Paciente: EXTERNO	Servicio: NA	Ubicación:
Convenio: CRUZ BLANCA	Entrada: 10/08/2009 12:09:22	

Sector: HEMATOLOGIA	Fecha de Validación: 10/08/2009 18:54
---------------------	---------------------------------------

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION: 14 mm/1 hora

Dra. Carolina Ruiz Triana Bact UCMC  
CC 52903113  
Validación: VSG (VELOCIDAD DE SEDIMENTACION)

Sector: INMUNOLOGIA 1	Fecha de Validación: 10/08/2009 17:13
-----------------------	---------------------------------------

TSH: 4.431 mUI/mL

VALORES DE REFERENCIA:

NIÑOS	: 0 - 7 DIAS	: 1.990 - 28.000
	: 8 - 15 DIAS	: 2.300 - 12.200
EMBARAZADAS	:	0.200 - 3.500
ADULTOS	:	0.350 - 4.9400

TECNICA QUIMIOLUMINISCENCIA  
SENSIBILIDAD DE LA PRUEBA < 0.003  
LOS RESULTADOS SE INFORMAN CON 3 UNIDADES DECIMALES.

Dra. Ana Patricia Ramirez Bact UCMC  
CC 40036655  
Validación: TSH

Sector: ORINAS	Fecha de Validación: 10/08/2009 14:44
----------------	---------------------------------------

PARCIAL DE ORINA

ANALISIS FISICO-QUIMICO  
COLOR:

AMARILLO



Sede Teusaquillo

Bogotá D.C., 17 de Enero de 2008.

PACIENTE : JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
IDENTIFICACIÓN : 79208073  
TELEFONO : 3333692  
EDAD : 40 AÑOS  
C.M.F. - E.P.S. : CRUZ BLANCA - 20 DE JULIO  
M.D.T. : LILIANA PÉREZ

RX COLUMNA LUMBOSACRA

Alineación conservada.

La altura de los cuerpos vertebrales y espacios de disco así como las estructuras de los arcos posteriores son normales. No se detectan lesiones blásticas o líticas.

No hay evidencia de lisis o listesis.

OPINIÓN: ESTUDIO NORMAL.

Atentamente,

DR. ANTONIO SUAREZ  
MEDICO RADIÓLOGO

19/01/08 Orden: 4442  
Loly B.

NIT. 800.223.967-6

## ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO

Nombre:	JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS	Fecha:	25/08/2009
Edad:	40 AÑOS	Sexo:	M
Empresa:	CRUZ BLANCA	C.C:	79208073

**DATOS CLINICOS:** Paciente con dolor inquirino coxal derecho y Lumbalgia no irradiada en resonancia hay hernia discal L4 - L5 y discopatías L5 - S1.

### NEUROCONDUCCIONES

Nervio	Lado		Sensitivo		Motor					Onda F
	D	I	Latencia ms	Amplitud uV	Latencia Distal	Latencia proximal	Amplitud distal	Amplitud proximal	Velocidad m/s	
Peronero		X			3.75	8.48	6.27mV	6.15mV	57.0	
Tibial	X				3.52	9.84	4.13mV	4.66mV	56.1	
Sural		X	3.38	28.1						
Sural	X		3.03	59.7						

### ELECTROMIOGRAFIA

MUSCULO	LADO		ACTIVIDAD DE INSERCIÓN		REPOSO			UNIDADES MOTORAS	RECLUTAMIENTO
	D	I	N	A	PA	F	Fas		
Paraespinales L - S	X	X	X		-	-	-	N	N
Vastos Med	X	X	X		-	-	-	N	N
Biceps Fem	X	X	X		-	-	-	N	N
Tibialis Anterior	X	X	X		-	-	-	N	N
Peronero Long	X	X	X		-	-	-	N	N
Gastrocnemio Med	X	X	X		-	-	-	N	N
Gastrocnemio Lat	X	X	X		-	-	-	N	N

### REFLEJO H

Nervio	Latencia ms	Amplitud mV
Tibial Posterior derecho	27.6	1.76
Tibial Posterior Izquierdo	26.4	7.55

### INTERPRETACIÓN

Neuroconducciones y Electromiografía de miembros inferiores normal. Caída de amplitud de Reflejo H derecho con latencia simétricas.  
Compatible con radiculopatía S1 antigua o no activa Vs compromiso de vía aferente de reflejo S1 derecho.

DR. GUIDO MASSAZA  
RM. 79274041

ASPECTO: LIGERAMENTE TURBIO  
DENSIDAD ORINA: 1.015  
PH: 5.5  
LEUCOCITOS: Negativo  
NITRITOS: Negativo  
PROTEINAS: Negativo  
GLUCOSA: Normal  
CUERPOS CETONICOS: Negativo  
UROBILINOGENO: Normal  
BILIRRUBINA: Negativo  
ERITROCITOS: Negativo

**ANALISIS MICROSCOPICO**

CELULAS EPITELIALES: ESCASOS  
LEUCOCITOS: ESCASOS  
BACTERIAS: ESCASOS

Dra Johanna Rincón Melendez Bací  
UDES C.C. 1090367717  
Validación: PARCIAL DE ORINA

Sector: QUIMICA

Fecha de Validación: 10/08/2009 17:13

R ST: 11.2 UI/ml (0.0 - 40.0)

GLICEMIA BASAL: 86.0 mg/dL (65.0 - 110.0)

PROTEINA C REACTIVA: < 0.50 mg/L (0.00 - 5.00)

Dra. Ana Patricia Ramírez Bací UCMC  
CC: 40036655  
Validación: RA: TEST-GLICEMIA  
(GLUCOSA); PROTEINA C REACTIVA  
(PCR)

Sucursal: 14 CMF 20 DE  
IO

IPS Atención: CB Centro medico Familiar Pepe Sierra Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 10 Meses 18 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/10/16 Hora Ingreso: 06:33:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Centro medico Familiar Pepe Sierra CB - Tipo Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Afiliado: COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: PARA QUE ME programe la cirugía  
 Enfermedad Actual: PTE CON DX DE HERNIA DISCAL L4L5 Y L5S1 EN ESTUDIO DE ORIGEN  
 ASISITE CON EMG MAS NC DE MMII DE AGOSTO/09 RADICULOPATI DE S1 ANTIGUA O NO ACTIVA VS COMPROMISO DE  
 VIA AFERENTE DE REFLEJO S1 DERECHO  
 LABS DE AGOSTO/09  
 PDO NORMAL  
 RA TEST 112 UI/ML  
 GLIMICE APR 86  
 PCR MENOR DE 050 MG /L  
 PDO NORMAL  
 VSG 14 MM/H  
 TSH 4431 MUI/ML  
 ENMANEJO ACTUAL POR CLINICA DEL DOLOR CON CARBAMZEPINA MAS ACMF  
 REFIERE PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DOLOROSA SOLICITA PROGRAMACION DE CIRUGIA  
 EN CONSULTAS ANTERIOR SE EMITIERON RECOMENDACIONES LABORALES INFORMA ACTUALMENTE LABORES SIN  
 MANEJO DE CARGAS  
 ARP NO SABE

SIGNOS VITALES: FC: 72 Sistole: 100 Diastole: 70 FR: 16 T°: Talla: Peso: I.M.C:

## EXAMEN FISICO

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
Extremidades Inferior	Atonia	

## DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M511	CONFIRMADO REPETIDO	

## INTERCONSULTAS

Nombre	Especialidad	Observaciones
Medica Consulta	ORTOPEDIA	

RECOMENDACIONES: PTE CON PATOLOGIA DE COLUMNA CON FACTOR DE RIESGO PRESENTE ACTUALMENTE PARCIALMENTE CONTROLADO  
 SS VAL POR CX DE COLUMNA  
 SS DOCUMENTACION PARA CALIFICACION DE ORIGEN  
 RECIBO DOCUMENTOS  
 EXPLICO PROCESO DE CALIFICACION

Profesional: Yamile Rocio Caguazango  
 Identificación: 52056884

Especialidad: MEDICINA LABORAL  
 Registro Profesional: 52056884

IPS Atención: CB Central Especialistas Centro Medico Familiar Pepe Sierra Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 8 Meses 8 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/08/05 Hora Ingreso: 10:21:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Central Especialistas Centro Medico Familiar Puente Ambito Realización: AMBULATORIO  
 aranda CB - Tipo Afiliado: COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: TENGO UNA HERNIA

Enfermedad Actual: REFIERE QUE HA DOS AÑOS DE EVOLUCION DE DOLOR EN REGION LUMBAR REFIERE ANTECEDENTE DE CAIDA DE UNA ALTURA DE 270 MTS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL SIN PEDIDA DE CONCIENCIA NO REPORTADO COMO AT NO CONSULTO POR URGENCIAS MANEJO ANALGESICO MAS FST RNM DE COLUMNA LS DISCOPATIA LUMBAR CON HERNIA DISCAL L4L5 Y L5S1 DERECHA LABORES DE PINTOR DE CASAS JORNADA LABORAL DE 8 HORAS DURANTE 6 DIAS A LA SEMANA DESDE HACE 20 AÑOS AT EL REFERIDO NO REPORTADO ACTV ECTRALABORALES NEG BVALORADO POR CX DE COLUMNA ENVIA A MENJO MEDICO ARP NO SABE AFP

VS VITALES: FC: 72 Sístole: 100 Diástole: 70 FR: 16 T°: Talla: Peso: I.M.C:

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Grupo	Antecedente	Fecha	Observaciones
Patológicos Crónicos	No refiere		
Ocupacionales	Ergonómicos		PINTOR DE CASAS JORNADA LABORAL DE 8 HORAS DURANTE 6 DIAS A LA SEMANA DESDE HACE 20 AÑOS

#### DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
As degeneraciones especificadas de disco intervertebral	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M513	CONFIRMADO REPETIDO	

#### AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
Factor R.A, prueba cuantitativa de alta precision Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	
Orina, incluido sedimento	
Proteína C reactiva PCR, prueba cuantitativa de alta precision	
Tiroidea estimulante TSH	
Velocidad de sedimentacion globular VSG	

#### INTERCONSULTAS

Nombre	Especialidad	Observaciones
Medicina Laboral Consulta	MEDICINA LABORAL	

RECOMENDACIONES: Mantener peso con factor de riesgo ocupacional presente con tiempo de exposicion suficiente evento traumatico no reportado como at posible ep  
 Mantener peso  
 Mantener peso  
 se emiten recomendaciones laborales  
 control

Profesional: Yamile Rocio Caguazango  
 Identificación: 52056884

Especialidad: MEDICINA LABORAL  
 Registro Profesional: 52056884

IPS Atención: CB Central Especialistas Centro Medico Familiar Pepe Sierra Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 8 Meses 8 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/08/05 Hora Ingreso: 10:21:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Central Especialistas Centro Medico Familiar Puente aranda CB - Tipo Afiliado: COTIZANTE Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: TENGO UNA HERNIA

Enfermedad Actual: REFIER QUE HA DOS AÑOS DE EVOLUCION DE DOLOR EN REGION LUMBAR REFIRE ANTECEDENTE DE CAIDA DE UNA ALTURA DE 270 MTS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL SIN PIDIDA DE CONCIENCIA NO REPORTADO COMO AT NO CONSULTO POR URGENCIAS MANEJO ANALGESICO MAS FST RNM DE COLUMNA LS DISCOPATIA LUMBAR CON HERNIA DISCAL L4L5 Y L5S1 DERECHA LABORES DE PINTOR DE CASAS JORNADA LABORAL DE 8 HORAS DURANTE 6 DIAS ALA ASEMANA DESDE HACE 20 AÑOS AT EL REFERIDO NO REPORTADO ACTV ECTRALABORALES NEG BVALORADO POR CX DE COLUMNA ENVIA A MENJO MEDICO ARP NO SABE AFP

VS VITALES: FC: 72 Sistole: 100 Diastole: 70 FR: 16 T°: Talla: Peso: I.M.C:

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Grupo	Antecedente	Fecha	Observaciones
Patológicos Crónicos	No refiere		
Ocupacionales	Ergonómicos		PINTOR DE CASAS JORNADA LABORAL DE 8 HORAS DURANTE 6 DIAS ALA ASEMANA DESDE HACE 20 AÑOS

#### DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Las degeneraciones especificadas de disco intervertebral	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M513	CONFIRMADO REPETIDO	

#### AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
Factor R.A, prueba cuantitativa de alta precision	
Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	
Parcial de orina, incluido sedimento	
Índice C reactiva PCR, prueba cuantitativa de alta precision	
Prueba estimulante TSH	
Velocidad de sedimentacion globular VSG	

#### INTERCONSULTAS

Nombre	Especialidad	Observaciones
Medicina Laboral Consulta	MEDICINA LABORAL	

**RECOMENDACIONES:** pet con factor de riesgo ocupacional presente con tiempo de exposicion suficiente evento traumatico no reportado como at posible ep  
 ss labs  
 se emiten recomendaciones laborales control

Profesional: Yamile Rocio Caguazango  
 Identificación: 52056884

Especialidad: MEDICINA LABORAL  
 Registro Profesional: 52056884

IPS Atención: Cruz Blanca Cemes Avenida 68 Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 6 Meses 12 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/06/09 Hora Ingreso: 06:51:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Cruz Blanca Cemes Avenida 68 - Tipo Afiliado: Ambito Realización: AMBULATORIO  
 COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL ADULTO  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: dolor lumbar  
 Enfermedad Actual: cuadro de dos años de dolor lumbar se irradia a miembros inferiores la sintomatología aumento desde hace tres meses.  
 Tratamiento con aines + tramdol sin mejoría no ha rellazado t física.  
 ant. niega  
 rx de columna lumbar de enero del 2008 pequeños osteofitos en disco l4/l5

SEÑALES VITALES: FC: 80 Sistole: Diastole: FR: 18 T°: Talla: Peso: I.M.C:

**EXAMEN FISICO**

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
m. Extremidades Inferior	Anormal	espasmo muscular paravertebral lasage + derecho sensibilidad simétrica y conservada fuerza 5/5 rot ++/+++ patrick -.

**DIAGNOSTICOS**

Nº	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
1	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M511	CONFIRMADO NUEVO	

**AYUDAS DIAGNÓSTICAS**

Nombre	Observaciones
Resonancia Nuclear Magnetica (RNM) Columna lumbosacra	lumbalgia + radiculopatía
Fisioterapia	lumbalgia. plan: sedativa

**RCONSULTAS**

Nombre	Especialidad	Observaciones
Ortopedia Control	ORTOPEDIA	

**MEDICAMENTOS**

Nombre	Posología	Observaciones
amitriptilina clorhidrato tab. x25mg (tab)	tomar media tableta cada noche por una semana y luego una cada noche durante 30 día(s)	
tramadol clorhidrato sol. oral x100mg/ml fco. x10ml (fco)	tomar 1 tableta(s) cada 6 horas durante 20 día(s)	
betametasona fosfato 3mg + betametasona acetato 3mg susp. iny. amp. x1ml (amp)	tomar 10 gotas cada 8 horas	
diclofenaco sodico tab. x50mg (tab)	aplicar intramuscular una cada día	
	tomar 1 tableta(s) cada 8 horas durante 20 día(s)	

**RECOMENDACIONES:** plan: medicamentos t física ss rm de columna lumbar.  
 se dan indicaciones y sg de alarma  
 se explica a el paciente que no debe alzar Objetos mayores de 10 kg.



Profesional: Kinsthmena Andrea Ardila buitrago  
 Identificación: 52270475

Especialidad: ORTOPEDIA  
 Registro Profesional: 52270475

IPS Atención: Cruz Blanca Cèmes Avenida 68 Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 7 Meses 8 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/07/06 Hora Ingreso: 06:59:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Cruz Blanca Cemes Avenida 68 - Tipo Afiliado: Ambito Realización: AMBULATORIO  
 COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: DETECCION DE ALTERACION DEL DESARROLLO DEL JOVEN  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: trae rm de de columna lumbar de junio del 2009 hallazgos compatibles con hernia discal L4/L5 subarticular derecha y  
 henria EN L5/S1

Enfermedad Actual: refiere que comó estuvo oa trasado en pagos no pudo solicitar la t física  
 ademas refiere mejoría parcala con el medicamentos el dolor recidiva una vez pasa el tiempo de accion del mismo

S JS VITALES: FC: 80 Sistole: Diastole: FR: 18 T°: Talla: Peso: I.M.C:

**EXAMEN FISICO**

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
m. Extremidades Inferior	Anormal	lasage der + fuerza 5/5

**DIAGNOSTICOS**

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Trastorno de disco lumbar y otros, con llopatia	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M511	CONFIRMADO REPETIDO	

**RECONSULTAS**

Nombre	Especialidad	Observaciones
Ortopedia Columna Consulta	ORTOPEDIA	
Medicina Laboral Consulta	MEDICINA LABORAL	

RECOMENDACIONES: PLAN : T FISICA SEGUR MEDICAMENTOS SS VAL POR ORTOPEDIA COLUMNA Y MED LABORAL



Profesional: Kinsthmena Andrea Ardila buitrago  
 Identificación: 52270475

Especialidad: ORTOPIEDIA  
 Registro Profesional: 52270475

IPS-Atención: Cb Central Especialistas Autopista Norte Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 7 Meses 25 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/07/23 Hora Ingreso: 08:10:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Cb Central Especialistas Autopista Norte - Tipo Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Afiliado: COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: DOLOR LUMBAR Y RADICULAR DERECHO  
 Enfermedad Actual: SE INICIÓ HACE 2 AÑOS DE MANERA ESPONTANEA SU DOLOR ES PERMANENTE IRRADIADO LO CALIFICA COMO 8/10 EN LA E.V.A. LE EMPEORA ESTANDO DE PIES O CAMINANDO TIPO PUNZADA SE ACOMPAÑA DE DISESTESIAS DEL MID HASTA EL MOMENTO HA RECIBIDO TRATAMIENTO DE TERAPIA QUE NO LO ALIVIA . Y SE LE TOMO UNA MRI DE COLUMNA LUMBAR QUE MUESTRA UNA HERNIA DISCAL L4-5 DERECHA EXTRUIDA Y L5-S1 CENTRAL.  
 AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA DEBILIDAD DE ABDOMINALES RETRACCION DE ISQUIOTIBIALES LASEGUE+ DERECHO PATRICK- GAESSLEN - PALPACION DOLOROSA DE LA REGION LUMBAR Y GLUTEA . NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO.

**DIAGNOSTICOS**

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Tumor de disco lumbar y otros, con radiculopatía	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M511	CONFIRMADO NUEVO	L4-5 Y L5-S1 DERECHAS.

**AYUDAS DIAGNÓSTICAS**

Nombre	Observaciones
Taller cuidado de espalda por enfermería	

**INTERCONSULTAS**

Nombre	Especialidad	Observaciones
Clinica del dolor agudo	ANESTESIA	VAL Y TTO DE DOLOR LUMBAR Y BLOC
Clínica Consulta	FISIATRIA	VAL Y TTO DE HERNIA DISCAL

**MEDICAMENTOS**

Nombre	Posología	Observaciones
amitriptilina clorhidrato tab. x25mg (tab)	tomar 1 tableta(s) en la noche	
acetaminofen tab. x500mg (tab)	tomar 2 tableta(s) cada 8 hora	
betametasona fosfato 3mg + betametasona acetato 3mg susp. iny. amp. x1ml (amp)	aplicar 1 amp i.m. cada 20 dia	

**RECOMENDACIONES:** SE LE EXPLICA LA NATURALEZA DE SU ENFERMEDAD LAS COMPLICACIONES Y SIGNOS DE ALERTA SE LE PLANTEA LA POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO QUIRURGICO ADVIRTIENDO QUE EXISTEN RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE NO HAY GARANTIA DEL RESULTADO YA QUE SON PROCEDIMIENTOS DE MEDIO Y QUE PUEDEN HABER COMPLICACIONES COMO LA INFECCION EL SANGRADO LA RADICULITIS LA FIBROSIS PERIDURAL LÑA PARAPLEGIA Y TODOS LOS DEMAS RELACIONADOS INCLUSIVE HASTA LA MUERTE. SE REMITE A MANEJO MEDICO



Profesional: Fabian Herrera  
 Identificación: 8673670

Especialidad: ORTOPEDIA  
 Registro Profesional: 8673670

IPS Atención: Cruz Blanca Cemes Avenida 68 Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 40 Años 0 Meses 6 Dias Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/12/04 Hora Ingreso: 11:38:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Cruz Blanca Cemes Avenida 68 - Tipo Afiliado: Ambito Realización: AMBULATORIO  
 COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: TENGO DOS HERNIAS DISCALES  
 Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANATECEDENTE DE HERNIAS DISCALES EN COLUMNALUMBAR DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUIEN ASISTE A CONSULTA POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGIA LA CUAL SE HA AUMENTADO EN EL ULTIMO SEMESTRE Y LO LIMITA FUNCIONALMENTE TRAE RNM DE JUNIO DE EL PRESENTE AÑO QUE MUESTRA LA PRESENCIA DE DOS HERNIAS DICALES UNA EN L4-L5 DERECHA Y UNA L5-S1 CON MIGRACION CAUDALÑ OCASIONANDO EFECTO COMPRESIVO Y DISMINUCION DE LA AMPLITUD DE LOS FORMANES DE CONJUNCION .  
 REMITIDO POR CIRUJANO DE COLUMNA PARA CLINICA DEL DOLOR PARA APLICACION DE BLOQUEO RADICULAR. EL PACIENTE EXIJE LA REALIZACION DE CIRUGIA POR NO SOPORTAR EL DOLOR Y PORQUE CONSIDERA QUE HA SIDO TOMADO DEL PELO PUES SE LE DIJO QUE CON EL BLOQUEO MEJORARIA NO OBTANTE NUNCA SE LE HA REALIZADO DICHO PROCEDIMIENTO. Y DE CLINICA DEL DOLOR FUE REMITIDO NUEVAMENTE A ORTOPEdia.

E) FÍSICO  
 P: I Cuerpo Variable Observaciones  
 o. Osteomuscular Anormal LASEGUE DERECHO PRESENTE SENSIBILIDAD FUERZA Y REFLEJOS CONSERVADOS HAY DOLOR AL APACION DE SEGMENTO L5-S1 HAY RETRACCION D ELA MUSCULATURA PARAESPINAL LUMBAR. RESTO NORMAL.

DIAGNOSTICOS  
 Nombre Tipo CIE10 Tipo Dx Observaciones  
 - Orno de disco lumbar y otros, con DIAGNOSTICO M511 CONFIRMADO REPETIDO HERNIAS DISCALES L4-L5 Y L5-S1  
 iopatia PRINCIPAL

AYUDAS DIAGNÓSTICAS  
 Nombre Observaciones  
 Taller cuidado de espalda por enfermería HERNIA DISCAL L4-L5 Y L5-S1

INTERCONSULTAS  
 Nombre Especialidad Observaciones  
 Ortopedia Control ORTOPEdia VALORACION CIRUGIA DE COLUMNA DX HERNIA DISCAL L4-L5 Y L5-S1 EVALUAR POSIBILIDAD DE MANEJO QUIRURIGCO VS. BLOQUEO RADICUL VALORACION  
 TERAPIA FISICA, INCLUYE EVALUACION DE EJERCICIOS FISIOTERAPIA  
 TERAPEUTICOS DX HERNIA DISCAL L4-L5 Y L5-S1 MEDIOS FISICOS TERAPIA SEDATIVA

IV AMENTOS  
 N Posología Observaciones  
 tramadol clorhidrato sol. iny. x100mg amp. x2ml (amp) tomar 12 gotas en un vaso de a  
 acetaminofen tab. x500mg (tab) tomar 1 tableta(s) cada 6 hora  
 calendula oxido de zinc crema fcox60g (fco) - labfarve aplicar cada 12 horas

RECOMENDACIONES: EN VISTA DE LA POCA RESPUESTA A MANEJOS DADOS ANTERIORMENTE DECIDO REITIR A VALORACION NUEVAMENTE POR CIRUGIA DE COLUMNA PARA DECIDIR SI HAY NECESIDAD DE REALIZAR MANEJO QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA CONSIDERARIA QUE DADAS LAS CARACTERISTICAS DEL EF SE BENEFICIARIA MUCHO DE LA REALIZACION DE BLOQUEOS RADICULARES.

SE DA ORDEN DE FISIOTERAPIA  
 SE DA ORDEN DE TALLER DE CUIDADO DE ESPALDA.  
 SE FORMULAN AINES



Profesional: Alvaro Hernandc Bernal Gomez  
 Identificación: 75082052

Especialidad: ORTOPEdia  
 Registro Profesional: 75082052

No. 112674393

Inicio Atención: 2009/12/04 11:38:00

Fin Atención: 2009/12/04 11:56:49

---

IPS Atención: Cruz Blanca Cemes Avenida 68	Ciudad: Bogotá D.C.		
Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS	Identificación: CC 79208073	Estado Civil: SOLTERO	
Sexo: MASCULINO	Edad: 40 Años 0 Meses 6 Días	Fecha Nac: 1969/11/28	Grupo Atención: Otros
IPS Primaria:	Regional:		
Fecha Ingreso: 2009/12/04	Hora Ingreso: 11:38:00	Nro Cuenta: 22544744	Ocupación: PINTOR(A)

---

IPS Atención: Cb Ips Olaya Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 6 Meses 8 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha ingreso: 2009/06/05 Hora ingreso: 07:09:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: AUXILIAR  
 Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Cb Ips Olaya - Tipo Afiliado: COTIZANTE Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: paciente llega tarde a su terapia

Enfermedad Actual: se le explica la importancia de llegar a tiempo para obtener resultados adecuados con su evolución

**DIAGNOSTICOS**

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
I en articulación	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M255	CONFIRMADO REPETIDO	

I sional: Marcela Peña  
 I ficación: 52707183

Especialidad: FISIOTERAPIA  
 Registro Profesional: 52707183

IPS Atención: CB Centro Medico y Familiar 20 de julio Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 5 Meses 20 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/05/18 Hora Ingreso: 16:44:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)

Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Centro Medico y Familiar 20 de julio CB - Tipo Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Afiliado: COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: SOLO Tel: 3333692  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: DOLOR EN CINTURA  
 Enfermedad Actual: CUADRO DE 20 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR LUMBAR NO IRRADIADO Y A NIVEL DE COLUMNA DORSAL QUE AUMENTA CON LOS MOVIMIENTOS NIEGA TRATAMIENTO. NIEGA TRAUMA  
 SI 3 VITALES: FC: 74 Sistole: 130 Diastole: 80 FR: 20 T°: Talla: 160 Peso: 71 I.M.C: 27,73

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Grupo	Antecedente	Fecha	Observaciones
Patológicas Infecciosas	No refiere		
Patológicos Crónicos	No refiere		
Quirúrgicos	No refiere		
Traumáticos	No refiere		
T. alérgico	No refiere		
T. isionales	No refiere		
Venéreos	No refiere		
Hábitos de Riesgo	Ingesta de alcohol Frecuencia: (ME) Mensual		
Otras	Otros	2007/11/16	T 157CM P 72KG/ VIVE SOLO.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Antecedente	Parentesco	Observaciones
car	PADRE	CA GASTRICO.

**EXAMEN POR SISTEMAS**

Sistema	Variable	Observaciones
Neurológico y Psíquico	NO REFIERE	
Órganos de los sentidos	NO REFIERE	
Sistema Cardiovascular	NO REFIERE	
Sistema Muscular	NO REFIERE	
Sistema Sanguíneo	NO REFIERE	
Sistema Urinario	NO REFIERE	

**EXAMEN FISICO**

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
a. Cabeza y Cráneo	Normal	
g. Torax	Ventilación adecuada	
i. Abdomen	Blando	
m. Extremidades Superiores	Normal	
o. Extremidades Inferiores	Normal	
g. Torax	Normal	
d. Boca	Normal	
m. Extremidades Inferior	Normal	
o. Osteomuscular	Anormal	LASEGUE NEGATIVO DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR Y DORSAL.
r. Cuello	Normal	
s. Cardiovascular	Normal	
t. Abdomen	Normal	
r. Aspecto General	Hidratado	
r. Aspecto General	Buen aspecto general	
p. Piel y faneras	Normal	
r. Aspecto General	Normal	

**DIAGNOSTICOS**

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Lumbago no especificado	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M545	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

IPS Atención: CB Centro Médico y Familiar 20 de julio

Ciudad: Bogotá D.C.

Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

Identificación: CC 79208073

Estado Civil: SOLTERO

Sexo: MASCULINO

Edad: 39 Años 5 Meses 20 Días

Fecha Nac: 1969/11/28

Grupo Atención: Otros

IPS Primaria:

Regional:

Fecha Ingreso: 2009/05/18

Hora Ingreso: 16:44:00

Nro Cuenta: 22544744

Ocupación: PINTOR(A)

**DIAGNOSTICOS**

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Dorsalgia, no especificada	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	M549	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

**MEDICAMENTOS**

Nombre	Posología	Observaciones
metocarbamol tab. x750mg (tab)	segun la formula.	
ibuprofeno tab. x400mg (tab)	segu la formula.	
diclofenaco sodico sol. iny. x75mg/amp. x3ml (amp)	segun la formula. im.	

**RECOMENDACIONES:** PAUSAS ACTIVAS HIGUIENE POSTURAL SIGNOS DE ALARMA CLAROS.  
CONTROL SEGUN EVOLUCION.

Profesional: Sandra Carolina Lopez Vanegas  
Identificación: 52718798

Especialidad: MEDICINA GENERAL  
Registro Profesional: 52718798

IPS Atención: CB Centro Médico y Familiar 20 de julio Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 6 Meses 0 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional:  
 Fecha Ingreso: 2009/05/28 Hora Ingreso: 13:01:00 Nro Cuenta: 22544744 Ocupación: PINTOR(A)  
 Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3333692  
 Convenio: Convenio Centro Medico y Familiar 20 de julio CB - Tipo Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Afiliado: COTIZANTE  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: solo Tel: 3333692  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: POR DOLOR

Enfermedad Actual: CUADRO DE APROX. 2 MESES DE EVOLUCION DE DOLOR LUMBAR IRRADIADO DESDE HACE 1 SEMANA A MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE AUMENTA CON LOS MOVIMIENTOS NIEGA TRAUMA POR LO CUAL CONSULTO HACE 10 DIAS FOMRULARON DICLOFENACO AMP METOCARBAMOL E IBUPROFENO TABS NIEGA MEJORIA. REFIERE QUE DESDE HACE 1 SEMANA LO LIMITA PARA SU ACTIVIDAD DIARIA. DIURESIS+ DEPOSICION+ NIEGA FIEBRE EMESIS U OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. HACE 1 AÑO CONSULTO POR EL MISMO MOTIVO DE CONSULTA LE SOLICITARON RX COLUMNA LUMBOSACRA QUE SALIO DENTRO DE LIMITES NORMALES Y REMITIERON A FISIOTERAPIA PRESENTO MEJORA MOMENTANEA.

SIGNOS VITALES: FC: 74 Sístole: 120 Diástole: 80 FR: 20 T°: 36.5 Talla: 160 Peso: 72 I.M.C: 28,13

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Grupo	Antecedente	Fecha	Observaciones
Químicos	No refiere		
Traumáticos	No refiere		
Farmacológicos	No refiere		
Transfusionales	No refiere		
Otras	Otros	2007/11/16	T 160 CM P 72KG/ VIVE SOLO.
Patológicas Infecciosas	No refiere		
Toxicoalérgico	No refiere		
Patológicos Crónicos	No refiere		

**EXAMEN POR SISTEMAS**

Sistema	Variable	Observaciones
Neurológico y Psíquico	NO REFIERE	
Órganos de los sentidos	NO REFIERE	
Sistema Cardiovascular	NO REFIERE	
Sistema Osteoarticular	NO REFIERE	
Sistema Urinario	NO REFIERE	

**EXAMEN EN FISICO**

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
a. Cabeza y Cráneo	Normal	
g. Torax	Ventilación adecuada	
i. Abdomen	Blando	
l. Extremidades Superiores	Normal	
(Codo)	Normal	
ξ. Ax	Normal	
d. Boca	Normal	
m. Extremidades Inferior	Normal	
o. Osteomuscular	Anormal	LASEGUE DERECHO POSITIVO DOLOR A LA PALPACION MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR DERECHA.
f. Cuello	Normal	
h. Cardiovascular	Normal	
domen	Normal	
pecto General	Hidratado	
r. Aspecto General	Buen aspecto general	
p. Piel y faneras	Normal	
r. Aspecto General	Normal	

**DIAGNOSTICOS**

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Lumbago no especificado	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M545	CONFIRMADO REPETIDO	

**INTERCONSULTAS**

Nombre	Especialidad	Observaciones
Ortopedia Consulta	ORTOPEDIA	

IPS Atención: CB Centro Medico y Familiar 20 de julio

Ciudad: Bogotá D.C.

Paciente: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

Identificación: CC 79208073

Estado Civil: SOLTERO

Sexo: MASCULINO Edad: 39 Años 6 Meses 0 Días

Fecha Nac: 1969/11/28

Grupo Atención: Otros

IPS Primaria:

Regional:

Fecha Ingreso: 2009/05/28

Hora Ingreso: 13:01:00

Nro Cuenta: 22544744

Ocupación: PINTOR(A)

**INTERCONSULTAS**

Nombre	Especialidad	Observaciones
Valoracion Fisioterapia	FISIOTERAPIA	

**MEDICAMENTOS**

Nombre	Posología	Observaciones
tramadol clorhidrato sol. oral x100mg/ml fco. x10ml (fco)	tomar 12 gotas cada 8 horas si	
ibuprofeno tab. x400mg (tab)	tomar 1 tab. cada 8 horas por	
diclofenaco sodico sol. iny. x75mg/amp. x3ml (amp)	aplicar 1 ampolla intramuscula	

**INCAPACIDADES** Fecha Inicial: 2009/05/28 Fecha Final: 2009/05/30 Duración (Días): 3

Tipo: Ambulatoria No Quirúrgica

Concepto: Enfermedad General

Diagnóstico: M545 Lumbago no especificado

Observaciones

**RECOMENDACIONES:** PACIENTE CON LUMBAGO CRONICO QUE NO MEJORA CON MEDICACION HACE 1 AÑO REMITIDO A FISIOTERPIA POR NO MEJOIRA Y CARACTERISTICAS DEL DOLOR SE REMITE A ORTOPEDIA PARA VALORACION YA TIENE RX SE DAN SIGNOS DE ALARMA CLAROS.

Profesional: Sandra Carolina Lopez Vanegas

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Identificación: 52718798

Registro Profesional: 52718798



## EVALUACION DE PUESTO DE TRABAJO

### 1. IDENTIFICACIÓN

EMPRESA	ALCABAMA S.A - JUAN MANUEL REYES
FECHA	18 MAYO 2010
NOMBRE	JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS
EDAD	40 AÑOS.
FECHA NACIMIENTO:	28 NOVIEMBRE 1969
SEXO	MASCULINO
CEDULA DE CIUDADANIA	79.208.073 DE SOACHA
PUESTO DE TRABAJO EVALUADO	PINTOR (CONTRATISTA)
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	ENERO 2000
FECHA DE INGRESO AL PUESTO	ENERO 2000
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	25 AÑOS 4 MESES
DIAGNOSTICO	HERNIA DISCAL L3-L4-L5
OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN	Evaluación del puesto de trabajo como parte en el proceso de definición de origen de presunta enfermedad profesional

Referencia: JUAN MANUEL REYES  
Puesto: PINTOR – JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS

Elaborado para POSITIVA por  ERGOSOURCING



## 2. PROCEDIMIENTO

Se realiza contacto en la empresa con el señor Juan Manuel Reyes, quien se desempeña como Contratista de pintura, con quien se concertó la hora para llevar a cabo la evaluación el día 18 de Mayo del año 2010 y quien realiza el acompañamiento parcial (excepto durante las fotografías) avalando la información registrada.

La información registrada se obtuvo mediante entrevista con el trabajador José Alirio Cruz.

La evaluación se realiza en el puesto de trabajo de Pintor de construcción, sin embargo, cabe anotar que el trabajador labora para un contratista de ALCABAMA S.A llamado JUAN MANUEL REYES, en las actividades de Estucar, Segundear y Terminación de acuerdo con los criterios establecidos para la selección del puesto de trabajo a evaluar.

El trabajador refiere que inició la sintomatología que nos ocupa hace 4 años aproximadamente, en abril del año 2006.

Actualmente el trabajador ya no realiza las actividades relacionadas con estucar por el dolor de la espalda.

Se toma registro fotográfico de las actividades principales del puesto de trabajo sobre el trabajador en mención. Se simula la actividad de estucar pues en el momento de la evaluación no se estaba realizando.

## 3. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo – Funciones o actividades	Fecha - Duración
Juan Manuel Reyes	Pintor: Estucar, Segundear y Terminación	Enero de 2000 a la fecha: 10 años 4 meses
AV VILLAS	Pintor: Estucar, Segundear y Terminación	Enero de 1985 a Enero de 2000. 15 años

**Observaciones:** El trabajador refiere que antes del 1985 también trabajó como contratista por períodos cortos.



#### **4. DESCRIPCION GENERAL**

El objetivo del puesto de trabajo de Pintor del Contratista es asistir en el trabajo de pintura de los apartamentos y/o casas construidas por diferentes constructoras.

Las actividades se llevan a cabo en los diferentes sitios donde se desarrollan las obras de construcción, en la fecha en la cual se inició la sintomatología el trabajador se encontraba laborando en el proyecto Tibaná, ubicado cerca a la Fragua. Era un proyecto de edificios de apartamentos de 6 pisos y con 4 apartamentos por piso.

##### **4.1 DESCRIPCION DEL PROCESO**

###### **Sub actividad 1: Estucar**

El objetivo de esta subactividad era volver finas las paredes.

Consistía en tomar los bultos de caolín, yeso y cemento, trasportarlos cargados al hombro desde el ingreso al edificio y subirlos por las escaleras hasta el piso donde se encontraba el apartamento que se estuviera trabajando (25Kg aproximadamente cada bulto). También debía subir hasta el apartamento 1 balde con agua hasta  $\frac{3}{4}$  partes del balde y otro vacío para hacer la mezcla. Una vez tenía listos los materiales tomaba agua del balde en un recipiente y la depositaba en el otro balde vacío y luego le incorporaba una manotada de caolín, yeso y cemento y mezclaba con la mano hasta que diera la consistencia y cantidad necesarias. Con la mezcla, o estuco lista se dirigía hacia la pared que fuera a estucar y allí aplicaba la mezcla con la llana y la esparcía hasta dejar la pared completamente estucada. Esta actividad la realizaba 6 veces por pared haciendo el movimiento con la llana en sentido horizontal y vertical alternándolos 1:1.

El tiempo dedicado a esta actividad era el 100% de la jornada laboral efectiva, correspondiente a 8 horas. Dependía de las necesidades específicas de cada apartamento, en general podía demorarse 2 días estucando un apartamento (80m<sup>2</sup>) que podían ser entre 20-25 paredes y techo aproximadamente. Subía diariamente entre 4-6 baldes de agua con peso aproximado 5 Kg y 8 bultos de material con peso de 25 Kg, cada uno.

	
<p align="center"><b>Cargar bulto de material</b></p> <p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra en flexión entre 20-30°, asociado a inclinación izquierda de 10-20° y rotaciones entre 5-10°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con flexo extensión de caderas entre 45-50°, flexo extensión de rodillas entre 0-90° y cuellos de pies entre neutro y dorsiflexión con apoyo parcial en los escalones. El MSD se encuentra en postura antigravitacional en flexión de hombro entre 10-30° asociados a movimientos de ABD entre 10-30°, con codo en flexión entre 100-110° al cargar el bulto. El MSI se encuentra en postura antigravitacional en flexo extensión de hombro entre 20-40° asociados a movimientos de ABD entre 10-30° con codo en flexión de 0-10 con requerimiento de fuerza al sostenerse de la baranda. Requerimiento de fuerza al cargar el bulto con peso aproximado de 25 Kg.</p>	<p align="center"><b>Cargar balde con agua</b></p> <p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra en flexión entre 20-30°, asociado a inclinación izquierda de 10-20° y rotaciones entre 5-10°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con flexo extensión de caderas entre 45-60°, flexo extensión de rodillas entre 0-90° y cuellos de pies entre neutro y dorsiflexión con apoyo parcial en los escalones. El MSD se encuentra en postura antigravitacional en extensión de hombro entre 10-30° asociados a movimientos de ABD entre 10-30°, codo en flexión entre 10-20° al cargar el balde. El MSI se encuentra en postura antigravitacional en flexo extensión de hombro entre 20-40° asociados a movimientos de ABD entre 10-30° con codo en flexión de 0-10 con requerimiento de fuerza al sostenerse de la baranda. Requerimiento de fuerza al cargar el balde con peso aproximado de 5 Kg.</p>
 <p align="center"><b>Estucar planos bajos</b></p>	 <p align="center"><b>Estucar planos altos</b></p>



<p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra en flexión entre 60-80°, asociado a inclinación izquierda de 10-20° y rotaciones entre 10-20°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con flexión de caderas entre 10-40°, flexión de rodillas entre 20-30° y cuellos de pies en neutro con apoyo completo de los pies en el suelo. Los MMSS se encuentran en postura antigravitacional en flexión de hombros entre 70-80° asociados a movimientos de ABD y ADD entre 30-40°. En codos se registran movimientos de extensión al manipular la llana.</p>	<p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra entre neutro y extensión de 5-10°, asociado a inclinaciones de 5-10° y rotaciones entre 5-10°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con caderas, rodillas y cuellos de pies en neutro y apoyo completo de los pies en el suelo. Los MMSS se encuentran en postura antigravitacional en flexión de hombros entre 130-170° asociados a movimientos de ABD y ADD entre 10-30°. En codos se registran movimientos de flexo extensión al manipular la llana.</p>
--	--

MMSS: Miembros superiores MSII: Miembros Inferiores ABD: Abducción MII: Miembro inferior izquierdo MID: Miembro inferior derecho MSD: Miembro Superior Derecho MSI: Miembro Superior Izquierdo

## Sub actividad 2: Segundear

El objetivo de la subactividad es perfeccionar el pañete.

Consiste en la realización de varias tareas sobre las paredes y techos como son:

- ❖ Sacar filos: el trabajador toma la regla y la coloca en los filos de las paredes, luego toma con la espátula el yeso y lo esparce al nivel de la regla, finalmente retira la regla y deja secar.
- ❖ Detallar: cuando hay algún detalle en la pared se debe corregir resanando con la espátula y yeso.
- ❖ Lijar: una vez se ha hecho algún resane, o después de sacar filos y también después de estucar se pasa la lija por toda la pared, o techo para que quede al mismo nivel y muy lisa.

El tiempo dedicado a esta actividad era el 100% de la jornada laboral efectiva, correspondiente a 8 horas. Dependía de las necesidades específicas de cada apartamento, en general podía demorarse 2 días segundear un apartamento (80m<sup>2</sup>) que podían ser entre 20-25 paredes y techo aproximadamente.

		
<p align="center"><b>Sacar fillos</b></p> <p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra en flexo extensión entre 10-20°, asociado a inclinación derecha de 15-30° y rotaciones entre 5-10°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con caderas, rodillas y cuellos de pies en neutro y apoyo completo de los pies en el suelo. El MSI se encuentra en postura antigravitacional en flexión de hombro entre 160-170°. En codo se registran movimientos de flexo extensión al manipular la regla. El MSD se encuentra en postura antigravitacional en flexión de hombro entre 30-50° asociado a movimientos de ADD entre 10-20°. En codo se registran movimientos de flexo extensión al manipular la regla.</p>	<p align="center"><b>Detallar</b></p> <p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra en flexión entre 30-50°, asociado a inclinación derecha de 5-10° y rotaciones entre 5-10°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con flexión de caderas entre 20-50°, flexión de rodillas entre 20-30° y cuellos de pies en neutro con apoyo completo de los pies en el suelo. El MSD se encuentra en postura antigravitacional en flexión de hombro entre 20-30° asociado a movimientos de ADD entre 5-10°. En codo se registran movimientos de flexo extensión al manipular la espátula. El MSI se encuentra en postura antigravitacional en flexión de hombro entre 60-70° asociado a movimientos de ABD entre 5-10°. En codo se registran movimientos de flexo extensión al darse apoyo con la pared.</p>	<p align="center"><b>Lijar pared</b></p> <p>En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a inclinaciones de 5-10°, en tronco se observan movimientos de flexión entre 60-80° asociado a inclinaciones y rotaciones entre 15-30°. En MMII se observa flexo extensión de caderas entre 10-20°, flexo extensión de rodillas entre 10-20° y cuellos de pies en neutro, con apoyo completo de los pies en el suelo. El MSI realiza flexión de hombro entre 60-90° asociado a ABD entre 15-30° y flexo extensión de codo entre 60-90° al manipular la lija. El MSI permanece en flexión o extensión de hombro entre 5-10° y ABD entre 5-10° con flexión de codo entre 90-100° al apoyarse en la pared.</p>

MMSS: Miembros superiores MSII: Miembros Inferiores ABD: Abducción MII: Miembro inferior izquierdo MID: Miembro inferior derecho MSD: Miembro Superior Derecho MSI: Miembro Superior Izquierdo

### Sub actividad 3: Terminación

El objetivo de esta subactividad es aplicar color a las paredes y techos.

Consiste en que el trabajador se dirige con el balde con pintura hacia la pared que va a pintar y allí moja el rodillo, o la brocha con la pintura y luego la va esparciendo en la pared, se le dan 3 manos de color a cada pared.

El tiempo dedicado a esta actividad era el 100% de la jornada laboral efectiva, correspondiente a 8 horas. En general podía demorarse 2 días pintando un apartamento (80m<sup>2</sup>) que podían ser entre 20-25 paredes y techo aproximadamente.



**Pintar fillos y paredes**

En postura bípeda se observan movimientos de flexo-extensión en cuello entre 10-20° asociados a rotación derecha o izquierda entre 20-30° e inclinaciones de 10-15°. En tronco registra en flexión entre 20-40° al pintar planos medios y bajos y entre neutro y extensión de 5-10° al pintar planos altos de trabajo, asociados a inclinaciones entre 10-20° y rotaciones entre 5-10°. En MMII se observa aumento de la base de sustentación, con flexo extensión de caderas entre 0-40°, flexo extensión de rodillas entre 0-20° y cuellos de pies en neutro con apoyo completo en el suelo. El MSD se encuentra en postura antigravitacional en flexión de hombro entre 20-30° al pintar en planos medios y bajos y entre 140-160° al pintar en planos altos, asociados a movimientos de ABD y ADD entre 5-10°. En codo se registran movimientos de flexo extensión al manipular la brocha. El MSI se encuentra en postura en reposo sobre un muslo al pintar en planos medios y bajos o en flexión de hombro entre 20-30° asociado a movimientos de ABD entre 5-10°. En codo se registran movimientos de flexo extensión al acompañar el movimiento.

MMSS: Miembros superiores MSII: Miembros Inferiores ABD: Abducción MII: Miembro inferior izquierdo MID: Miembro inferior derecho MSD: Miembro Superior Derecho MSI: Miembro Superior Izquierdo

## 4.2 DIVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES

N°	Sub Actividad	Referencia de Tiempo Duración - % Ciclo ó Jornada	Referencia de Rendimiento	Observaciones
1	Estucar	Actividades realizadas el 100% correspondiente a 8 horas de la jornada laboral efectiva.	Se demoraba 2 días estucando, segundeando o terminando un apartamento (80m2) que podían ser entre 20-25 paredes y techo aproximadamente.	Cuando estucaba subía diariamente entre 4-6 baldes de agua con peso aproximado 5 Kg y 8 bultos de material con peso de 25 Kg, cada uno.
2	Segundear			
3	Terminación			

**Observaciones:** Las actividades realizadas cambian cada 2 días.

## 5. DISEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS ERGONÓMICAS.

SUB ACTIVIDAD	PLANO			ZONA			ESPACIO
	Definición	Altura (cm)	Cal	Mín	Máx	P F	Cal
Estucar	Planos altos	160-230	Alto			I	Suficiente
Segundear	Planos medios	80-160	Normal			I	
Terminación	Planos bajos	0-80	Bajo			I	

## ELEMENTOS Y EQUIPOS

### Máquinas, Herramientas y Utensilios

Nombre	Estado de mantenimiento	Forma de manipulación	Peso, forma, medidas y otras características generales
Lija	Bueno	Unimanual con agarres a mano llena	
Brocha	Bueno	Unimanual con agarres cilíndrico	 200 grs aprox
Espátula	Bueno	Unimanual con agarres cilíndrico	 200 grs aprox.



Nombre	Estado de mantenimiento	Forma de manipulación	Peso, forma, medidas y otras características generales
Regla	Bueno	Unimanual y Bimanual	 200 grs aprox.
Llana	Bueno	Unimanual con agarres cilíndrico	 250 grs aprox.

### Elementos de Protección Personal

Elemento	Forma de Uso	Estado
Overol	Permanente	Bueno
Casco		
Botas sin puntera		

### Materiales

Nombre	Peso, forma, medidas y otras características generales	Forma de manipulación
Yeso	Bultos de 25 Kg	Carga manual al hombro o en carretilla
Cemento	Bultos de 25 Kg	Carga manual al hombro o en carretilla
Caolín	Bultos de 25 Kg	Carga manual al hombro o en carretilla
Pintura	Caneca	Carga manual agarre de enganche

## 6. ASPECTOS ORGANIZACIONALES

### 6.1 JORNADA:

- Duración : 8 horas efectivas de trabajo.
- Horario de trabajo : 7:00a.m a 4:30p.m de lunes a viernes (9 horas 30 minutos)  
Sábados 7:00a.m a 12:00m
- Observaciones : Refiere que el horario varía dependiendo de las actividades a realizar.



## 6.2 DESCANSOS:

Tiempo total : 1 hora 30 minutos  
Distribución : 1 Hora de almuerzo  
30 minutos para tiempos personales

## 7 ASPECTOS DE CONFORT AMBIENTAL

### • Ambiente Lumínico

Tipo: Luz natural.  
Fuente: Proveniente de luz solar a través de ventanas de los apartamentos.  
Observaciones: El refiere que no genera discomfort.

### • Ambiente Térmico

Tipo: Temperatura ambiente, constante a lo largo de la jornada.  
Observaciones: El refiere que no genera discomfort.

### • Ambiente Sonoro

Fuente: Proveniente de las diferentes actividades de construcción.  
Observaciones: El refiere que no genera discomfort.

## 8. CONCLUSIONES

Se evalúa el puesto de trabajo de Pintor en el que se ha desempeñado el trabajador por un tiempo de 25 años 4 meses, en las actividades de Estucar, Segundear y Terminación, las cuales se ejecutan en postura bípeda un 70% de la jornada laboral asociada a desplazamientos para dirigirse a las diferentes áreas al interior del apartamento; en postura en semi cuclillas un 20% y en postura sedente otro 10% durante los descansos.

Referencia: JUAN MANUEL REYES  
Puesto: PINTOR – JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS

Elaborado para POSITIVA por



10



Dentro del cumplimiento de sus funciones cuenta con 1 hora y 30 minutos de descanso distribuido en 1 hora para el almuerzo, 30 minutos para tiempos personales.

En el desarrollo de las actividades se registran movimientos en flexión y extensión de columna cervical y de tronco, asociados a rotaciones e inclinaciones al realizar las actividades, lo cual depende del plano de ejecución de cada una. Se registran movimientos de flexo extensión de caderas, rodillas y cuellos de pie durante los traslados por las diferentes áreas, los ángulos de flexión aumentan en estas articulaciones al asumir postura en cuclillas para realizar actividades en planos bajos de trabajo. Se registran movimientos en miembros superiores en flexión de hombros con abducciones y aducciones y flexo extensión de codos para la manipulación de las herramientas y materiales. Se registran requerimientos de presión en manos sobre las herramientas (espátula al aplicar yeso en paredes, rodillo al pintar).

Se registran requerimientos de fuerza al cargar entre 4-6 baldes con agua con peso aproximado de 5Kg cada uno y 8 bultos con materiales de 25 Kg cada uno.

Se registraron condiciones ambientales favorables en cuanto a ambiente lumínico y ambiente térmico. En ambiente sonoro refiere ruido proveniente del funcionamiento de la obra sin embargo el trabajador no refiere disconfort.

Su ritmo de trabajo era individual y constante, debía estucar o segundear o terminar en 2 días 1 apartamento (80m<sup>2</sup>).

Realizado por:

ANDREA VIVIANA QUINTERO  
Fisioterapeuta  
C.C 52.150.460 de Bogotá

Participación para la valoración conjunta de la información

MARIA CLEMENCIA RUEDA  
Médico Fisiatra - Ergónoma  
C.C. No. 51.675.513 Bogotá

VERONICA BASTIDAS V  
Fisioterapeuta EPRL  
CC: 52.882.838 de Bogotá

Referencia: JUAN MANUEL REYES  
Puesto: PINTOR – JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS

Elaborado para POSITIVA por



11



## **ANEXO RECOMEDACIONES**

- Se recomienda evitar exceder en 20 minutos el tiempo en cuclillas y alternar las posiciones durante las actividades.
- Se recomienda hacer el ascenso de bultos y baldes con polea o con otra ayuda mecánica al apartamento correspondiente.
- Hacer uso de una escalerilla en lugar de canecas para acceder a planos altos de trabajo, evitando el trabajo por fuera de ángulos de confort en hombros y columna.
- Se recomienda la realización de pausas activas cada 2 horas con una duración de 5 minutos con énfasis en estiramientos de musculatura de tronco, miembros superiores e inferiores.
- Capacitación en higiene postural durante la ejecución de las actividades.

OD 6543227

2010/11/01/9607

196



VICEPRESIDENCIA TECNICA
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

1 INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47503 2010/04/19

2 INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal NIVEL NACIONAL
Direccion Calle 99 No.10-08 Piso 5 Telefono 6502200

3 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Primer Apellido CRUZ Segundo Apellido ARIAS Nombres JOSE ALIRIO
Tipo Documento CEDULA DE Identificación 79208073 Género MASCULINO
Fecha Nacimiento 1969/11/28 Edad 40 Años
Estado Civil SOLTERO Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

036109 - NUM. ANEXOS: 3 RAM

4 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1 DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA Denominacion Cargo PINTOR
Codigo Actividad Dto. 2455202 Antig. en el Cargo, 8 Antig. en la empresa 8
Descripcion Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.
del Cargo Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

POSITIVA BOGOTA D.C. \* 8060 (11014)
20/09/2010 08:22:29 a.m.
Sujepto a revision
036109 (11014)RAM 036109 (11014)RAM
CEDULA DE 80251127

4.2 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Table with 4 columns: NOMBRE EMPRESA, CARGO, TIEMPO EXP (AÑOS), RIESGOS. Rows include JUAN MANUEL REYES PINTOR VALDERRAMA and EDGAR GOMEZ PINTOR.

5 FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Table with 2 columns: Nombre Documento, Observaciones. Rows include HISTORIA CLINICA, EXAMENES PARA CLINICOS, and OTROS.



# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47503 2010/04/19

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal NIVEL NACIONAL  
Direccion Calle 99 No.10-08 Piso 5 Telefono 6502200

### 5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

#### 5.1. RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	18/05/2010 Cargo. Pintor contartista. Estucar Cargar bultos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en donde este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 dias estucando 1 apto. Sube en un día 8 bulto
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Cargar bulto. flexión tronco 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Estucar planos bajos: Tronco flex 60 a 80, con inclinación izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 dias en apto
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bultos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

#### 5.2. DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION

DIAGNOSTICO	ID DX
Lumbalgia mecánica crónica	M545
Hernia discal L4 L5	M541

#### 5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central
NC y EMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha
Fisiatría	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clínicos de mielopatía o Radiculopatía

#### 6. CALIFICACION DEL ORIGEN

Origen PROFESIONAL Evento ENFERMEDAD Fecha AT o Dx. EP: Jueves, 04 Febrero de 2010

#### Sustentación

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas



POSITIVA  
Compañía de Seguros

### VICEPRESIDENCIA TECNICA

### FORMULARIO DE DICTAMEN PARA DETERMINACION DE ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

#### 1 INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641 2010/04/07      Dictamen 47503 2010/04/19

#### 2 INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal NIVEL NACIONAL  
Direccion Calle 99 No.10-08 Piso 5      Telefono 6502200

de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 , patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. CONCLUSION De acuerdo a la información disponible, cumple los criterios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

#### 3 RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION: Comisión Médica Interdisciplinaria Art. 6 y 9 Ley 776/02

RAUL ANDRES RIVERO CALVO

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE CALIFICACION

"El presente dictamen se notifica a: Cruz Alvaros Jose Alvaro c.c. 79208073 Fecha 14 sept 2010  
A partir de esta fecha el interesado tendrá cinco (5) días hábiles para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art 52 ley 962/05, Art. 5 decreto 2463/2001 y Art 5 Ley 962/2005)"

Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. UNITARIA SAS  
CALLE BOGOTA 19 NO. 143 - 30 BOGOTA D.C.

Bogotá DC,

Señor(a)  
**OSCAR MANUEL REYES HERRERA**  
Carrera 8 Este No. 31 A - 07 Sur  
Tel: 7124089  
Bogotá D.C.

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Origen: GERENCIA REGIONAL BOGOTA  
Destino: OSCAR MANUEL REYES HERRER  
Detalle: CALIFICACION ORIGEN  
Fecha: 02/07/2010 09:11 AM  
Radi: SAL - 42196  
Folio: ANEXO RPAI

Asunto: Calificación Origen caso **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS C.C. 79208073**

Respetado(a) Señor(a):

La calificación de origen emitida por el Grupo Interdisciplinario de esta Administradora de Riesgos Profesionales, después de analizado el caso en asunto determinó que las patologías LUMBALGIA MECÁNICA CRÓNICA, HERNIA DISCAL L4 L5, son de ORIGEN PROFESIONAL, por presentar relación de causalidad con la actividad laboral que ha desempeñado y evidencia de factor de riesgo ocupacional.

Por lo tanto, nos permitimos manifestarle que el cubrimiento de las prestaciones a las que tiene derecho el trabajador corresponde hacerlo a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS, puede solicitar su atención e ingreso al programa de Rehabilitación Laboral al teléfono 3307000, 3402428 o 2858824.

Una vez terminado el tratamiento, adecuación de su puesto de trabajo por parte de la empresa en la que se demuestre la disminución al máximo del factor de riesgo según lo establece Decreto 2177 de 1998 Art. 11, 16, 17 y 27. Ley 776 de 2002 Art. 2, 4 y 8, Sentencia T-519 de 2003 C.C. Deberá acudir a su médico tratante, para determinar su estado clínico al momento de la valoración, certificar la culminación del tratamiento médico y especificar las secuelas definitivas (si las hay), lo cual deberá informarlo por escrito el especialista tratante y este concepto ser allegado a esta A.R.P.

Cordialmente,

  
**CHARLES RODOLFO BAYONA MOLANO**  
Gerente Regional Bogotá D.C.

061882 - NUM. ANEXOS: 1 RAN

POSITIVA BOGOTA D.C. \* BOGO (11012)  
21/10/2010 09:02:38 a.m.  
Sujeto a revision.  
061882 (11012)RAN 061882 (11012)RAN

C.C. Carpeta Afiliado.

C.C. Dra. Liliana Jimena Perdomo Quintero, Apoderada Legal Cruz Blanca EPS, Cra 45 A No. 93-96 Bogotá

El trabajador se deberá notificar en el punto de Positiva Avenida 19 No. 143 - 30.  
Solicitud: 229641. Fecha y forma de envío: 30-08-2010  
Proyectó y elaboró: Gineeth Gil. / Medicina Laboral / Notificaciones

NOTA: Solo diligenciar cuando exista diagnóstico de la enfermedad por un médico.

NOTA: FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS SOMBRREADOS EN GRIS. USO EXCLUSIVO POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO	Cruz Blanca	FECHA DE EMISIÓN	23/03/2011 10:59:30 a.m.
AFP A LA QUE ESTA AFILIADO	Sin AFP	SEDE	BOGOTÁ
ARP A LA QUE ESTA AFILIADO	Positiva Compañía de Seguros S.A.	NÚMERO DE POLIZA	2317799

<b>I. IDENTIFICACIÓN GENERAL</b>		<input checked="" type="checkbox"/> (1) Empleador <input type="checkbox"/> (2) Contratante <input type="checkbox"/> (3) Independiente <input type="checkbox"/> (4) Cooperativa de Trabajo Asociado <input type="checkbox"/> (5) Agrupación <input type="checkbox"/> (6) Asociación
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (SEDE PRINCIPAL)
oscar Manuel Reyes Herrera		Pintores, Empaladores
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN PRINCIPAL
NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. 802511127		Carrera 8 Es N° 31A-07 Sur
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)
712H089		
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO
Bogotá		Bogotá
CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR		CÓDIGO
¿Son los datos del centro de trabajo los mismos de la sede principal? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sólo en caso negativo diligenciar las siguientes casillas sobre centro de trabajo:		
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO		CÓDIGO
		6543227
TELÉFONO	FAX	DEPARTAMENTO
		Bogotá
CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO
		1398758
		ZONA
		<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

<b>II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD</b>			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. 79208073		28/11/1969	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
Suz		Arias	Jose
DIRECCIÓN		TELÉFONO	FAX
Diagonal 685 N° 30-04		7319728	
DEPARTAMENTO	CÓDIGO	MUNICIPIO	CÓDIGO
Bogotá		Bogotá	
OCCUPACIÓN HABITUAL		CÓDIGO	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA
Pintor de Casas		17232	07/06/2009
SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
\$ 196.900 =		<input checked="" type="checkbox"/> (1) DIURNA <input type="checkbox"/> (2) NOCTURNA <input type="checkbox"/> (3) MIXTA <input type="checkbox"/> (4) POR TURNOS	

<b>III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD</b>			
DIAGNOSTICADO POR:			
<input checked="" type="checkbox"/> MÉDICO EPS <input type="checkbox"/> MÉDICO IPS <input type="checkbox"/> MÉDICO ARP <input type="checkbox"/> MÉDICO EMPRESA <input type="checkbox"/> MÉDICO PARTICULAR			
APELLIDOS Y NOMBRE MÉDICO		No. REGISTRO MÉDICO:	FIRMA
Luis Fernando Galindo Gomez		3584	L.F.G.G.
DIAGNÓSTICO(S)		CIE 10:	
Lumbalgia Mecánica Crónica		M54.5	01022010
Disco patía Lumbar L4-L5-L5-S1			01022010
Hernia discal L4-L5-L5-S1			01022010

<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA(S) ENFERMEDADE(S)</b>				
<b>QUÍMICO</b>	<b>FÍSICO</b>	<b>BIOLÓGICO</b>	<b>AMBIENTAL</b>	<b>ERGONÓMICO</b>
<input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Ruido	<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Aguas Residuales	
<input type="checkbox"/> Humo	<input type="checkbox"/> Vibraciones	<input type="checkbox"/> Virus	<input type="checkbox"/> Inadecuado Recolección, Tratamiento y Disposición de Basuras Inadecuado de Residuos Peligrosos.	
<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Radiaciones	<input type="checkbox"/> Bacterias	<input type="checkbox"/> Inadecuado Tratamiento de Emisiones Ambientales	
<input type="checkbox"/> Vapores	<input type="checkbox"/> Ionizantes	<input type="checkbox"/> Hongos	<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____	
<input type="checkbox"/> Rocíos	<input type="checkbox"/> Radiaciones No Ionizantes	<input type="checkbox"/> Paracitos		
<input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Presiones Anormales	<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____		
<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Efectos del Estado del Tiempo			
<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Exposición al Frío o Calor			
	<input type="checkbox"/> Otros Cuál? _____			
<b>Tiempo de Exposición (meses)</b>		<b>Factor de Riesgo</b>		<b>Tiempo de Exposición (meses)</b>
Empresa		Factor de Riesgo		Tiempo de Exposición (meses)

<b>V. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADOS AL TRABAJADOR</b>			
Marque "SI", cuando la(s) evaluación(es) que le ha realizado al trabajador ha(n) detectado la enfermedad que se informa.			
Pre - Ocupacional	Periódica:	Egreso o Postocupacional:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

<b>VI. MONITOREOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD</b>		
MONITOREO	NOMBRE(S) MONITOREO	FECHA DE MONITOREO



CEMES CENTRO DE ESPECIALISTAS PEPE SIERRA

1A y 7  
por  
LUMBAR (12)

Bogotá D.C, Mayo 14 de 2012

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Origen: CRUZ BLANCA E.P.S.  
Destino: MATRIZ, CLINICA MEDICA  
Tipo: SOLICITUD  
Fecha: 13/05/2012 08:42 AM  
Radiación: 70501  
Folio: Anexo  
[SC111 DP:14100]

Señores:  
**ARP POSITIVA**  
Ciudad

Atte.: Medicina Laboral

El área de Medicina Laboral de **CRUZ BLANCA EPS**; realizó la valoración médica ocupacional para el paciente: **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS** con identificación: **CC 79208073** de **SOACHA (C/MARCA)**

IDX:

- **DISCOPATIA LUMBAR L4 L5 Y L5S1**
- **SECUELAS DE CX DE HERNIA DISCAL**
- **LUMBALGIA CRONICA**

Por tal razón y conforme con la LEY 776, Dec. 1295, Dec. 2463/01 art: 23, Analizando antecedentes médicos y ocupacionales se expiden las siguientes recomendaciones para la patología: Se considera:

- **ENFERMEDAD PROFESIONAL**
- **POR EPS SE DEFINIO FINALIZACION DE TRATAMIENTO MEDICO, CIRUGIA DE COLUMNA EPS DESCARTO OTRO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR AHORA.**
- **SE SOLICITA VALORACION PARA CONTINUIDAD EN RECOMENDACIONES Y CALIFICACION DE PCL.**

**OBSERVACIONES: CONTROLES DEL CUADRO A CARGO DE LA ARP.**  
Ley 926/2005 art 52, decreto 2463/2001 art 23. Ley 361 de 1997.  
LA EPS NO ESTA AUTORIZADA A REALIZAR CALIFICACION PORCENTUAL DEFINITIVA.

Cordialmente,

  
**Ángela Carolina Romero Rojas**  
Médica Salud Ocupacional.  
CC: 52.710.248 de Bogotá  
LIC.SO 72/2009



**Informe de Caja Consolidado**

Cierre No. 002869700045140600053  
 Centro de atención SC CMF Pepe Sierra  
 Fecha de generación 2012/04/23 12:55 pm Cajero Guiomar Romero CC 52781434  
 Generado a 2012-04-23 06:19:50 a 2012-04-23 12:52:36

**FORMA DE PAGO**

Saludcoop E.P.S.

<u>FORMAPAGO</u>	<u>VALOR</u>
EFFECTIVO(Otros Ingresos)	12
EFFECTIVO	119,788
	<hr/> 119,800

**TIPOS DE COBRO**

Saludcoop E.P.S.

Moderadora	111,600
Copago	8,188
Compartidos	0
Sobrantes	12
Duplicados Carnet	0
Historias Clinicas	0
	<hr/> 119,800

**POR SERVICIO**

Saludcoop E.P.S.

<u>Servicio</u>	<u>Valor</u>
LABORATORIO CLINICO	12
CONSULTA EXTERNA	119,788
	<hr/> 119,800

**OTROS INGRESOS**

Saludcoop E.P.S.

<u>Tipo Atencion</u>	<u>Valor</u>
LABORATORIO CLINICO	12.00
	<hr/> 12.00



# VICEPRESIDENCIA TECNICA

242

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion .. Telefono 0

### 3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Primer Apellido CRUZ Segundo Apellido ARIAS Nombres JOSE ALIRIO  
Tipo Documento CEDULA DE Identificación, 79208073 Género MASCULINO  
Fecha Nacimiento 1969/11/28 Edad 42 Años  
Estado Civil SOLTERO Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

### 4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

#### 4.1 DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA CEDULA DE 80251127  
Denominacion Cargo PINTOR Ocupacion (Res 1830/99) 590  
Codigo Actividad Dto. 2455202 Antig. en el Cargo 8 Antig. en la empresa 8  
Descripcion Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.  
el Cargo Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

#### 4.2 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AA MM DD)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	REYES PINTOR	8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,

### 5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

#### 5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
Copia de la historia clínica completa de la EPS	MD laboral 16/12/2009 Dx hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pacte patología de columna con FR presente. Actualmente controlado
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 09/06/2009 Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatología en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10 Kg
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bípoda. RNMK HD L4 L5 extruida.
Exámenes paraclínicos	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
Otros	Concepto origen EPS

04-02-10



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641    2010/04/07    Dictamen 47945    2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal BOGOTA D.C.  
 Direccion ..      Telefono 0

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1. RELACION DE DOCUMENTOS**

Nombre Documento	Observaciones
Análisis de puesto de trabajo	18/05/2010 Cargo. Pintor contartista. Estucar Cargar bultos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en donde este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 días estucando 1 apto. Sube en un día 8 bulto
Análisis de puesto de trabajo	Cargar bulto. flexión tronco 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación
Análisis de puesto de trabajo	Estucar planos bajos: Tronco flex 60 a 80, con inclinación izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
Análisis de puesto de trabajo	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 días en apto
Análisis de puesto de trabajo	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bultos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

**5.2. DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION**

DIAGNOSTICO	ID DX
Lumbalgia mecánica crónica	M545
Hernia discal L4 L5	M541

**5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central	19/07/2009
NC y EMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha	25/07/2009
siatría	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: 14/04/2010 Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clínicos de mielopatía o Radiculopatía	
Fisiatría (Camilo Mendoza) LinkSo 26 jun/12	Desde hace aprox. 10 años dolor lumbar mecánico. Hernia de disco por lo cual es llevado a cirugía en dos ocasiones (febrero y diciembre de 2010). Tiene EMG + NCS de ago/09 con diferencia de amplitud de ondas H y reportada como	26/06/2012
Cont.01	radiculopatía antigua S1 derecha. Mismo especialista hace sólo ondas H en oct/10, normales. Otra EMG + NCS de oct/10 por otro espeicalista reportada como normal. RNM de columna lumbosacra de feb/12 reportada como protrusión L5S1 no	26/06/2012



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641    2010/04/07    Dictamen 47945    2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal BOGOTA D.C.

Dirección ..      Teléfono 0

**5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.02	compresiva, discopatía degenerativa L4L5, rectificación y cambios de laminectomía. Dolor importante. Manejo en clínica del dolor. Ha recibido varios antineuropáticos (Amitriptilina, Imipramina) y opioides (Tramadol, Oxiconona). Ahora está con	26/06/2012
Cont.03	Oxiconona 10 mg cada 12 horas + Acetaminofén 500 mg cada 12 horas. Protección gástrica. Disminución transitoria de dolor por 1 a 2 horas. No le han hecho bloqueos.	26/06/2012
Cont.04	Sigue trabajando. Reubicado hace 2 años. Casi no manejo de pintura. Retocado a veces. Ahora manejo de personal. Puede correr suave, no puede saltar por dolor. Independencia completa. ARP Positiva acepta origen profesional	26/06/2012
ont.05	de los diagnóstico lumbalgia mecánica crónica, hernia discal L4L5 el 2 jul/10. Oficio del afiliado a ARP Positiva del 17 may/12 solicita calificación de pérdida de la capacidad laboral.	26/06/2012
Cont.06	EXAMEN FISICO: Limitación para ROM de columna lumbar por dolor. Flexión 60 grados. Inclinaciones 30 grados. Extensión completa. Espasmos de paraespinales dorsales y lumbares dolorosos. Rectificación de curva lumbar. Protrusión abdominal.	26/06/2012
Cont.07	Fuerza por segmentos normal. Sensibilidad por dermatomas normal. Reflejos normales. No tiene reflejos patológicos. Pruebas de compresión radiculares. Limitado movimientos de cadera por dolor. NO tiene cambios disautonómicos.	26/06/2012
Cont.08	DIAGNOSTICO Discopatía lumbar L4L5 y L5S1 Secuelas de hernia discal Lumbalgia crónica CONCLUSION Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar.	26/06/2012
Cont.09	Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5.	26/06/2012
Cont.10	Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar.	26/06/2012
Cont.11	En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos.	26/06/2012



# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.

Direccion ..

Telefono 0

### 5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.12	Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, 26/06/2012 debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas.	

### 6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN

#### I Descripción de Deficiencias

Nro.	Patologia	% Asignado	Capitulo	Numeral	Tabla
1	Discopatía lumbar L4L5 y L5S1	10.00	CAP. I	1.2.3.3	1.16
2	Limitación ROM columna lumbar	1.50	CAP. I	1.2.2.1	1.7, 1.9
SUMATORIA (A+(B*(50-A)/100)		10.60	Calificacion maxima posible 50%		

#### II. Descripción de Discapacidades

0.0 No Discapacitado

0.2 Ejecucion Ayudada

0.1 Dificultad en la ejecucion

0.3 Ejecucion Asistida, dependiente o incrementada

Nro. Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad											%
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
1. Conducta	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.3	
2. Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
3. Cuidado de la Persona	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0	0.3	
4. Locomoción	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.0	
Disposición del Cuerpo	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.7	
Destreza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	
7. Situación	0.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0.2		0.6	
Sumatoria Total Discapacidades (Calificacion Maxima Posible: 20%)											3.0	

#### III Descripción de Minusvalias

Nro. Nombre Minusvalia Número de la Minusvalia %



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA** Solicitud **229641** 2010/04/07 Dictamen **47945** 2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**

Direccion .. Telefono **0**

**III Descripción de Minusvalias**

Nro.	Nombre Minusvalia	Número de la Minusvalia						%
1.	Orientación	10 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	0.00
2.	Independencia Fisica	20 <input checked="" type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	0.00
3.	Desplazamiento	30 <input checked="" type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>	0.00
4.	Ocupacional	40 <input type="checkbox"/>	41 <input checked="" type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>	2.50
	Integracion	50 <input checked="" type="checkbox"/>	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>	55 <input type="checkbox"/>	0.00
6.	Autosuficiencia Económica	60 <input checked="" type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>	65 <input type="checkbox"/>	0.00
7.	En Función de la Edad		71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input checked="" type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/>	2.00
							76 <input type="checkbox"/>	
Sumatoria Total Minusvalia (Calificacion Maxima Posible: 30%)								4.50

**7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

I. % Deficiencia:	10.60	Requiere Ayuda de Terceros:	NO	ESTADO DE LA PCL
II. % Discapacidad:	3.00			<input type="checkbox"/> Menor al 5%
III. % Minusvalia:	4.50	Fecha Estructuración de la PCL		<input checked="" type="checkbox"/> Incap. Permanente Parcial
% Total:	18.10	Miercoles, 01 Febrero de 2012		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ

**8. CALIFICACION DEL ORIGEN**

Origen **PROFESIONAL** Evento **ENFERMEDAD** Fecha AT o Dx. EP: **Jueves, 04 Febrero de 2010**

**Sustentación**

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1, patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. **CONCLUSION** De acuerdo a la información disponible, cumple los



VICEPRESIDENCIA TECNICA  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.

Direccion ..

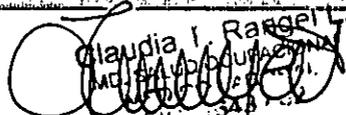
Telefono 0

critérios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

SUSTENTACION CALIFICACION PCL:

Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar. Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5. Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar. En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos (manejo de Clínica del Dolor). Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas. Se decide calificar pérdida de la capacidad laboral. Se estructura la calificación el 1 de febrero de 2012 fecha de última RNM de columna lumbosacra que muestra secuelas anatómicas.

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION - Comisión Médica Interdisciplinaria Art. 6 y 9 Ley 776/02, Art 52 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012

  
CLAUDIA RANGEL LA TORRE  
MEDICO LABORAL

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA LABORAL  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

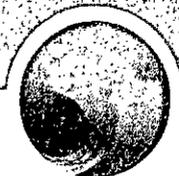
El presente dictamen se notifica a: \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A partir de esta fecha el interesado tendrá diez (10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art. 5 decreto 2463/2001, Art. 5 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012 )

Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador

00006543227/1909132 etro  
16 8 B 5



POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. - NIT 860.011.153-6  
Línea Positiva 01 8000 111 170 / En Bogotá 330 7000  
Correo Electrónico: [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)  
[www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

**NOTIFICACION DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Bogotá,

Señor(a)  
CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
C.C.79208073  
DG 68J 30 - 04  
BOGOTA

171029 - NUM. ANEXOS  
POSITIVA BOGOTA D.C. \* BO  
09/08/2012 7:29:44  
Sujeto a revision  
171029 (11014)RAN 171029 C  
C - 79208073

**ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**  
**Fecha de Siniestro: 04/02/2010.**

Una vez efectuada la valoración de la Pérdida de Capacidad Laboral del caso del asunto nos permitimos comunicarle que el porcentaje establecido en dicha calificación, la cual se asigna con fundamento en el Decreto 917 de 1999, es de 18.10 % .

Los diagnósticos calificados son los siguientes:  
**Lumbalgia mecánica crónica - Hernia discal L4 L5**

El trámite de pago de la indemnización por Incapacidad Permanente Parcial, deberá iniciarse a través el diligenciamiento del "*formato de reclamación de IPP*", el cual deberá ser reclamado y radicado junto con los documentos exigidos para dicho trámite en cualquiera de nuestras oficinas de atención al cliente habilitadas en el país. Para mayor información de nuestra red de atención al cliente y documentos exigidos agradecemos consultar nuestra página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) o comunicarse con nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 3307000 o la línea gratuita 018000111170, para llamadas desde cualquier otro lugar del país.

En caso de no estar de acuerdo con la calificación realizada, los interesados podrán presentar su apelación o inconformidad por escrito, dentro de los 10 días siguientes a la presente notificación (Decreto Ley 019 de 2012 y Decreto 053 de 2012). Las controversias que surjan al respecto serán dirimidas por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, de conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la ley 962 de 2005 y los artículos 5 y 6 del decreto 2463 de 2001.

Cordialmente,

*M. Duran*  
**MARIA ALEJANDRA DURAN SILVA**  
Coordinación Punto 143  
Positiva Compañía de Seguros

Copias:  
EMPRESA OSCAR MANUEL REYES HERRERA - KRA 8 ESTE # 31A 07 Sur - BOGOTA  
ANEXOS 6 FOLIOS  
Proyectó y elaboró:  
Forma de Envío

IMPRESIÓN Y MANEJO DE PAPER EN COLOMBIA





**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1 INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA** Solicitud **229641** 2010/04/07 Dictamen **47945** 2012/07/09

**2 INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**  
 Direccion .. Telefono **0**

**3 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO**

Primer Apellido **CRUZ** Segundo Apellido **ARIAS** Nombres **JOSE ALIRIO**  
 Tipo Documento **CEDULA DE** Identificación **79208073** Género **MASCULINO**  
 Fecha Nacimiento **1969/11/28** Edad **42 Años**  
 Estado Civil **SOLTERO** Escolaridad **PRIMARIA COMPLETA**

**4 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

**4.1 DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL**

Nombre **OSCAR MANUEL REYES HERRERA** CEDULA DE **80251127**  
 Nominacion Cargo **PINTOR** Ocupacion (Res 1830/99) **590**  
 Código Actividad Dto. **2455202** Antig. en el Cargo **8** Antig. en la empresa **8**  
 Descripción Tareas **Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.**  
 del Cargo **Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado**

**4.2 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AA MM DD)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	PINTOR	8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,

**5 FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1 RELACION DE DOCUMENTOS**

Nombre Documento	Observaciones
Copia de la historia clínica completa de la EPS	MD laboral 16/12/2009 Dx hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pacte patología de columna con FR presente. Actualmente controlado
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 09/06/2009 Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatología en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10 Kg
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bípeda. RNMK HD L4 L5 extruida.
Exámenes paraclínicos	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
Otros	Concepto origen EPS



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA** Solicitud **229641** 2010/04/07 Dictamen **47945** 2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**  
 Direccion ..... Telefono **0**

**3. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1 RELACION DE DOCUMENTOS**

Nombre Documento	Observaciones
Análisis de puesto de trabajo	18/05/2010 Cargo. Pintor contartista. Estucar Cargar bultos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en donde este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 días estucando 1 apto. Sube en un día 8 bulto
Análisis de puesto de trabajo	Cargar bulto. flexión tronco 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación
Análisis de puesto de trabajo	Estucar planos bajos: Tronco flex 60 a 80, con inclinación izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
Análisis de puesto de trabajo	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 días en apto
Análisis de puesto de trabajo	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bultos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

**5.2 DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION**

DIAGNOSTICO	ID DX
Lumbalgia mecánica crónica	M545
Hernia discal L4 L5	M541

**5.3 RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central	19/07/2009
NC y EMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha	25/07/2009
Fisiatría	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: 14/04/2010 Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clínicos de mielopatía o Radiculopatía	
Fisiatría (Camilo Mendoza) LinkSo 26 jun/12	Desde hace aprox. 10 años dolor lumbar mecánico. Hernia de disco por lo cual es llevado a cirugía en dos ocasiones (febrero y diciembre de 2010). Tiene EMG + NCS de ago/09 con diferencia de amplitud de ondas H y reportada como	26/06/2012
Cont.01	radiculopatía antigua S1 derecha. Mismo especialista hace sólo ondas H en oct/10, normales. Otra EMG + NCS de oct/10 por otro especialista reportada como normal. RNM de columna lumbosacra de feb/12 reportada como protrusión L5S1 no	26/06/2012



VICEPRESIDENCIA TECNICA  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion ..

Telefono 0

3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.02	compresiva, discopatía degenerativa L4L5, rectificación y cambios de laminectomía. Dolor importante. Manejo en clínica del dolor. Ha recibido varios antineuropáticos (Amitriptilina, Imipramina) y opioides (Tramadol, Oxidona). Ahora está con	26/06/2012
Cont.03	Oxidona 10 mg cada 12 horas + Acetaminofén 500 mg cada 12 horas. Protección gástrica. Disminución transitoria de dolor por 1 a 2 horas. No le han hecho bloqueos.	26/06/2012
Cont.04	Sigue trabajando. Reubicado hace 2 años. Casi no manejo de pintura. Retocado a veces. Ahora manejo de personal. Puede correr suave, no puede saltar por dolor. Independencia completa. ARP Positiva acepta origen profesional	26/06/2012
Cont.05	de los diagnóstico lumbalgia mecánica crónica, hernia discal L4L5 el 2 jul/10. Oficio del afiliado a ARP Positiva del 17 may/12 solicita calificación de pérdida de la capacidad laboral.	26/06/2012
Cont.06	EXAMEN FISICO: Limitación para ROM de columna lumbar por dolor. Flexión 60 grados. Inclinaciones 30 grados. Extensión completa. Espasmos de paraespinales dorsales y lumbares dolorosos. Rectificación de curva lumbar. Protrusión abdominal.	26/06/2012
Cont.07	Fuerza por segmentos normal. Sensibilidad por dermatomas normal. Reflejos normales. No tiene reflejos patológicos. Pruebas de compresión radicales. Limitado movimientos de cadera por dolor. NO tiene cambios disautonómicos.	26/06/2012
Cont.08	DIAGNOSTICO Discopatía lumbar L4L5 y L5S1 Secuelas de hernia discal Lumbalgia crónica CONCLUSION Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar.	26/06/2012
Cont.09	Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5.	26/06/2012
Cont.10	Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar.	26/06/2012
Cont.11	En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos.	26/06/2012



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA**      Solicitud **229641 2010/04/07**      Dictamen **47945 2012/07/09**

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**  
 Direccion \_\_\_\_\_ Telefono **0**

**5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.12	Se considera que debe continuar manejo por Clinica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas.	26/06/2012

**6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN**

**I Descripción de Deficiencias**

Nro.	Patologia	% Asignado	Capitulo	Numeral	Tabla
1	Discopatía lumbar L4L5 y L5S1	10.00	CAP. I	1.2.3.3	1.16
2	Limitación ROM columna lumbar	1.50	CAP. I	1.2.2.1	1.7, 1.9
<b>SUMATORIA (A+(B*(50-A)/100)</b>		<b>10.60</b>	<b>Calificación maxima posible 50%</b>		

**II. Descripción de Discapacidades**

0.0 No Discapacitado      0.2 Ejecucion Ayudada  
 0.1 Dificultad en la ejecucion      0.3 Ejecucion Asistida, dependiente o incrementada

Nro.	Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.3
2.	Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
3.	Cuidado de la Persona	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0	0.3
4.	Locomoción	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.0
5.	Disposición del Cuerpo	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.7
6.	Destreza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1
7.	Situación	0.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0.2		0.6
<b>Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Maxima Posible: 20%)</b>											<b>3.0</b>	

**III Descripción de Minusvalias**

Nro. Nombre Minusvalia      Número de la Minusvalia      %



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA**      Solicitud **229641**    2010/04/07    Dictamen **47945**    2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**  
 Direccion ..      Telefono **0**

**III Descripción de Minusvalias**

Nro. Nombre Minusvalia	Número de la Minusvalia						%
	10	11	12	13	14	15	
1. Orientación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.00
2. Independencia Fisica	20	21	22	23	24	25	0.00
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desplazamiento	30	31	32	33	34	35	0.00
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ocupacional	40	41	42	43	44	45	2.50
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Integracion	50	51	52	53	54	55	0.00
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Autosuficiencia Económica	60	61	62	63	64	65	0.00
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. En Función de la Edad		71	72	73	74	75	2.00
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sumatoria Total Minusvalia (Calificacion Maxima Posible: 30%)							4.50

**7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

I. % Deficiencia:	10.60	Requiere Ayuda de Terceros:	NO	ESTADO DE LA PCL
II. % Discapacidad:	3.00			<input type="checkbox"/> Menor al 5%
III. % Minusvalia:	4.50	Fecha Estructuración de la PCL		<input checked="" type="checkbox"/> Incap. Permanente Parcial
% Total:	18.10	Miercoles, 01 Febrero de 2012		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ

**8. CALIFICACION DEL ORIGEN**

Origen **PROFESIONAL**      Evento **ENFERMEDAD**      Fecha AT o Dx. EP: **Jueves, 04 Febrero de 2010**

**Sustentación**

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1, patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. **CONCLUSION** De acuerdo a la información disponible, cumple los



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA** Solicitud **229641** 2010/04/07 Dictamen **47945** 2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**  
 Direccion .. Telefono **0**

criterios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

**SUSTENTACION CALIFICACION PCL:**

Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar. Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5. Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención columna lumbar. En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos (manejo de Clínica del Dolor). Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas. Se decide calificar pérdida de la capacidad laboral. Se estructura la calificación el 1 de febrero de 2012 fecha de última RNM de columna lumbosacra que muestra secuelas anatómicas.

**3. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION: Comisión Médica Interdisciplinaria Art. 6 y 9 Ley 776/02; Art 52 Ley 962/05 y Art 142 decreto Ley 19/2012**

**CLAUDIA RANGEL LA TORRE**

**MEDICO LABORAL**

**EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA LABORAL**  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

El presente dictamen se notifica a: \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 A partir de esta fecha el interesado tendrá diez (10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art. 5 decreto 2463/2001, Art. 5 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012 )

Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador

Bogotá, D.C.

Señor:  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**  
Calle 12 D Este No. 18 A - 15 Sur  
B. La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

Ref: Solicitud Indemnización por IPP.  
(Rad: 2014-11-009-13569)  
**Rad. Ent. 59030**

Respetado señor Cruz:

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la Prestación Económica por Incapacidad Permanente Parcial y a que su comunicación Rad. Ent. 59030 declara que actualmente su ARL NO es Positiva me permito informar lo siguiente:

Que existe dictamen de fecha 9 de Julio de 2012, emitido por la POSITIVA, en el cual se le califico al solicitante una pérdida de capacidad laboral del 18.10% con ocasión de una Enfermedad Profesional, la cual tiene como fecha de diagnostico 04 de Febrero de 2010.

Que el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, establece: **PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación.** (Negrilla y Subrayado fuera del texto original).

Que de acuerdo a lo transcrito anteriormente y teniendo en cuenta que la última aseguradora a Riesgos Profesionales a la que se encuentra afiliado es ARL SURA, es esa compañía quien debe realizar el reconocimiento de la Indemnización a que haya lugar con la pérdida de capacidad laboral por enfermedad profesional, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002.

Es de aclarar que con POSITIVA S.A, se encontró afiliado hasta Septiembre de 2013, fecha en la cual se produjo novedad de retiro.

Cordialmente,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Revisado por: Sonia Benitez Garzon  
Forma de Firma: A  
Sin anexos



POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS  
Orig: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest: CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
Dcto: RECONOCIMIENTO INDEMNIZAC  
Fecha: 05/06/2014 12:55 PM  
Rad: SAL-56208  
Fol: 1 Anx: 0 RPA: ENT-59030

UD006543227  
1909132  
F3.16.15.9.68



dejo.

BOGOTÁ, ABRIL 28 DEL 2014.

28 ABR 2014

SEÑORES: POSITIVA



ASUNTO: Indemnización

Adjunto carta solicitada para continuar con el proceso de indemnización

JOSE ALIRIO CRUZ BNARIAS

C.C 79.208.073

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jose Alirio Cruz Bnarias', written over a light blue horizontal line.

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS  
 Orig: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
 Dest: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
 Dcto: SOLICITUD  
 Fecha: 30/04/2014. 04:38 PM  
 Rad: ENT-59030  
 Fol: 2 Anx: 0

SURD.

Zipaquirá, Abril 14 de 2014

Señores  
**ARL POSITIVA**  
Ciudad.-

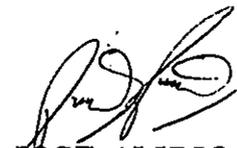
Apreciado Doctor:

*Respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de solicitarles la entrega del dinero de la indemnización, la cual fue otorgada por su entidad, como enfermedad profesional.*

*El motivo por el cual ya no estoy vinculado a su entidad es porque la empresa por la cual estoy afiliado, trasladó su afiliación a ARL SURA.*

*Sin otro particular y agradeciendo su atención y valiosa colaboración.*

*Cordialmente,*



**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**

C.C. 79.208.073 Soacha

Cel: 314 2756113

Dirección: Cra 12D este No. 18 A-15 SUR (Barrio La Sagrada Familia)

**2**  
**NOTARIA SEGUNDA**  
**CIRCULO DE ZIPAQUIRA**  
**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO**  
**FIRMA Y HUELLA**

Ante mi **HECTOR RENE BASTIDAS PAZOS**  
NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRA

**COMPARECE:**  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**

quien se identifica con  
**CC. No. 79.208.073 de SOACHA**  
y declara que la firma y huella puesta  
en el presente documento privado es  
suya y que el contenido del mismo es  
cierto.  
Zipaquirá, **14/04/2014 3:47 p.m**



FIRMA DEL DECLARANTE

El suscrito Notario Autoriza el anterior  
reconocimiento por reunir los requisitos  
legales.

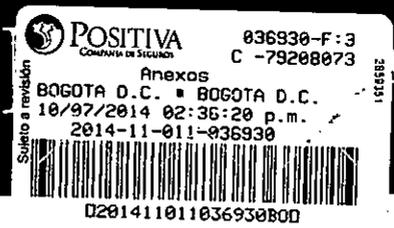


HUELLA DERECHO



Func.o: ANGELICA MARIA PACHECO





Bogotá, D.C.

Señor:  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**  
Calle 12 D Este No. 18 A - 15 Sur  
B. La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS  
Orig:MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest:CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
Dcto:RECONOCIMIENTO INDEMNIZAC  
Fecha:05/06/2014 12:55 PM  
Rad:SAL-56208  
Fol:1 Anx:0 Rpa:ENT-59030

Ref: Solicitud Indemnización por IPP.  
(Rad. 2014-11-009-13569)  
**Rad. Ent. 59030**

UD006543227  
1909132  
F3.16.159.68

Respetado señor Cruz:

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la Prestación Económica por Incapacidad Permanente Parcial y a que su comunicación Rad. Ent. 59030 declara que actualmente su ARL NO es Positiva me permito informar lo siguiente:

Que existe dictamen de fecha 9 de Julio de 2012, emitido por la POSITIVA, en el cual se le califico al solicitante una perdida de capacidad laboral del 18.10% con ocasión de una Enfermedad Profesional, la cual tiene como fecha de diagnostico 04 de Febrero de 2010.

Que el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, establece: **PARÁGRAFO 2o.** Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación. (Negrilla y Subrayado fuera del texto original).

Que de acuerdo a lo transcrito anteriormente y teniendo en cuenta que la última aseguradora a Riesgos Profesionales a la que se encuentra afiliado es ARL SURA, es esa compañía quien debe realizar el reconocimiento de la Indemnización a que haya lugar con la pérdida de capacidad laboral por enfermedad profesional, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002.

Es de aclarar que con POSITIVA S.A, se encontró afiliado hasta Septiembre de 2013, fecha en la cual se produjo novedad de retiro.

Cordialmente,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Elaboro: Luis Alejandro Medina Gomez  
Reviso: Sonia Benitez Garzon  
Forma de Envío: A  
Sin anexos



MinHacienda

PROSPERIDAD PARA TODOS

ud006543227 2909132 F3 16 15 9 60

<b>1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>	
Nombres Jose Alirio	Apellidos Cruz Arias
Tipo de solicitante Siniestrado <input checked="" type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>	Tipo de documento C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> 79208073 Tarjeta Profesional

<b>2. INFORMACIÓN DE SINIESTRADO</b>	
Nombres Jose Alirio	Apellidos Cruz Arias
Tipo de documento C.C. <input checked="" type="checkbox"/> 79208073	

<b>3. DATOS DE LA CALIFICACIÓN</b>					
Dictamen en firme proferido por: Positiva <input checked="" type="checkbox"/> JRC <input type="checkbox"/> JNC <input type="checkbox"/>	Fecha del dictamen (DD/MM/AAAA) 09 07 2012	PCL 18.10 %	Tipo de siniestro AT <input type="checkbox"/> EP <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha del siniestro (DD/MM/AAAA) 04 02 2010	Fecha de Es...

<b>4. DOCUMENTACIÓN</b>			
4.1 Documentos obligatorios para todos los casos <input checked="" type="checkbox"/> Copia del dictamen <input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia ampliada al 150% de documento del siniestrado	4.2 Apoderado Judicial <input type="checkbox"/> Poder <input type="checkbox"/> Fotocopia ampliada al 150% del documento del apoderado	4.3 Representante legal de menor edad siniestrado (R.L.) <input type="checkbox"/> Registro civil de nacimiento <input type="checkbox"/> Sentencia que otorgue curaduría <input type="checkbox"/> Fotocopia ampliada al 150% del documento del representante legal	4.4 Certificación de trámite de cédula nueva expedida por la Registraduría <input type="checkbox"/> Siniestrado <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Representante legal

<b>5. INFORMACIÓN ADICIONAL</b>			
El evento por el cual fué valorado y es objeto de la presente solicitud tuvo anteriormente algún reconocimiento y pago de indemnización por Incapacidad permanente, parcial, IPP, por parte de:			
<input type="checkbox"/> Esta compañía	<input type="checkbox"/> Liberty Seguros S.A.	<input type="checkbox"/> Seguros Colpatría S.A.	<input type="checkbox"/> Riesgos Profesionales de Vida S.A.
<input type="checkbox"/> La Equidad Seguros Generales, organismo cooperativo	<input type="checkbox"/> MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A.	<input type="checkbox"/> ARP SURA	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
<input type="checkbox"/> Previsora Vida	<input type="checkbox"/> ARP ALFA	<input type="checkbox"/> Grupo Empresarial Bolívar Sociedades Bolívar S.A. (Holding)	
<input type="checkbox"/> Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.	<input type="checkbox"/> Seguros ALFA S.A.	<input type="checkbox"/> Seguro Social	

<b>6. INFORMACIÓN BANCARIA</b>			
Nombre del Banco Caja Social	Tipo de cuenta Ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta 24035631615	Titular de la cuenta Jose Alirio Cruz Arias

<b>7. INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>			
Recibiré notificación en la siguiente dirección Cra 7D este sur N: 18A - 15	Departamento Bogotá	Municipio Cundinamarca	Teléfono 3333672

Jose Alirio Cruz Arias  
Firma  
Nombre: Jose Alirio Cruz Arias

1. Estas casillas son obligatorias. Deben ingresarse los datos del nombre y No. de documento correspondiente a la persona seleccionada entre las opciones: Calificado, Apoderado, o representante legal. El campo correspondiente a TP (apoderado judicial) solo es diligenciado cuando la persona seleccionada es apoderado judicial.  
2. Estos campos son obligatorios. Deben ingresarse los datos del calificado.  
3. Estos campos son obligatorios. Estos datos se encuentran en el dictamen, si la persona entrega varios dictámenes el usuario debe ingresar los datos del dictamen que siga la siguiente regla: (i) Dictamen de JRC prima sobre dictamen de JRC, (ii) dictamen de JRC prima sobre dictamen de Positiva. El diligenciamiento de todos los datos son obligatorios excepto nombre empleador y No CC empleador.  
4.1 Estos documentos son obligatorios para todos los casos.  
4.2 Estas casillas son obligatorias cuando se selecciona apoderado judicial en No. 1. En ese caso los documentos de esta casilla son obligatorios.  
4.3 Estas casillas son obligatorias cuando se selecciona Representante legal en No. 1. Para el caso de representante legal es obligatorio (i) cuando R.L. es padre o madre del menor calificado y es obligatorio (ii) cuando R.L. es persona diferente a padre o madre del menor.  
5. Estas casillas son obligatorias cuando R.L. es adjuntar original o copia auténtica. En el caso de notaría registrada en el país en el que se indique. F. Esta casilla es obligatoria cuando R.L. NO es padre, ser copia auténtica para lo cual deberá tener sello indeleble diligencia de autenticación de este documento.  
6. Este documento se exige cuando la persona tiene normatividad técnica.  
7. Información de contacto, debe diligenciar todos los campos.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.208.073

CRUZ ARIAS

APELLIDOS

JOSE ALIRIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1969

BOGOTA D.C  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

A+

ESTATURA

G.S. RH

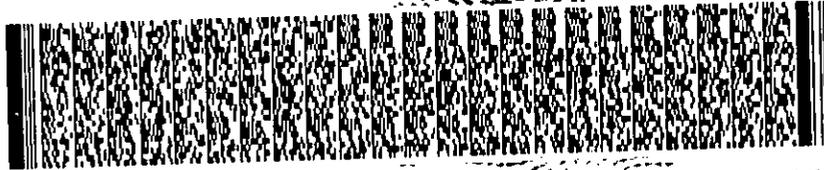
M

SEXO

31-AGO-1989 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1534000-00473522-M-0079208073-20130921

0034991878A 1

3282442404

75th



# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1 INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2 INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C. Telefono 0  
Direccion ..

### 3 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Primer Apellido CRUZ Segundo Apellido ARIAS Nombres JOSE ALIRIO  
Tipo Documento CEDULA DE Identificación 79208073 Género MASCULINO  
Fecha Nacimiento 1969/11/28 Edad 42 Años  
Estado Civil SOLTERO Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

### 4 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA CEDULA DE 80251127  
Denominacion Cargo PINTOR Ocupacion (Res 1830/99) 590  
Codigo Actividad Dto. 2455202 Antig. en el Cargo 8 Antig. en la empresa 8  
Descripcion Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.  
del Cargo Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

### 5 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AA MM DD)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	PINTOR	8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,

### 5 FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

#### 5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
Copia de la historia clinica completa de la EPS	MD laboral 16/12/2009 Dx.hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pacte patologia de columna con FR presente. Actualmente controlado
Copia de la historia clinica completa de la EPS	Ortopedia 09/06/2009 Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatología en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10 Kg
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bípeda. RNMK HD L4 L5 extruida.
Exámenes paraclínicos	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
Otros	Concepto origen EPS



POSITIVA

VICEPRESIDENCIA TECNICA
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Articulo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN
Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA
Sucursal BOGOTA D.C. Telefono 0
Direccion ..

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1. RELACION DE DOCUMENTOS

Table with 2 columns: Nombre Documento, Observaciones. Rows include Analisis de puesto de trabajo with detailed observations on tasks like painting and carrying.

5.2. DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION

Table with 2 columns: DIAGNOSTICO, ID DX. Rows include Lumbalgia mecánica crónica (M545) and Hernia discal L4 L5 (M541).

5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Table with 3 columns: Descripción Examen, Resultado, Fecha. Rows include RNM lumbar, NC y EMG de MMII, Fisiatría, and Fisiatría (Camilo Mendoza) LinkSo 26 jun/12.



VICEPRESIDENCIA TECNICA  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.

Direccion ..

Telefono 0

5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.02	compresiva, discopatía degenerativa L4L5, rectificación y cambios de laminectomía. Dolor importante. Manejo en clínica del dolor. Ha recibido varios antineuropáticos (Amitriptilina, Imipramina) y opioides (Tramadol, Oxidodona). Ahora está con	26/06/2012
Cont.03	Oxidodona 10 mg cada 12 horas + Acetaminofén 500 mg cada 12 horas. Protección gástrica. Disminución transitoria de dolor por 1 a 2 horas. No le han hecho bloqueos.	26/06/2012
Cont.04	Sigue trabajando. Reubicado hace 2 años. Casi no manejo de pintura. Retocado a veces. Ahora manejo de personal. Puede correr suave, no puede saltar por dolor. Independencia completa. ARP Positiva acepta origen profesional	26/06/2012
Cont.05	de los diagnóstico lumbalgia mecánica crónica, hernia discal L4L5 el 2 jul/10. Oficio del afiliado a ARP Positiva del 17 may/12 solicita calificación de pérdida de la capacidad laboral.	26/06/2012
Cont.06	EXAMEN FISICO: Limitación para ROM de columna lumbar por dolor. Flexión 60 grados. Inclinaciones 30 grados. Extensión completa. Espasmos de paraespinales dorsales y lumbares dolorosos. Rectificación de curva lumbar. Protrusión abdominal.	26/06/2012
Cont.07	Fuerza por segmentos normal. Sensibilidad por dermatomas normal. Reflejos normales. No tiene reflejos patológicos. Pruebas de compresión radicales. Limitado movimientos de cadera por dolor. NO tiene cambios disautonómicos.	26/06/2012
Cont.08	DIAGNOSTICO Discopatía lumbar L4L5 y L5S1 Secuelas de CX de hernia discal Lumbalgia crónica CONCLUSION Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar.	26/06/2012
Cont.09	Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5.	26/06/2012
Cont.10	Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar.	26/06/2012
Cont.11	En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacia antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos.	26/06/2012



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**  
 Entidad Remitente: ARP POSITIVA      Solicitud: 229641      2010/04/07      Dictamen: 47945      2012/07/09

**INFORMACION GENERAL DEL EMPLEADOR**  
 Sucursal: BOGOTA D.C.      Telefono: 0  
 Direccion: ..

**5.3. RELACION DE EXAMENES, INTERCONSULTAS RELEVANTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.12	Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas.	26/06/2012

**6. DESCRIPCION DE DEFICIENCIAS**

I Descripción de Deficiencias	% Asignado	Capitulo	Numeral	Tabla
1 Discopatía lumbar L4L5 y L5S1	10.00	CAP. I	1.2.3.3	1.16
2 Limitación ROM columna lumbar	1.50	CAP. I	1.2.2.1	1.7, 1.9
<b>SUMATORIA (A+(B*(50-A)/100)</b>	<b>10.60</b>	<b>Calificación máxima posible 50%</b>		

**II. Descripción de Discapacidades**

0.0 No Discapacitado      0.2 Ejecución Ayudada  
 0.1 Dificultad en la ejecución      0.3 Ejecución Asistida, dependiente o incrementada

Nro. Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad											%
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. Conducta	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
2. Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
3. Cuidado de la Persona	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0,3
4. Locomoción	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0
5. Disposición del Cuerpo	0,1	0,1	0,1	0	0	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,7
6. Destreza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1
7. Situación	0,2	0,2	0	0	0	0	0	0	0,2			0,6
<b>Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Máxima Posible: 20%)</b>											<b>3,0</b>	

**III Descripción de Minusvalías**

Nro. Nombre Minusvalía      Número de la Minusvalía      %



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA**      Solicitud **229641 2010/04/07**      Dictamen **47945 2012/07/09**

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**  
 Direccion **..**      Telefono **0**

**III Descripción de Minusvalias**

Nro. Nombre Minusvalia	Número de la Minusvalia						%
	10	11	12	13	14	15	
1. Orientación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.00
2. Independencia Fisica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.00
3. Desplazamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.00
4. Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.50
5. Integracion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.00
6. Autosuficiencia Económica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.00
7. En Función de la Edad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.00
<b>Sumatoria Total Minusvalia (Calificacion Maxima Posible: 30%)</b>							<b>4.50</b>

**7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

I. % Deficiencia:	10.60	Requiere Ayuda de Terceros:	NO	ESTADO DE LA PCL
II. % Discapacidad:	3.00		<input type="checkbox"/>	Menor al 5%
III. % Minusvalia:	4.50	Fecha Estructuración de la PCL	<input checked="" type="checkbox"/>	Incap. Permanente Parcial
% Total:	18.10	Miercoles, 01 Febrero de 2012	<input type="checkbox"/>	INVALIDEZ

**8. CALIFICACION DEL ORIGEN**

Origen **PROFESIONAL**      Evento **ENFERMEDAD**      Fecha AT o Dx. EP: **Jueves, 04 Febrero de 2010**

**Sustentación**

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1, patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. **CONCLUSION** De acuerdo a la información disponible, cumple los



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA**      Solicitud **229641**    2010/04/07    Dictamen **47945**    2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal **BOGOTA D.C.**      Telefono **0**  
 Direccion **...**

critérios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

**SUSTENTACION CALIFICACION PCL:**

Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar. Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5. Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar. En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos (manejo de Clínica del Dolor). Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas. Se decide calificar pérdida de la capacidad laboral. Se estructura la calificación el 1 de febrero de 2012 fecha de última RNM de columna lumbosacra que muestra secuelas anatómicas.

**9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION**

*Claudia Rangel La Torre*  
 CLAUDIA RANGEL LA TORRE  
 MEDICO LABORAL

**EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA LABORAL**  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

El presente dictamen se notifica a: \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A partir de esta fecha el interesado tendrá diez (10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art. 5 decreto 2463/2001, Art. 5 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012 )

Firma y cédula del notificado \_\_\_\_\_ Nombre y firma del notificador \_\_\_\_\_

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

Identificado con

CC79208073

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0047 ZIPAQUIRA, con las siguientes características:

**CUENTA DE AHORROS NOMINA**

Número	: 24035631615
Fecha de Apertura	: 07 de Febrero de 2013
Condiciones de Manejo	: Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector
Estado	: CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0047 ZIPAQUIRA de la ciudad de ZIPAQUIRA, el día Miércoles, 26 de Febrero de 2014.

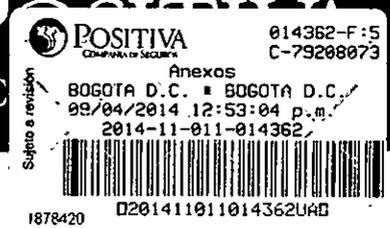
Cordialmente,

Efectuado por:

L8Q8G5U0 - LUZ ELENA QUINTERO GOMEZ



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS



Bogotá D.C  
14200

Señor:  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO c.c. 79208073**  
Carrera 9 No. 17-15 B. La Sagrada Familia  
Tel. 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS  
Orig: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dcto: RESPUESTA A CASO  
Fecha: 11/02/2014 07:30 AM  
Rad: SAL-12858  
Fol: 3 Anx: 0 RpA: ENT-165331

Ref. Solicitud de indemnización IPP  
Rad: Ent 165331

En atención a asunto de la referencia, sobre el reconocimiento de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial, esta Gerencia se permite informar que para iniciar el trámite correspondiente es necesario que se acerque a cualquiera de nuestros puntos de atención al cliente a nivel nacional y diligencie completamente el Formato de Solicitud de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP) anexo, adjuntando los siguientes documentos:

- Copia de la cédula de ciudadanía del afiliado al 150%
- Copia del dictamen que contenga el derecho reclamado
- Certificado bancario cuyo titular sea el asegurado. (No es de recibo cuentas bancarias de apoderados y/o terceras personas)

La omisión de cualquiera de los documentos mencionados es causal de rechazo de la radicación.

Por otra parte, se está haciendo la devolución de la copia del certificado bancario.

Cualquier inquietud, información o sugerencia con gusto será atendida a través de los puntos de atención al cliente actualmente habilitados a nivel nacional, los cuales encontrará en la página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) o podrá ser sugerida por nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 3307000 o en la línea 01 8000 111 170, para llamadas desde cualquier otro sitio del país sin costo adicional.

Cordial Saludo,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A

Elaboro: Luis Alejandro Medina Gómez  
Reviso: Sonia Benitez Garzon  
Forma de Envío: A  
Anexos: Dos (2) folio.

00006543227

1409132

F3.16.159.68



1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	
Nombres	Apellidos
Tipo de solicitante: <input type="radio"/> Siniestrado <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Representante legal	
Tipo de documento: <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> Tarjeta Profesional	

2. INFORMACIÓN DE SINIESTRADO	
Nombres	Apellidos
Tipo de documento: <input type="radio"/> C.C.	

3. DATOS DE LA CALIFICACIÓN					
Dictamen en firme proferido por:	Fecha del dictamen (DD/MM/AAAA)	PCL	Tipo de siniestro	Fecha del siniestro (DD/MM/AAAA)	Fecha de Estr
<input type="radio"/> Positiva <input type="radio"/> JRC <input type="radio"/> JNC		%	<input type="radio"/> AT <input type="radio"/> EP		

4. DOCUMENTACIÓN			
<b>4.1 Documentos obligatorios para todos los casos:</b> <input type="radio"/> Copia del dictamen <input type="radio"/> Fotocopia ampliada al 150% de documento del siniestrado	<b>4.2 Apoderado Judicial</b> <input type="radio"/> Poder <input type="radio"/> Fotocopia ampliada al 150% del documento del apoderado	<b>4.3 Representante legal de menor edad siniestrado (R.L.)</b> <input type="radio"/> Registro civil de nacimiento <input type="radio"/> Sentencia que otorgue curaduría <input type="radio"/> Fotocopia ampliada al 150% del documento del representante legal	<b>4.4 Certificación de trámite de cédula nueva expedida por la Registraduría</b> <input type="radio"/> Siniestrado <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Representante legal

5. INFORMACIÓN ADICIONAL			
El evento por el cual fué valorado y es objeto de la presente solicitud tuvo anteriormente algún reconocimiento y pago de indemnización por incapacidad permanente parcial (IPP), por parte de:			
<input type="radio"/> Esta compañía <input type="radio"/> La Equidad Seguros Generales, organismo cooperativo <input type="radio"/> Previsora Vida <input type="radio"/> Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A.	<input type="radio"/> Liberty Seguros S.A. <input type="radio"/> MAPFRE Colombia Vida Seguros S.A. <input type="radio"/> ARP ALFA <input type="radio"/> Seguros ALFA S.A.	<input type="radio"/> Seguros Colpatria S.A. <input type="radio"/> ARP SURA <input type="radio"/> Grupo Empresarial Bolívar Sociedades Bolívar S.A. (Holding) <input type="radio"/> Seguro Social	<input type="radio"/> Riesgos Profesional de Vida S.A. <input type="radio"/> Ninguna de las ante

6. INFORMACIÓN BANCARIA			
Nombre del Banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Titular de la cuenta
	<input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/> Corriente		

7. INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Recibiré notificación en la siguiente dirección	Departamento	Municipio	Teléfono

Firma
Nombre: _____

1. Estas casillas son obligatorias. Deben ingresarse los datos del nombre y No. de documento correspondiente a la persona seleccionada entre las opciones: Calificado; Apoderado; o representante legal. El campo correspondiente a T.P. (apoderado judicial) solo es diligenciado cuando la persona seleccionada es apoderado judicial.

2. Estos campos son obligatorios. Deben ingresarse los datos del calificado.

3. Estos campos son obligatorios. Estos datos se encuentran en el dictamen. Si la persona entrega varios dictámenes el usuario debe ingresar los datos del dictamen que siga la siguiente regla: (I) Dictamen de JRC, prima sobre dictamen de JRC; (II) dictamen de JRC, prima sobre dictamen de Positiva. El diligenciamiento de todos los datos son obligatorios excepto nombre empleador y No. C.C. empleador.

4.1 Estos documentos son obligatorios para todos los casos.

4.2 Estas casillas son obligatorias cuando se selecciona apoderado judicial en No. 1. En ese caso los documentos de esta casilla son obligatorios.

4.3 Esta casilla es obligatoria cuando se selecciona Representante legal en No. 1. Para el caso de representante legal, es obligatorio (E) cuando R.L. es padre o madre del menor calificado. Y es obligatorio (F) cuando R.L. es persona diferente a padre o madre del menor.

4.4 Este documento se exige cuando la persona tiene cuenta registrada en el país en el que se indique el tipo de cuenta. Esta casilla es obligatoria cuando R.L. NO es padre o representante legal. En caso contrario, se debe diligenciar la casilla de certificación de trámite de cédula nueva expedida por la Registraduría. Indique diligencia de autenticación de este documento.

4.5 Este es obligatorio. Debe diligenciarse siempre de acuerdo a la pregunta. La casilla ninguna de las anteriores es obligatoria.

5 Este es obligatorio. Debe diligenciarse siempre de acuerdo a la pregunta. La casilla ninguna de las anteriores es obligatoria.

6 Se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera a la que se le otorgó la cuenta. La casilla debe ser el mismo solicitante.

7 Información de contacto, debe diligenciar todos los datos.

**HACE CONSTAR**

Que el(los) cliente(s):

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**

Identificado con **CC79208073**

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0047 ZIPAQUIRA, con las siguientes características:

**CUENTA DE AHORROS NOMINA**

**Número** : 24035631615  
**Fecha de Apertura** : 07 de Febrero de 2013  
**Condiciones de Manejo** : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector  
**Estado** : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE  
Realizada en la oficina 0047 ZIPAQUIRA de la ciudad de ZIPAQUIRA, el día Jueves, 28 de Noviembre de 2013.

Cordialmente,

**Efectuado por:**  
C9L4C9O9 - CLAUDIA JIMENA LOMBANA CAMACHO



**FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS**



**POSITIVA**  
COMPANÍA DE SEGUROS

Bogotá D.C  
14200

Señor (a):  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO c.c. 79208073**  
CRA 7D ESTE SUR NO 18A -15  
Tels: 3172756113  
Ciudad

POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS  
Orig: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest: ENVIO MASIVOS  
Dcto: SOLICITUD  
Fecha: 28/03/2014 07:04 AM  
Rad: SAL-30530  
Fol: 1 Anx: 0

Ref: Solicitud Indemnización por IPP  
Rad. 2014-11-009-13569

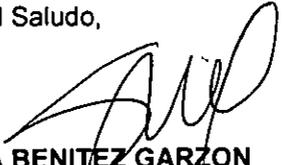
Con el fin de continuar con el estudio previo de la solicitud de Indemnización por Pérdida de Capacidad Laboral, le informamos que revisada la documentación aportada para dicho trámite y confrontada la misma con nuestro sistema de información de afiliación y pagos, usted estuvo afiliada con nosotros, a través del empleador OSCAR MANUEL REYES HERRERA con Nit 80251127, con fecha de retiro en el mes de Septiembre de 2013.

Teniendo en cuenta lo anterior, y no siendo claro si esta Compañía se constituye en la última Administradora de Riesgos Laborales ARL, a la cual estuvo usted afiliada, esta Gerencia requiere pruebas que permitan determinar la obligación de esta Compañía de asumir el pago de la prestación económica solicitada, conforme las reglas establecidas en el parágrafo 2, Artículo 1 de la ley 776 de 2002 "Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación". (Negrilla y Subrayado fuera del texto original), toda vez que la calificación se trata de una enfermedad laboral.

Para tal fin es necesario nos certifique bajo la gravedad de juramento, con las consecuencias de que trata el Artículo 442 del Código Penal, en qué Administradora de Riesgos Laborales se encuentra cotizando actualmente y con qué empleador, (no se tendrán en cuenta los escritos que omitan "declaración bajo juramento")

La información solicitada puede ser enviada a la gerencia de Indemnizaciones de Positiva Compañía de Seguros S.A., Autopista Norte No. 94-72 piso 4.

Cordial Saludo,

  
**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
**POSITIVA Compañía de Seguros S.A**

Elaboró: Luis Alejandro Medina Gómez  
Revisó: Sonia Benítez garzón  
Forma de Envío: A  
Sin Anexos.

ud006543227  
1909132  
F3 16 15 9 68

Positiva Compañía de Seguros S.A - Nit: 860.011.153-6 - Línea Gratuita: 01-8000-111-170.

Bogotá: 330-7000 / Móvil: #533 / Portal Web: [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaColombia



MinHacienda

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

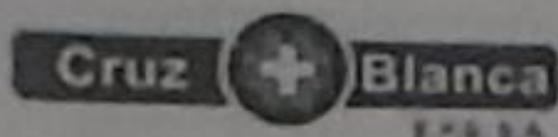
Bogotá 9 de mayo de 2018

Señores

**PINTURAS Y ACABADOS MANUEL REYES**

La ciudad

Por medio de la presente yo **JOSE ALIRIO CRU**  
Manifiesto que por segunda vez he relaciona  
médicas, terapias físicas Incapacidades y recl  
había hecho la entrega de dicha documentac  
cuenta y no volver a extraviar los documento



# CERTIFICACIÓN DE

El señor(a) JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS identificado(a) con Cédula referente al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

## Información del Cotizante

Afiliado Cotizante:	Jose Alirio Cruz Arias
Número Identificación:	79208073
Fecha Afiliación dd/mm/aaaa:	19/12/2005
Estado Actual Cotizante:	VIGENTES
Fecha de Retiro (dd/mm/aaaa):	
Dirección Actual Residencia:	KR 1 ESTE # 15A SUR
Teléfono Actual Residencia:	333692
<b>Documento Aportante</b>	<b>Razón Social Aportante</b>
80251127	REYES HERRERA OS

Cru

Bogotá D.C., Diciembre 24 del 2003

Estimado(a) señor(a):

En Cruz Blanca E.P.S. nos sentimos orgullosos de recibir a su nuevo (a) Afiliado (a). Por ello le damos la bienvenida como entidad que velará por su salud y la de su grupo familiar. Para ello es muy importante que los documentos de afiliación de los beneficiarios; en ellos encontrará la manera de utilizarlos como la solución a algunas de sus inquietudes.



P

OBRA: ALCABAMA

FORMA

CIUDAD Y FECHA: Bogotá D.C. 11 de noviembre de 2016

**NOMBRE**

**CEDULA**

**TOTAL  
PRODUCIDO**

**DESCU  
CASI**

13

Alirio Cruz

79208073

6800000

50



**SOCIEDAD ADMINISTR**

El(la) Señor(a) **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**,  
encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIO**

**CRUZ**

**CEMES - CENTRO DE  
RECOMENDACIONES**

Bogotá D.C, 08 de septiembre de 2010

Señores:

**MANUEL REYES**

Ciudad

Atte: Salud Ocupacional

El área de Riesgos Profesionales de **CRUZ**  
ocupacional para el paciente: **JOSE ALIRIO  
IDX:**

**DISCOPATIA LUMBAR MULTIPLE**

**LUMBALGIA CRONICA**

**POP TARDIO MICRODISCECTOMIA L4L5**

Analizando antecedentes médicos y ocupa

**ORIGEN EN ESTUDIO**

Observaciones:

- **CARGO PINTOR**

CRUZ

**CEMES - CENTRO  
RECOMENDACIONES**

Bogotá D.C, 04 de agosto de 2009

Señores:

**OSCAR REYES**

Ciudad

Atte: Salud Ocupacional

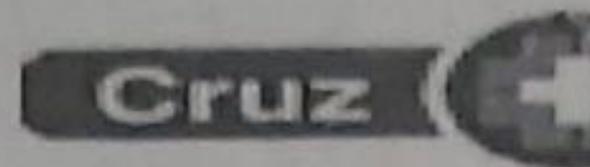
El área de Riesgos Profesionales de **CR**  
ocupacional para la paciente:

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS con c.c. 79  
IDX:**

**DISCOPATIA LUMBAR MULTIPLE CO  
LUMBALGIA CRONICA**

Por tal razón y conforme con la LEY 776  
médicos y ocupacionales se considera la

• **ORIGEN EN ESTUDIO**



## CEMES CENTRO DE ESPE

Bogotá D.C, Enero 21 de 2011

Señores:

**MANUEL REYES**

Ciudad

Atte: Salud Ocupacional

El área de Medicina Laboral de **CRUZ BLANCA**  
para el paciente: **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS** co

IDX:

- **DISCOPATIA LUMBAR L4 -L5 Y L5 S1**
- **POP MICRODISECTOMIA L5 S1**
- **RADICULOPATIA S1**
- **LUMBALGIA CRONICA**

Observaciones:

rate 2 apr

1000000 2000000 1000000

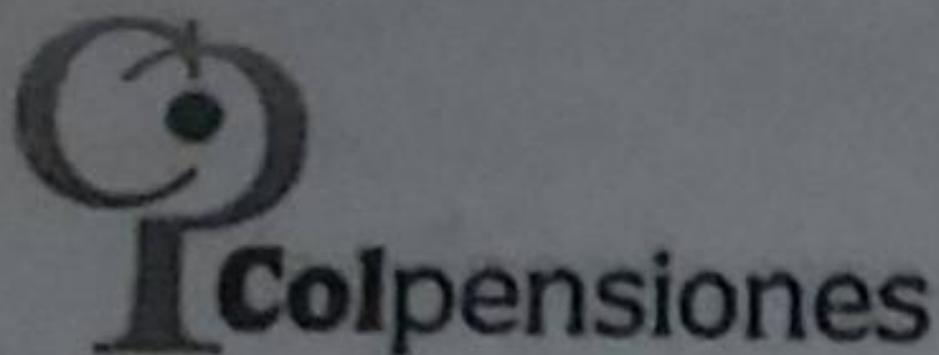
14 dias

Discount  
course

5 @ 6000

total paid

Ⓢ



BOGOTA, D.C., 12 de Abril de 2018

Señor (a):

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

CRA 12 D ESTE # 18 A 15 SUR

BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2018\_4051834 o

Ciudadano: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

Identificación: C.C. 79208073

Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Traslado de R

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administrad



Bogota. D.C.

14200

Señor  
JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
C.C 79.208.073  
Carrera 12 D No. 18 A – 15 Sur Barrio La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Bogota

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig:MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest:JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dcto:RESPUESTA A PQR  
Fecha:19/05/2015 07:26 PM  
Rad:SAL-53917 PQR:116273  
Fo:2 Anx:0 RPA:ENT-68762

REF: Respuesta a solicitud de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial.  
PQR 116273 - Rad Ent 68762

Cordial saludo

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la prestación económica por Incapacidad Permanente Parcial, me permito informar lo siguiente:

Que según el inciso 1º y 2º, párrafo 2º, artículo 1º de la ley 776 de 2002, las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de enfermedad profesional serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador al momento de requerir la prestación, o la última a la que estuvo vinculado el trabajador, en caso de no estar vinculado al Sistema de Riesgos Profesionales al momento de la solicitud, siempre y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al periodo en el que estuvo cubierto por ese Sistema.

Que una vez revisada la base de datos de afiliaciones de nuestra compañía, podemos observar que para el momento de solicitud de la prestación, el señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS, NO se encuentra afiliado a nuestra administradora.

Que de acuerdo a su solicitud y una vez verificadas las bases de datos de RUAF y FOSYGA se evidencia que se encuentra activo con la ARL SURA, presentando con Positiva novedad de Inactivo; por lo que no somos la Compañía que debe realizar el reconocimiento de la prestación solicitada de acuerdo a los lineamientos legales.

Aquí encontrará imagen de la información consignada tanto en Positiva como en RUAF donde se registra la novedad de Retiro y la información de ARL SURA

Documento ARL	Nombre ARL	Documento Emp.	Nombre Emp.	Vino Lab.	Fecha Vinculación	Fecha Cobertura	Fecha Fin Vinculación	Esta BD	Esta BD	Orl.
79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	2993202	BERNARDEZ MARYA JUAN MARCELO	D	01/02/2005	01/02/2005	30/03/2010	1	INACTIVO	3.070
79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	1711755	REYES VALDEBANA JUAN MANUEL	D	01/02/1997	01/02/1997	01/03/2010	1	INACTIVO	3.070
79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	30031147	OSCAR MANUEL REYES HERRERA	D	01/05/2000	02/05/2000	04/03/2015	1	INACTIVO	3.070
79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	17157307	LOPEZ INCENSIO	D	26/11/2008	27/11/2008	02/02/2009	1	INACTIVO	3.070

ud006543227  
1909132  
#31615603



MinHacienda

PROSPERIDAD PARA TODOS



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

RIESGOS PROFESIONALES SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	ARP SURA	2010-04-27	Inactiva	PELQUERIA DE ROPA, TELAS, BOTINERIAS EN ALMACENES, ALFORJOS, INSECTICIDAS Y SIMILARES	Cundinamarca - SOACIA
RIESGOS PROFESIONALES SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	ARP SURA	2013-09-05	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE PINTURA Y TERMINACION DE MUROS Y PISOS INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A EL PULIDO, PINTURA Y/O ENCERADO DE PISOS OTROS TRABAJOS DE ACONDICIONAMIENTO	Bogotá, D.C. - BOGOTÁ

Es así que esta Gerencia por no constituirse como la última administradora, NO realizará el reconocimiento a la prestación económica pretendida.

Sea de paso esta la ocasión para manifestarle nuestro compromiso diario con el cliente y mejoramiento continuo en la atención en forma oportuna y calidad de nuestros productos y servicios.

Cualquier inquietud, información o sugerencia con gusto será atendida a través de los puntos de atención al cliente actualmente habilitados a nivel nacional. Igualmente lo invitamos para que visite nuestra página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

Atentamente,

**SONIA ESPERANZA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Elaboró: Jennifer Alexandra Sandoval  
Revisó: Sonia Esperanza Benítez Garzón  
Forma de envío: B



MinHacienda

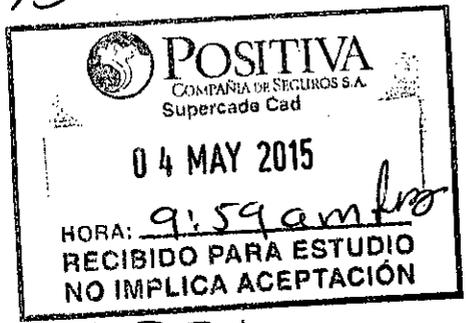
PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Enviado-  
Ent-68762  
PQR 116273

10/11/15

55

Bogotá, D.C. Mayo 4 de 2015



55 Folios

Señores  
POSITIVA  
Compañía de seguros

REFERENCIA: DERECHO DE PETICION (RAD. ENT. 190896) PQR 104726

Respetados señores:

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS, identificado con la cédula de ciudadanía nro: 79'208.073 de Soacha (C.) en calidad de interesado para el presente DERECHO DE PETICION, me dirijo a uds. comedidamente con el fin de mediante éste solicitar se me cancelen los valores adeudados a la fecha a la mayor brevedad posible teniendo en cuenta que para este mismo fin anexo a la presente la documentación requerida.

Agradezco de antemano la prioridad que se me brinde al respecto ya - que atraviezo por una situación paupérrima económica y mi estado de salud no es el mejor. Mil gracias.

Se anexan:

- 1) COPIA DE MI HISTORIA CLINICA.
- 2) RELACION DE HISTORIA DE SERVICIOS . ( CIRUGIAS ).
- 3) RELACION DE FISIOTERAPIAS EN ZIPAQUIRA (C.)

Atentamente,

x *[Signature]*

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
C.C. 79'208.073 de Soacha (C.)

Tel: 314 2756113

c.c. archivo personal

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS  
 Orig: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
 Dest: JURIDICA PQR  
 Dcto: DERECHOS DE PETICION  
 Fecha: 04/05/2015 02:27 PM  
 Rad: ENT-68762 PQR:116273  
 Fol: 55 Anx: 0



**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Bogotá D.C  
14200

Señor:  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO c.c. 79208073**  
Carrera 9 No. 17-15 B. La Sagrada Familia  
Tel. 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS  
Orig: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dcto: RESPUESTA A CASO  
Fecha: 11/02/2014 07:30 AM  
Rad: SAL-12858  
Fol: 3 Anx: 0 RPA: ENT-165331

Ref. Solicitud de indemnización IPP  
Rad: Ent 165331

0006543227

1909132

F3 16 15 868

En atención a asunto de la referencia, sobre el reconocimiento de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial, esta Gerencia se permite informar que para iniciar el trámite correspondiente es necesario que se acerque a cualquiera de nuestros puntos de atención al cliente a nivel nacional y diligencie completamente el Formato de Solicitud de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP) anexo, adjuntando los siguientes documentos:

- Copia de la cédula de ciudadanía del afiliado al 150%
- Copia del dictamen que contenga el derecho reclamado
- Certificado bancario cuyo titular sea el asegurado. (No es de recibo cuentas bancarias de apoderados y/o terceras personas)

La omisión de cualquiera de los documentos mencionados es causal de rechazo de la radicación.

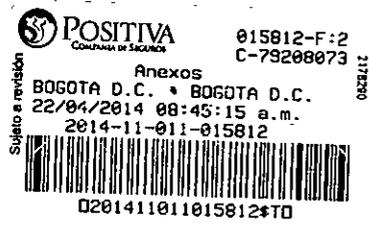
Por otra parte, se está haciendo la devolución de la copia del certificado bancario.

Cualquier inquietud, información o sugerencia con gusto será atendida a través de los puntos de atención al cliente actualmente habilitados a nivel nacional, los cuales encontrará en la página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) o podrá ser sugerida por nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 3307000 o en la línea 01 8000 111 170, para llamadas desde cualquier otro sitio del país sin costo adicional.

Cordial Saludo,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A

Elaboró: Luis Alejandro Medina Gomez  
Revisó: Sonia Benitez Garzon  
Forma de Envío: A  
Anexo: Dos (2) folio.



**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Matriz

Zipaquirá, 09 de Diciembre de 2013

Señores

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

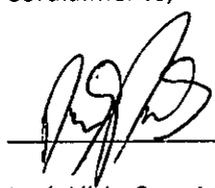
La Ciudad

POSITIVA "COMPAÑÍA" DE SEGUROS  
 Orig: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
 Dest: CENTRO DE EXCELENCIA  
 Dcto: ACEPTACION DICTAMEN  
 Fecha: 10/12/2013 02:42 PM  
 Rad: ENT-165331  
 Fol: 2 Anx: 0

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para poner en conocimiento la aceptación del porcentaje otorgado para la indemnización por enfermedad que se encuentra a mi nombre JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS identificado con cédula de ciudadanía N. 79.208.073 la cual deseo me sea consignada a la cuenta de ahorros N. 24035631615 del Banco Caja Social.

Agradezco la atención prestada y espero una pronta respuesta.

Cordialmente,



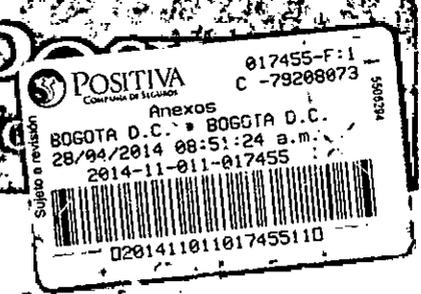
José Alirio Cruz Arias

C.c. 79.208.073

39  
 3142756113

CARRÉ

~~Carretera B Esta No. 21 A 27 Sur.~~  
 Bta. Carretera A No 17-15 B. la sagrada familia...  
 Zipaquirá.



Bogotá D.C  
14200

Señor (a):  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO c.c. 79208073**  
CRA 7D ESTE SUR NO 18A -15  
Tels: 3172756113  
Ciudad

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig:MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest:ENVIO MASIVOS  
Dcto:SOLICITUD  
Fecha:28/03/2014 07:04 AM  
Rad:SAL-30530  
Fol:1 Anx:0

Ref: Solicitud Indemnización por IPP  
Rad. 2014-11-009-13569

Con el fin de continuar con el estudio previo de la solicitud de Indemnización por Pérdida de Capacidad Laboral, le informamos que revisada la documentación aportada para dicho trámite y confrontada la misma con nuestro sistema de información de afiliación y pagos, usted estuvo afiliada con nosotros, a través del empleador OSCAR MANUEL REYES HERRERA con Nit 80251127, con fecha de retiro en el mes de Septiembre de 2013.

Teniendo en cuenta lo anterior, y no siendo claro si esta Compañía se constituye en la última Administradora de Riesgos Laborales ARL, a la cual estuvo usted afiliada, esta Gerencia requiere pruebas que permitan determinar la obligación de esta Compañía de asumir el pago de la prestación económica solicitada, conforme las reglas establecidas en el parágrafo 2, Artículo 1 de la ley 776 de 2002 "Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación". (Negrilla y Subrayado fuera del texto original), toda vez que la calificación se trata de una enfermedad laboral.

Para tal fin es necesario nos certifique bajo la gravedad de juramento, con las consecuencias de que trata el Artículo 442 del Código Penal, en qué Administradora de Riesgos Laborales se encuentra cotizando actualmente y con qué empleador, (no se tendrán en cuenta los escritos que omitan "declaración bajo juramento")

La información solicitada puede ser enviada a la gerencia de Indemnizaciones de Positiva Compañía de Seguros S.A., Autopista Norte No. 94-72 piso 4.

Cordial Saludo,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
**POSITIVA** Compañía de Seguros S.A  
Elaboro: Luis Alejandro Medina Gomez  
Revisó: Sonia Benitez Garzon  
Forma de Envío: A  
Sin Anexos

00006543227

1909132

F3.16.15.9.68.



PROSPERIDAD PARA TODOS

SERVIENTREGA S.A.

DEVOLUCION AL REMITENTE

GUIA No: 232478939 CONFIRMACION 1  
ORIGEN: 10 BOGOTA  
DESTINO: 288 COTA  
DIRECCION CLL 12 D ESTE # 18 A- 15 SUR  
OBSERV: /// NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION  
//

CAUSAL: SALIDA A BODEGA LOCAL DIRECCION INCORRECTA

**SOLUCION:** NO SE ESTABLECIO COMUNICACION

CONFIRMO: JEFERSON MORENO RODRIGUEZ FECHA 06/09/2014 07:5  
Lunes, 9 Junio, 2014 - 11:59:20 caribe

SERVIENTREGA S.A.

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

GUIA No: 231041262 CONFIRMACION N1  
ORIGEN: 10 BOGOTA  
DESTINO: 10 BOGOTA  
DIRECCION: CRA 7 D ESTE 18 A 15 SUR  
OBSERV: DEST NO CONTESTA ALEXANDER HERNANDEZ

CAUSAL: DEVOLUCION ZONA URBANA DIRECCION INCORRECTA

**SOLUCION:** NO SE ESTABLECIO COMUNICACION

CONFIRMO: CATALINA REYEZ MAZUERA FECHA 03/31/2014 07:  
lunes, 31 marzo, 2014 - 15:31:20 reyezc



SERVIENTREGA S.A.

AUTORIZA DEVOLUCION AL REMITENTE

GUIA No: 228719044 CONFIRMACION 1  
ORIGEN: 10 BOGOTA  
DESTINO: 42 ZIPAQUIRA  
DIRECCION: CARRERA 9 No 1715  
OBSERV: NO SE LOGRO ESTABLECER COMUNICACION//

CAUSAL: DEVOLUCION ZONA URBANA DIRECCION INCORRECTA

**SOLUCION:** CONFIRMACION REALIZADA POR EL CLIENTE

CONFIRMO: YELLER ALEXANDER VERA PINZON FECHA 02/13/2014 12:3  
jueves, 13 febrero, 2014 - veraya

Comp. 300063143223  
Caj. 1709/32  
Ulo. P. 16. 15. P. 68

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. - NIT 860.011.153-6  
Línea Positiva 01 8000 111 170 / En Bogotá 330 7000  
Correo Electrónico: [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)  
[www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)



**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

**NOTIFICACION DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

Bogotá,

88167

Señor(a)  
CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
C.C.79208073  
DG 68J 30 - 04  
BOGOTA

17 AGO. 2012.

217855 - NUM. ANEXOS: 2 RAN

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL  
Fecha de Siniestro: 04/02/2010.

POSITIVA BOGOTA D.C. \* BOGO (11014)  
08/10/2012 10:22:05

Una vez efectuada la valoración de la Pérdida de Capacidad Laboral del caso del asinado, permitimos comunicarle que el porcentaje establecido en dicha calificación, la cual se asigna con fundamento en el Decreto 917 de 1999, es de 18.10 % .  
Sujeto a revision.  
217855 (11014)RAN 217855 (11014)RAN  
C - 79208073

Los diagnósticos calificados son los siguientes:  
**Lumbalgia mecánica crónica - Hernia discal L4 L5**

El trámite de pago de la indemnización por Incapacidad Permanente Parcial, deberá iniciarse a través el diligenciamiento del "formato de reclamación de IPP", el cual deberá ser reclamado y radicado junto con los documentos exigidos para dicho trámite en cualquiera de nuestras oficinas de atención al cliente habilitadas en el país. Para mayor información de nuestra red de atención al cliente y documentos exigidos agradecemos consultar nuestra página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) o comunicarse con nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 3307000 o la línea gratuita 018000111170, para llamadas desde cualquier otro lugar del país.

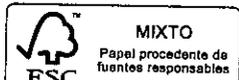
En caso de no estar de acuerdo con la calificación realizada, los interesados podrán presentar su apelación o inconformidad por escrito, dentro de los 10 días siguientes a la presente notificación (Decreto Ley 019 de 2012 y Decreto 053 de 2012). Las controversias que surjan al respecto serán dirimidas por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, de conformidad con lo establecido en el artículo 52 de la ley 962 de 2005 y los artículos 5 y 6 del decreto 2463 de 2001.

Cordialmente,

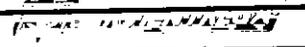
*M. Duran*  
**MARIA ALEJANDRA DURAN SILVA**  
Coordinación Punto 143  
Positiva Compañía de Seguros

Copias:  
EMPRESA OSCAR MANUEL REYES HERRERA - KRA 8 ESTE # 31A 07 Sur - BOGOTA  
ANEXOS 6 FOLIOS  
Proyectó y elaboró:  
Forma de Envío

RECIBADO  
CORPORACIÓN POSITIVA DE SEGUROS



ud 006543227

		<b>POSITIVA COMPA IA</b>													
<b>GUIA CREDITO</b>		<b>PRODUCTO: DOCUMENTOS</b>													
FECHA: 11/02/2014 HORA: 14:44		PIEZAS: 1/1													
ORIGEN: 010 BOGOTA CUNDINAMARCA		DESTINO: 042 ZIPAQUIRA CUNDINAMARCA													
REMITENTE: POSITIVA COMPA IA DE SEGUROS AV CRA 45 NO 94 72 TELEFONO: 6502200 10244 COD CLIENTE: 860011153		DEST/ARIO: CRUZARIAS JOSE ALIRIO CARRERA No. 15 Caso 15 TELEFONO: 3142756113 CC/NIT: 84993													
<table border="1"> <tr> <th>p. kg</th> <th>largo</th> <th>ancho</th> <th>alto</th> <th>pes. vol</th> <th>vr. dec</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>5000</td> </tr> </table>		p. kg	largo	ancho	alto	pes. vol	vr. dec	1	0	0	0	1	5000	El peso de este envío será verificado y controlado por nuestros funcionarios.	
p. kg	largo	ancho	alto	pes. vol	vr. dec										
1	0	0	0	1	5000										
DICE CONTENER: SERBOS91 TIEMPO ENTREGA: NORMAL															
Flota Variable Flota Fija Vr. total: 100 1570 1670		No. REF: 0													


**POSITIVA**  
 Anexos  
 BOGOTA D.C. \* BOGOTA D.C.  
 09/04/2014 12:53:04 p.m.  
 2014-11-011-014362  
  
 1878420 0201411011014362UAD

		<b>POSITIVA COMPA IA</b>													
<b>GUIA CREDITO</b>		<b>PRODUCTO: DOCUMENTOS</b>													
FECHA: 05/05/2014 HORA: 16:00		PIEZAS: 1/1													
ORIGEN: 010 BOGOTA CUNDINAMARCA		DESTINO: 042 ZIPAQUIRA CUNDINAMARCA													
REMITENTE: POSITIVA COMPA IA DE SEGUROS AV CRA 45 NO 94 72 TELEFONO: 6502200 10244 COD CLIENTE: 860011153		DEST/ARIO: CRUZARIAS JOSE ALIRIO CLL 1200 ESTE 18 SUR 15 SUR TELEFONO: 3142756113 CC/NIT: 84993													
<table border="1"> <tr> <th>p. kg</th> <th>largo</th> <th>ancho</th> <th>alto</th> <th>pes. vol</th> <th>vr. dec</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>5000</td> </tr> </table>		p. kg	largo	ancho	alto	pes. vol	vr. dec	1	0	0	0	1	5000	El peso de este envío será verificado y controlado por nuestros funcionarios.	
p. kg	largo	ancho	alto	pes. vol	vr. dec										
1	0	0	0	1	5000										
DICE CONTENER: SERBOS91 TIEMPO ENTREGA: NORMAL															
Flota Variable Flota Fija Vr. total: 100 1570 1670		No. REF: 0													



REM POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S  
 DES: OSCAR MANUEL REYES HERRERA ID: 150 POSITIVAC  
 DIR: CR 8 ESTE N 31A 07 SUR



NIT: 860.512.330-3 10380528671116446  
 Entrega Sep 2012  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  
 149

DE: POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S 150 961  
 ORIGEN: BOGOTA  
 DIR: AV. CARRERA 45 NO. 94 - 72 PIS  
 PARA: OSCAR MANUEL REYES HERRERA  
 DIR: CR 8 ESTE N 31A 07 SUR

PRUEBA DE ENTREGA: DESTINO: BOGOTA CUND ID: 150 POSITIVAC Entreado   
 TEL: SUBZ: 837 Dir. incorrecta   
 ZONA: 11 Se niega a recibir   
 No hay quien reciba   
 Traslado   
 Dir. incompleta   
 Fallecido

NOMBRE LEGIBLE C.C. Y SELLO Guia: 10380528671  
 Valor (\$): 10 Peso (gr): 250 Fecha: 01/09/2012 Hora: 09:09:37 B.P.

**POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S**

**GUIA CREDITO** PRODUCTO: **DOCUMENTOS**

FECHA: 28/03/2014 HORA: 13:13

ORIGEN: **BOGOTA**  
 CUNDINAMARCA

REMITENTE: **POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S**  
 AV CRA 45 NO. 94 - 72

TELEFONO: 6502200 10244  
 COD CLIENTE: 86001153

p. kb	largo	anchura	plato	pes. vol	vr. doc
1	0	0	0	1	5000

DICE CONTENER: **NORMAL** TIEMPO ENTREGA

Plato Variable: **100** Plato Fijo: **1570** Vr. Total: **1670**

No. de...

CRUZARIAS JOSE ALBERTO  
 CR 8 ESTE N 31A 07 SUR  
 BOGOTA CUNDINAMARCA  
 15 SUR  
 EL CODIGO: 10380528671  
 CREDITO PARA ESTUDIO  
 ABR. 2014  
 El valor de este documento será verificado con los datos de nuestros funcionarios  
 1041262

Bogotá, D.C.

Señor:  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**  
Calle 12 D Este No. 18 A - 15 Sur  
B. La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

POSITIVA COL  
Orig:MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest:CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
Dcto:RECONOCIMIENTO INDEMNIZAC  
Fecha:05/06/2014 12:55 PM  
Rad:SAL-56208  
Fol:1 Anx:0 RPA:ENT-59030



Ref: Solicitud Indemnización por IPP.  
(Rad. 2014-11-009-13569)  
Rad. Ent. 59030

Respetado señor Cruz:

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la Prestación Económica por Incapacidad Permanente Parcial y a que su comunicación Rad. Ent. 59030 declara que actualmente su ARL NO es Positiva me permito informar lo siguiente:

Que existe dictamen de fecha 9 de Julio de 2012, emitido por la POSITIVA, en el cual se le califico al solicitante una perdida de capacidad laboral del 18.10% con ocasión de una Enfermedad Profesional, la cual tiene como fecha de diagnóstico 04 de Febrero de 2010.

Que el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, establece: **PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación.** (Negrilla y Subrayado fuera del texto original).

Que de acuerdo a lo transcrito anteriormente y teniendo en cuenta que la última aseguradora a Riesgos Profesionales a la que se encuentra afiliado es ARL SURA, es esa compañía quien debe realizar el reconocimiento de la Indemnización a que haya lugar con la pérdida de capacidad laboral por enfermedad profesional, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002.

Es de aclarar que con POSITIVA S.A, se encontró afiliado hasta Septiembre de 2013, fecha en la cual se produjo novedad de retiro.

Cordialmente,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Recibido [Signature]  
Cedula: 79208073  
Fecha: 14/10/2014 / 14/10/2014  
Punto: 143  
Hora: 9:36 am  
onexo 00006543227  
1909132





Bogota. D.C.

14200

Señor  
**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**  
C.C 79.208.073  
Carrera 12 D No. 18 A – 15 Sur Barrio La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Bogota

REF: Respuesta a solicitud de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial.  
PQR CLONADA 105061 – Rad Ent 190896

Cordial saludo

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la prestación económica por Incapacidad Permanente Parcial, me permito informar lo siguiente:

Que según el inciso 1º y 2º, párrafo 2º, artículo 1º de la ley 776 de 2002, las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de enfermedad profesional serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador al momento de requerir la prestación, o la última a la que estuvo vinculado el trabajador, en caso de no estar vinculado al Sistema de Riesgos Profesionales al momento de la solicitud, siempre y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al periodo en el que estuvo cubierto por ese Sistema.

Que una vez revisada la base de datos de afiliaciones de nuestra compañía, podemos observar que para el momento de solicitud de la prestación, el señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS, NO se encuentra afiliado a nuestra administradora.

Que de acuerdo a su solicitud y una vez verificadas las bases de datos RUAF y FOSYGA se evidencia que se encuentra Activa con las ARL SURA, presentando con Positiva novedad de inactivo; por lo que no somos la Compañía que debe realizar el reconocimiento de la prestación solicitada de acuerdo a los lineamientos legales.

Aquí encontrará imagen de la información consignada tanto en Positiva donde se registra la novedad de Retiro y de la base de RUAF donde encontrará información de ARL SURA.

Relaciones laborales										
Documento Afi.	Nombre Afi.	Documento Emp.	Nombre Emp.	Vinc. Lab.	Fecha Vinculación	Fecha Cobertura	Fecha Fin Vinculación	Esta pagos	Esta BD	Ori.
CC 79208073	CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO	CC 2993025	HERNANDEZAMAYA JUAN MARCELINO	D	01/02/2008	01/02/2008	30/09/2010	1	INACTIVO	SURA
CC 79208073	CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO	CC 79117557	REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL	D	01/02/1997	01/02/1997	01/03/2010	1	INACTIVO	SURA
CC 79208073	CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO	CC 80251127	OSCAR MANUEL REYES HERRERA	D	01/06/2009	02/06/2009	04/09/2013	1	INACTIVO	SURA

ud006543227  
1909132  
F3 16 15-9-68





**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

				INSECTICIDAS Y SIMILARES	
RIESGOS PROFESIONALES : SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	ARP SURA	2010-04-27	Inactiva	EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE PINTURA Y TERMINACION DE MUROS Y PISOS INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A EL PULIDO, PINTURA Y/O ENCERADO DE PISOS	Cundinamarca - SOACHA
RIESGOS PROFESIONALES : SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	ARP SURA	2013-09-05	Activa	OTROS TRABAJOS DE ACONDICIONAMIENTO	Bogotá, D.C - BOGOTÁ

Sea de paso esta la ocasión para manifestarle nuestro compromiso diario con el cliente y mejoramiento continuo en la atención en forma oportuna y calidad de nuestros productos y servicios.

Cualquier inquietud, información o sugerencia con gusto será atendida a través de los puntos de atención al cliente actualmente habilitados a nivel nacional. Igualmente lo invitamos para que visite nuestra página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

Atentamente,

**SONIA ESPERANZA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Elaboró: Jennifer Alexandra Sandoval  
Revisó: Sonia Esperanza Benítez Garzón  
Forma de envío: B



Positiva Compañía de Seguros S.A - Nit: 860.011.153-6 - Línea Gratuita: 01-8000-111-170,  
Bogotá: 330-7000 / Móvil: #533 / Portal Web: [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



MinHacienda

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



**POSITIVA**  
COMPANIA DE SEGUROS

00006543227

1909132

F3 16 15 9 68

14000 -

Bogotá D.C.

Señor

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**  
C.C. 79208073

Carrera 12 D No. 18 A 15 sur  
Barrio la Sagrada Familia  
Teléfono: 3142756113  
Bogotá D.C.

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig:MATRIZ.VICEPRESIDENCIA TE  
Dest:JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dcto:DERECHOS DE PETICION  
Fecha:14/01/2015 02:43 PM  
Rad:SAL-2878 PQR:104726  
Fol:10 Anx:0 RpA:ENT-190896

**Ref. : Derecho de petición (RAD ENT. 190896) PQR 104726**

Respetado señor Cruz:

En atención a su derecho de petición presentado en Positiva Compañía de Seguros S.A. Casa Matriz, manifestamos:

Respecto a la solicitud de copia de la historia clínica, la Gerencia Médica de la Vicepresidencia Técnica sustentó:

*"(...) De manera atenta y en respuesta a su requerimiento, Positiva Compañía De Seguros S.A. se permite informar sobre la copia de la historia clínica que Positiva Compañía de Seguros S.A. es la entidad Administradora de Riesgos Laborales encargada del reconocimiento de las prestaciones generadas por eventos (Accidente o Enfermedad laborales) que han tenido relación de causalidad con la actividad laboral para la cual es contratado el trabajador, en atención a las normas legales vigentes que del Sistema General de Seguridad Social, motivo por el cual no cuenta con ésta toda vez que no es la entidad de salud que ha intervenido en la atención de las patologías que el señor Rodriguez presenta o ha presentado. Por tanto, sugerimos dirigir su solicitud directamente a la EPS o IPS en las cuales fue atendido.*

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, en su Artículo No. 1. Literal a): "La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

El Artículo No. 13 de la misma normatividad indica textualmente: "**La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.**"





**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

*Para su conocimiento y fines pertinentes remitimos en 6 folios copia del dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral emitido por esta Compañía".*

Sobre su petición de información de pago de indemnización por incapacidad permanente parcial, la Gerencia de Indemnizaciones de la Vicepresidencia Técnica, sustentó:

*"(...) En atención y respuesta a la comunicación de la referencia, anexo remito en 1 folio el pronunciamiento de esta Gerencia sobre pago de la prestación económica, cuyo documento tiene firma de recibido por parte del señor Cruz de fecha 14/10/2014.*

*Por otro lado, anexo remito en 1 folio certificado de cuenta bancaria solicitado en su petición".*

Esperamos haber resuelto su inquietud.

Cordial Saludo,

  
**HERNÁN EDINSON CASTILLO LINARES**  
Vicepresidente Técnico

Forma de Envío: A  
Proyecto: YF  
06/07/2015  
Anexo: 8 folios

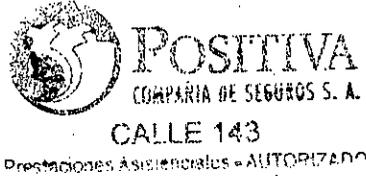
SELLADO AUTOMÁTICO



MinHacienda

PROSPERIDAD  
PARA TODOS

Bogotá, Diciembre 29 del 2014



ENT. 190896  
PQR. 104726

34

Señores:  
POSITIVA  
Atn. Indemnizaciones

29 DIC 2014

**Asunto: DERECHO DE PETICION**

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar información sobre el pago de la indemnización pues estoy vinculado a la ARL SURA lo cuales me informaron que POSITIVA me la tiene que cancelar.

Muy comedidamente le pido el favor de enviar a SURA la historia clínica y el certificado de la cuenta del banco.

Cordialmente;

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
C.C. 79.208.073 de Soacha  
Cel: 3142756113  
Dirección: Cra 12D N. 18A-15 Sur (Barrio La Sagrada Familia)

Se reciben 4 folios  
Hora: 12:48 pm  
Punto calle 143  
Barrio R.

Bogotá, D.C.

Señor:

**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**  
Calle 12 D Este No. 18 A - 15 Sur  
B. La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

Ref: Solicitud Indemnización por IPP.  
(Rad. 2014-11-009-13569)  
Rad. Ent. 59030

Respetado señor Cruz:

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la Prestación Económica por Incapacidad Permanente Parcial y a que su comunicación Rad. Ent. 59030 declara que actualmente su ARL NO es Positiva me permito informar lo siguiente:

Que existe dictamen de fecha 9 de Julio de 2012, emitido por la POSITIVA, en el cual se le califico al solicitante una perdida de capacidad laboral del 18.10% con ocasión de una Enfermedad Profesional, la cual tiene como fecha de diagnostico 04 de Febrero de 2010.

Que el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, establece: **PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación.** (Negrilla y Subrayado fuera del texto original).

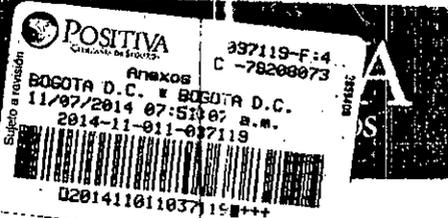
Que de acuerdo a lo transcrito anteriormente y teniendo en cuenta que la última aseguradora a Riesgos Profesionales a la que se encuentra afiliado es ARL SURA, es esa compañía quien debe realizar el reconocimiento de la Indemnización a que haya lugar con la pérdida de capacidad laboral por enfermedad profesional, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002.

Es de aclarar que con POSITIVA S.A, se encontró afiliado hasta Septiembre de 2013, fecha en la cual se produjo novedad de retiro.

Cordialmente,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Bogotá, D.C.  
Calle 12 D Este No. 18 A - 15 Sur  
B. La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113



POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS  
Orig:MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest:CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
Dcto:RECONOCIMIENTO INDEMNIZAC  
Fecha:05/06/2014 12:55 PM  
Rad:SAL-56208  
Fol:1 Anx:0 RpA:ENT-59030



Buenos días,  
Señor(a)

José Cruz

Reciba un cordial saludo de ARL | Sura, agradecemos que nos haya contactado a través de [www.arlsura.com](http://www.arlsura.com), sus comentarios son de gran importancia para nosotros.

Con respecto a su solicitud, le informo que es necesario que este documento sea enviado a las oficinas de la ARL Sura de su ciudad, le confirmo que para nosotros poder hacer gestión es necesario que este documento tenga el sello de recibido por parte de nosotros. le indico que estas son nuestras oficinas

<b>Barranquilla</b>	Cr. 54 No 68-196 Of. 304 Ed. Prado Office Center
<b>Bogotá</b>	Av. El dorado No 68B - 85 Torre Suramericana piso 6
<b>Bucaramanga</b>	Cr. 29 No. 45-94 Of. 701
<b>Cali</b>	Calle 64 Norte # 5 B -146 Local 7 y 8 Centro Empresa
<b>Cartagena</b>	Av. Pedro de Heredia, sector Pie de la Popa Cl. 32 No 20-128
<b>Manizales</b>	Cr. 23 No 64 B 33 Ed. Centro de Negocios Siglo XXI
<b>Medellín</b>	Calle 49B 63 21 piso 1 Ed. Camacol
<b>Rionegro</b>	CALLE 43 AVENIDA GALAN N° 54-139 LOCALES 209 y 211 Rionegro Centro Comercial San Nicolás
<b>Pereira</b>	Cl 15 No 13-110 Of 302 CC Pereira Plaza
<b>Armenia</b>	Av. Bolívar 1 A - 118 Bolo Club Piso 4
<b>Neiva</b>	CRA 5 TA N 21 A 72
<b>Buenaventura</b>	calle 7ª n° 3-11 ofic 1205 edif pacific prado center
<b>Villavicencio</b>	CRA 38 No 26C 51, Barrio 7 de Agosto, Local 1.
<b>Ibagué</b>	Cr. 5 # 31-72 Cádiz
<b>Cúcuta</b>	CL 10 N° 3 42 ofic 701 Edif Banco Santander

De nuevo le agradecemos por permitirnos tener el gusto de atenderlo, lo invitamos a que siga utilizando los servicios de [www.arlsura.com](http://www.arlsura.com) estamos a su disposición para atender cualquier inquietud que se le presente, también ponemos a su servicio nuestra línea gratuita 018000 511414, donde le brindaremos la información y orientación que necesite.

Cordialmente,

**Héctor Callejas**

Gestión de Canales

Teléfono: 018000 511414

**ARLSura**

¿Ya visitó [www.arlsura.com](http://www.arlsura.com) hoy?

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.208.073**

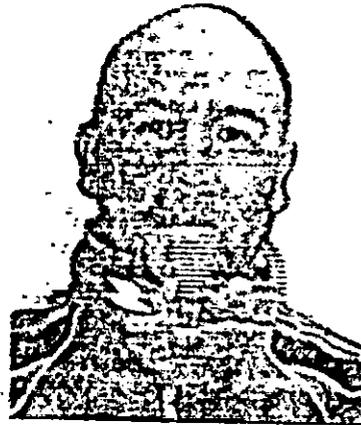
**CRUZ ARIAS**

APELLIDOS

**JOSE ALIRIO**

NOMBRES

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1969**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**

**A+**

**M**

ESTATURA

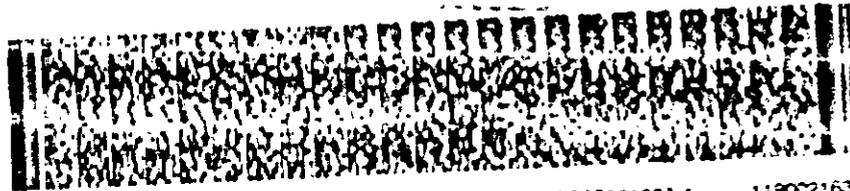
33 AN

SEXO

**31-AGO-1989 SOACHA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CALLE 100 N. 100-100 BOGOTA



A-1500150-00094382-M-0079208073-20681012

0004298166A 1

1130021637

POSITIVA  
CONTRATA DE SEGUROS  
047619-F:13  
C -79208073  
Anexos  
BOGOTA D.C.  
BOGOTA D.C.  
14/08/2015  
11:27:23 a.m.  
Sujeto a revisión  
2015-11-011-047619

11100

Bogotá D.C.

ENT-126590  
ID - 29926  
SYC-46256

Señores  
JUZGADO VEINTIUNO CIVIL MUNICIPAL  
Carrera 10 Numero 4-33 Piso 8.  
Teléfono: 2832121.  
Bogotá.

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig:GRUPO TUTELAS  
Dest:JUZGADO VEINTIUNO CIVIL M  
Dcto:TUTELAS  
Fecha:11/08/2015 04:57 PM  
Rad:SAL-89285 TUTELA:29926  
Fol:14 Anx:0 RPA:ENT-126590

Asunto: Acción de Tutela No 2015-1292  
Accionante: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS C.C. 79208073  
Accionada: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y OTROS.

**AVOCO CONOCIMIENTO**

JUZGADO 21 CIVIL MPAL  
23224 12-AUG-'15 14:36

Respetado Señor Juez,

ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.37.395.498 Mayor de Edad, y Vecina de Bogotá D.C, y en pleno uso de mis Facultades Mentales, Legales y Estatutarias; en atención a las Políticas del Manual del Buen Gobierno de la Compañía, y obrando en mi calidad de APODERADA del representante legal de POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., mediante escritura pública N° 0573, sin presentar causales de inhabilidad para ello, y dentro de los términos procesales establecidos en el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991, en atención y respuesta al oficio número 2420 de fecha 4 de agosto de 2015, con el cual se avoca conocimiento de la acción en referencia, en ejercicio del Derecho de contradicción expongo las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

El señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS, registra un accidente de fecha 04 de febrero de 2010, esta Entidad calificó los diagnósticos así:

- PROFESIONAL NO M545 - Lumbalgia mecánica crónica
- PROFESIONAL NO M541 - Hernia discal L4 L5

Así las cosas, una vez terminado el proceso de rehabilitación y presentado el cierre del proceso esta Entidad a través del Grupo Interdisciplinario de la Gerencia Medica procede a calificar por medio de dictamen número 47945 la pérdida de capacidad laboral de la accionante en porcentaje de (18.10%). (Se anexa al presente escrito).

Este Dictamen se notificó al accionante sin presentar oposición al mismo, lo que indica que el dictamen en mención **SE ENCUENTRA EN FIRME**, me permito indicar que existiendo un dictamen de calificación en firme en cual se otorga un porcentaje de pérdida de capacidad laboral, la única vía para controvertir dicho dictamen es **la Jurisdicción Ordinaria**.

De igual forma es preciso manifestar que a la fecha el usuario **NO REPORTA PRESCRIPCIONES MEDICAS** pendientes de autorizar por su médico tratante que hayan sido radicadas en esta compañía referente al diagnóstico de origen laboral denominado "Lumbalgia mecánica crónica y Hernia discal L4 L5" sin que hasta la fecha existan ordenes solicitadas por el actor.

0006543227  
1909132  
131615903

Temas como el de hoy, han sido abordados por la Jurisprudencia Constitucional en Sentencia T-927 de 2009, con ponencia del Magistrado Dr. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA en los siguientes términos:

*[...] Reiteración de jurisprudencia. El concepto científico del médico tratante es el principal criterio para establecer si se requiere un servicio de salud.*

Por otra parte, atendiendo a las manifestaciones hechas en el escrito de tutela por el accionante lo que pretende es que se ordene a la empresa, se efectuó el reintegro a su cargo, se recuerda al Despacho que aunque el empleador traslada a la ARL la protección de cubrir a la población trabajadora por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, ello es en el entendido que no implica que la Administradora del Régimen de Riesgos Laborales deba asumir las demás OBLIGACIONES ESPECIALES DEL EMPLEADOR tal como lo establece el artículo 4 y 8 de la ley 776 que a continuación se transcribe:

**ARTÍCULO 4o. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO.** *Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría.*

**ARTÍCULO 8o. REUBICACIÓN DEL TRABAJADOR.** *Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o a proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.*

De igual forma la situación aquí planteada versa básicamente sobre la terminación de un Contrato de Trabajo, luego entonces la ARL Positiva Compañía de Seguros S.A. no es la llamada a responder por la relación laboral, pues la responsabilidad de la ARL es una responsabilidad objetiva originada en el hecho jurídico del aseguramiento del riesgo y el pago de las cotizaciones establecidas por el sistema.

Al respecto, la Corte Constitucional en Sentencia T-1015 de 2006. Magistrado Ponente Dr. Álvaro Tafur Galvis señala:

*"...La legitimación pasiva en la acción de tutela hace referencia a la aptitud legal de la persona contra quien se dirige la acción, de ser efectivamente la llamada a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental (2). En la medida que refleja la calidad subjetiva de la parte demandada "en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso" (3), la misma, en principio, no se predica del funcionario que comparece o es citado al proceso, sino de la entidad accionada, quien finalmente será la llamada a responder por la vulneración del derecho fundamental, en caso de que haya lugar a ello.*

*Debe tenerse en cuenta que la acción de tutela está orientada, entre otros principios, por los de informalidad y efectividad del derecho, de manera que el juez constitucional "debe dar primacía al derecho sustancial y recordar que toda exigencia que pretenda limitar o dificultar el uso de la acción de tutela, su trámite o su resolución, fuera de las simples condiciones plasmadas en la Constitución y en la ley, desconoce la Carta Fundamental" (4). Ello obliga, por tanto, a remover los obstáculos puramente formales (oficiosidad) y a interpretar la*



*demanda de una forma tal que se favorezca la protección del derecho fundamental, sin perjuicio de las garantías procesales de quien es demandado..."*

Por lo expuesto anteriormente, la acción de tutela incoada es improcedente, por cuanto no existe afectación a derechos fundaméntales de la accionante, puesto que esta Entidad ha autorizado las prestaciones medico asistenciales derivadas del accidente laboral dentro de la oportunidad legalmente establecida sin que haya existido vulneración por parte de está Aseguradora.

En este orden de ideas, es procedente señalar que nos encontramos frente a los elementos constitutivos para declarar la desestimación de la presente acción de tutela, teniendo en cuenta el proceder ajustado a derecho que ha llevado a cabo esta ARL, en relación a ello en sentencia de tutela **T-341-2005** de abril de 2005, la corte Constitucional estableció al respecto de la desestimación de la acción de tutela los siguiente:

*"3. Desestimación de la acción de tutela cuando no se acredita la vulneración o amenaza del derecho fundamental La acción de tutela ha sido instituida por el Constituyente como un mecanismo de defensa judicial al cual pueden acudir las personas cuando consideren vulnerados o amenazados sus derechos fundamentales, ya sea por la acción u omisión de una autoridad pública o por particulares, éstos en los precisos términos señalados en la ley. Por consiguiente, la persona que considere se le ha desconocido un derecho fundamental, puede acudir ante los jueces con el fin de obtener, a través de un procedimiento preferente y sumario, una orden destinada a que el infractor del ordenamiento constitucional actúe o se abstenga de hacerlo y así lograr el restablecimiento de sus derechos.*

*En esa medida, para que el juez de tutela conceda el amparo de los derechos fundamentales de una persona, se requiere demostrar o acreditar la amenaza o vulneración de estos. De manera que si dentro del proceso no se revela ese desconocimiento, se impone la denegación de la tutela."*

Debe considerarse entonces que en este caso no existe actualmente afectación de los derechos fundamentales que predica el accionante, quien instaura acción de tutela por considerar afectados sus derechos.

#### **PETICIÓN**

Por los motivos antes expuestos, solicitamos Señor Juez se Declare Improcedente la presente Acción de Tutela, teniendo en cuenta que Positiva Compañía de Seguros S.A. no ha vulnerado Derecho Fundamental alguno y en consecuencia sea desestimada la pretensión del accionante.

#### **ANEXOS**

1. Copia dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral
2. Copia poder.

Cordialmente,

  
**ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ**  
**APODERADA**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Proyectó: Paola Torres Torres  
Revisó Adriana Mejia.  
Adjunto lo enunciado en (10) Folios.  
Forma de Envío: A  
11 de agosto de 2015.





# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Proteccion S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion AUTOPISTA NORTE N° 94-72 Telefono 0

### 3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Primer Apellido CRUZ Segundo Apellido ARIAS Nombres JOSE ALIRIO  
Tipo Documento CEDULA DE Identificación 79208073 Género MASCULINO  
Fecha Nacimiento 1969/11/28 Edad 45 Años  
Estado Civil SOLTERO Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

### 4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

#### 4.1 DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA CEDULA DE 80251127  
Denominacion Cargo PINTOR Ocupacion (Res 1830/99) 590  
Codigo Actividad Dto. 2455202 Antig. en el Cargo 8 Antig. en la empresa 8

Descripcion Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.  
del Cargo Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

#### 4.2 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AA MM DD)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	PINTOR	8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,

### 5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

#### 5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL DÍA DE	MD laboral 16/12/2009 Dx hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pate patologí de columna con FR presente. Actualmente controlado
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL DÍA DE	Ortopedia 09/06/2009 Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatología en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10 Kg
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL DÍA DE	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bípeda. RNMK HD L4 L5 extruida.
EXAMENES PARACLINICOS	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
OTROS	Concepto origen EPS

4



## VICEPRESIDENCIA TECNICA

### FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

#### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641    2010/04/07    Dictamen 47945    2012/07/09

#### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
 Direccion AUTOPISTA NORTE N° 94-72      Telefono 0

#### 5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

##### 5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	18/05/2010 Cargo. Pintor contratista. Estucar Cargar bultos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en donde este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 días estucando 1 apto. Sube en un día 8 bulto
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Cargar bulto. flexión tronco 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Estucar planos bajos: Tronco flex 60 a 80, con inclinación izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 días en apto
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bultos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

##### 5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central	19/07/2009
NC y EMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha	25/07/2009
Fisiatria	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: 14/04/2010 Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clínicos de mielopatía o Radiculopatía	
Fisiatria (Camilo Mendoza) LinkSo 26 jun/12	Desde hace aprox. 10 años dolor lumbar mecánico. Hernia de disco por lo cual es llevado a cirugía en dos ocasiones (febrero y diciembre de 2010). Tiene EMG + NCS de ago/09 con diferencia de amplitud de ondas H y reportada como	26/06/2012
Int.01	radiculopatía antigua S1 derecha. Mismo especialista hace sólo ondas H en oct/10, normales. Otra EMG + NCS de oct/10 por otro especialista reportada como normal. RNM de columna lumbosacra de feb/12 reportada como protrusión L5S1 no compresiva,	26/06/2012
Cont.02	discopatía degenerativa L4L5, rectificación y cambios de laminectomía. Dolor importante. Manejo en clínica del dolor. Ha recibido varios antinervopáticos (Amitriptilina, Imipramina) y opioides (Tramadol, Oxidona). Ahora está con	26/06/2012
Cont.03	Oxidona 10 mg cada 12 horas + Acetaminofén 500 mg cada 12	26/06/2012

5



# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN.

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion AUTOPISTA NORTE N° 94-72 Telefono 0

### 5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.04	horas. Protección gástrica. Disminución transitoria de dolor por 1 a 2 horas. No le han hecho bloqueos. Sigue trabajando. Reubicado hace 2 años. Casi no manejo de pintura. Retocado a veces. Ahora manejo de personal. Puede correr suave, no puede saltar por dolor. Independencia completa. ARP Positiva acepta origen profesional	26/06/2012
Cont.05	de los diagnóstico lumbalgia mecánica crónica, hernia discal L4L5 el 2 jul/10. Oficio del afiliado a ARP Positiva del 17 may/12 solicita calificación de pérdida de la capacidad laboral.	26/06/2012
Cont.06	EXAMEN FISICO: Limitación para ROM de columna lumbar por dolor. Flexión 60 grados. Inclinaciones 30 grados. Extensión completa. Espasmos de paraespinales dorsales y lumbares dolorosos. Rectificación de curva lumbar. Protrusión abdominal.	26/06/2012
Cont.07	Fuerza por segmentos normal. Sensibilidad por dermatomas normal. Reflejos normales. No tiene reflejos patológicos. Pruebas de compresión radicales. Limitado movimientos de cadera por dolor. NO tiene cambios disautonómicos.	26/06/2012
Cont.08	DIAGNOSTICO Discopatía lumbar L4L5 y L5S1 Secuelas de hernia discal Lumbalgia crónica CONCLUSION Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar.	26/06/2012
Cont.09	Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5.	26/06/2012
Cont.10	Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar.	26/06/2012
Cont.11	En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos.	26/06/2012
Cont.12	Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas.	26/06/2012





# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion AUTOPISTA NORTE N° 94-72 Telefono 0

### III Descripción de Minusvalías

Nro.	Nombre Minusvalia	Número de la Minusvalia							%
4.	Ocupacional	40	41	42	43	44	45	46	2.50
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Integracion	50	51	52	53	54	55	0.00	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	Autosuficiencia Económica	60	61	62	63	64	65	0.00	
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	En Función de la Edad	71	72	73	74	75	76	2.00	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sumatoria Total Minusvalia (Calificacion Maxima Posible: 30%)								4.50	

### 7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

I. % Deficiencia:	10.60	Requiere Ayuda de Terceros:	NO	ESTADO DE LA PCL
II. % Discapacidad:	3.00		<input type="checkbox"/>	Menor al 5%
III. % Minusvalia:	4.50	Fecha Estructuración de la PCL	<input checked="" type="checkbox"/>	Incap. Permanente Parcial
% Total:	18.10	Miercoles, 01 Febrero de 2012	<input type="checkbox"/>	INVALIDEZ

### 8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Evento ENFERMEDAD Fecha AT o Dx. EP: Jueves, 04 Febrero de 2010

#### Sustentación

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1, patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. CONCLUSION De acuerdo a la información disponible, cumple los criterios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

#### SUSTENTACION CALIFICACION PCL:

Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar. Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento

9



POSITIVA

# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion AUTOPISTA NORTE N° 94-72 Telefono 0

de L4L5. Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar. En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos (manejo de Clínica del Dolor). Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas. Se decide calificar pérdida de la capacidad laboral. Se estructura la calificación el 1 de febrero de 2012 fecha de última RNM de columna lumbosacra que muestra secuelas anatómicas.

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACION - Comisión Médica Interdisciplinaria Art. 6 y 9 Ley 776/02, Art 52 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012

CLAUDIA RANGEL DE LA TORRE

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE CALIFICACION

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA LABORAL

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

El presente dictamen se notifica a: \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
A partir de esta fecha el interesado tendrá diez (10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art. 5 decreto 2463/2001, Art. 5 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012 )

Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador

9



# República de Colombia



1

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **0573** CERO QUINIENTOS SETENTA Y TRES:-----

DE FECHA: ABRIL SIETE (07) DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2.015).-----

OTORGADA EN LA: NOTARIA TERCERA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.-----

-----CLASE DE ACTO-----

-----REVOCATORIA PODER-----

DE: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. -----NIT. 860.011.153-6

A: MARIA PAULA SEGURA HUERTAS-----

-----PODER GENERAL. -----

OTORGADO POR: -----

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. -----NIT. 860.011.153-6

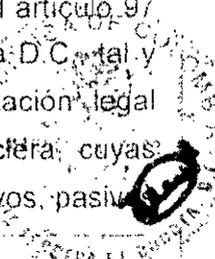
A: -----

ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ ----- C.C. No. 37.395.498

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los **SIETE (07)** días del mes de **ABRIL** del año **DOS MIL QUINCE (2.015)**, en el despacho de la **NOTARÍA TERCERA** de este Circulo, actuando como Notario en propiedad **MANUEL J. CAROPRESE MENDEZ**.-----

=====COMPARECIO CON MINUTA ESCRITA: =====

**EDUARDO HOFMANN PINILLA**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con C.C. No. 6.760.792 de Tunja, obrando en mi condición de Secretario General de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, según Resolución de nombramiento No. 0161 de fecha veintisiete (27) de noviembre de dos mil ocho (2008) y Acta de Posesión No. 041 de diciembre primero (01) de dos mil ocho (2008), entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que, como consecuencia de la participación mayoritaria del Estado tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente sometida al Régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado de conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C. tal y como se desprende de los certificados de existencia y representación legal expedidos por la Cámara de Comercio y la Superintendencia Financiera, cuyas copias se adjuntan, entidad que en virtud del contrato de cesión de activos, pasivos



Papel utilizado para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el notario

y contratos suscrito entre la ARP I.S.S. y La Previsora Vida SA. de fecha trece (13) de agosto de dos mil ocho (2008), en desarrollo del artículo 155 de la ley 1151 de 2007, aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia mediante Resolución 1293 de 2008. asumió las contingencias que cursaban en contra de la ARP I.S.S., de manera alenta en virtud de la facultad consagrada en el Decreto 1234 de 2008, facultad que se me delegó mediante Resolución No. 615 de 25 de junio de 2012, proferida por el Presidente de la Compañía, manifiesto:

**PRIMERO:** Que por medio de esta Escritura revoco el poder otorgado a **MARIA PAULA SEGURA HUERTAS**, mediante las Escrituras Públicas números seiscientos veintisiete (627) de fecha veintitrés (23) de julio del año dos mil catorce (2014) otorgada en la Notaría Cuarenta y Seis (46) del Círculo de Bogotá y novecientos dos (902) de fecha quince (15) octubre del año dos mil catorce (2014), otorgada en la Notaría Cuarenta y Seis (46) del Círculo de Bogotá.

**SEGUNDO** Que a nombre de la sociedad **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** confiero poder general, amplio y suficiente a **ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ**, colombiana, mayor de edad y vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 37.395.498 expedida en Cúcuta y Tarjeta Profesional No.193.206 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de Positiva Compañía de Seguros S.A., ejerza representación legal en las siguientes actuaciones: -----

- a) Se notifique, conteste y presente acciones de tutela, en nombre y representación de Positiva Compañía de Seguros S.A. -----
- b) Se notifique y conteste incidentes de desacato y oficios de tutela, en procesos iniciados en contra de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** o donde ésta sea parte y realice todas las acciones que sean necesarias para el cabal cumplimiento del mandato. -----
- c) Interponga los recursos y nulidades que correspondan frente a los fallos y decisiones en los procesos de tutela proferidos en contra de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** -----
- d) Se notifique de los autos de admisión de demandas y llamamientos en garantía, en procesos iniciados en contra de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA.** o donde ésta sea parte. -----
- e) Asista en representación de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA.** a las audiencias de conciliación judicial y extrajudicial a las que sea citada, y absuelva -----



interrogatorios de parte dentro de los procesos judiciales que cursen en su contra, con facultades para conciliar.

Presento ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ, identificada con cédula de ciudadanía número 37.395.498 expedida en Cúcuta, dijo que acepta el poder general que por medio de este instrumento le confiere el Doctor EDUARDO HOFMANN PINILLA y que lo ejercerá oportunamente.

NOTA: Se protocoliza copia autentica de hoja de reparto número 0034931, de fecha treinta (30) de enero del año dos mil quince (2015), Reparto Número 19, Radicación: RN2015-995.

=====HASTA AQUÍ LA MINUTA=====

ADVERTENCIA: Se advirtió a las otorgantes de esta escritura de la obligación que tienen de leer la totalidad de su texto por cuanto la firma de la misma demuestra su aprobación total del mismo por ajustarse a lo solicitado por los comparecientes. En consecuencia, el Notario no asume responsabilidad por errores e inexactitudes. Igualmente se advierte a los comparecientes que cualquier error en la presente escritura pública solo podrá salvarse, mediante el otorgamiento de otro instrumento público de aclaración, firmado por los mismos intervinientes (Art. 102 Dcto 960/70).

LEÍDO: El presente instrumento; los otorgantes estuvieron de acuerdo con él, lo aceptaron en la forma como está redactado y en testimonio de que le dan su aprobación y asentimiento, lo firman.

CONSTANCIA NOTARIAL: El Notario responde de la regularidad formal del instrumento que autoriza. De conformidad con la ley el notario no responde de la veracidad de las declaraciones de los otorgantes ni de la capacidad o aptitud legal de estos para celebrar el acto o contrato respectivo. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 del Decreto ley 960 de 1.970.

El presente instrumento quedó elaborado en la hoja de papel notarial números: Aa020313657 Y Aa020313658.

DERECHOS NOTARIALES:

RESOLUCION 641/2015:	\$98.000.00
IVA (ARTÍCULO 4° DECRETO 397 DE 1.984):	\$26.912.00
SUPERINTENDENCIA:	\$4.850.00
FONDO ESPECIAL PARA EL NOTARIADO:	\$4.850.00



Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

CONTINUACION DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO: **0573** CERO  
QUINIENTOS SETENTA Y TRES.

DE FECHA: ABRIL SIETE (07) DEL AÑO DOS MIL QUINCE (2.015).

OTORGADA EN LA: NOTARIA TERCERA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

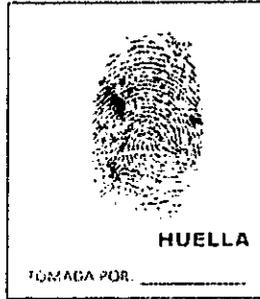
LA PODERDANTE:

EDUARDO HOFMANN PINILLA

C.C. No. *4.142 de Topy*

Ocupación: *Embudo Polico*

Secretario General de POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.



LA APODERADA:

ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ

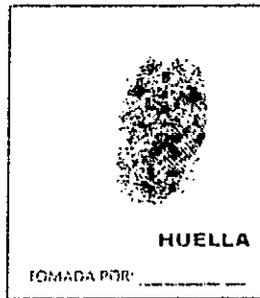
C.C. No. *3-1-395498*

Teléfono: *502200 ext 11004*

Dirección: *Autop Norte #94-72*

Ocupación: *Abogado*

Estado Civil *Unión libre.*



MANUEL J. CAROPRESE MENDEZ

Notario Tercero Del Circulo De Bogota D.C.

**EP. 0573/15**

Revisó:

Labore: Sandra C. T. 0299 - 2015 PODER GENERAL DE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. A ADRIANA YESENIA MEJIA HERNANDEZ.

**VEINTIUNO CIVIL MUNICIPAL**

Carrera 10 no. 14 - 33 piso 8°

TEL: 2 83 21 21



OFICIO No. 2594

BOGOTA, D.C. Agosto 14 de 2015

SEÑORES  
ARL POSITIVA  
BOGOTA, D.C.

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig: JUZGADO VEINTIUNO CIVIL M  
Dest: GRUPO TUTELAS  
Dcto: TUTELAS  
Fecha: 18/08/2015 01:12 PM  
Rad: ENT-132544 TUTELA: 29926  
Fol: 9 Anx: 0

TUTELA No. 2015 - 1292 DE JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS VS. PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS.-

0006543227 -  
1909132  
131615903

Comedidamente me permito comunicarle que este Despacho mediante sentencia de fecha Agosto 13 de 2015, dictado dentro del proceso de la referencia, RESOLVIÓ:

1.- CONCEDER la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos a la salud, seguridad social y trabajo del señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS.-

2.- ORDENAR a la sociedad PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS., que en el término perentorio de 48 horas contadas a partir de la notificación del presente fallo si aún no lo ha hecho, reintegre nuevamente al accionante JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS al empleo en el que se desempeñaba al momento de su despido o a un cargo en el que desarrolle funciones acordes con sus condiciones de salud, de igual manera se le cancelen los salarios y prestaciones sociales causados y no pagados desde el momento en que fue despedido de sus labores hasta que se haga efectivo el reintegro, adicionalmente en desarrollo de esta relación laboral el empleador deberá efectuar las cotizaciones al sistema de seguridad social por todo concepto.-

3.- Notificar a las partes y a costa del interesado expídase copia del presente fallo de tutela.

4.- Disponer que en caso de no ser recurrido el presente fallo, se envíe el expediente para su eventual revisión ante la Corte Constitucional de conformidad con el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991.

Atentamente,

BLADIMIRO REYES PEDRAZA  
Secretario



**JUZGADO VEINTIUNO CIVIL MUNICIPAL**  
**Bogotá D.C., Trece (13) de Agosto de dos mil Quince**

**Referencia: Tutela No. 2015-01292**  
**Accionante: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**  
**Accionado: PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S.**  
**Asunto: Sentencia**

Se resuelve mediante esta decisión la acción de tutela de la referencia, previos los siguientes,

**I. ANTECEDENTES.**

El señor JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS actuando en nombre propio, formuló acción de tutela contra PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S., con fundamento en los siguientes hechos:

1. Afirma que ingreso a trabajar el 1º de junio de 2000 con el contratista Sr JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA.
2. En el año 2003 el sr REYES VALDERRAMA creo la sociedad PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S., empresa por la cual lo vinculo mediante contrato verbal.
3. Como contraprestación de los servicios devengaba mensualmente un promedio de \$1.600.000.00, desempeñando el cargo de pintor y otras labores asignadas
4. El día 11 de junio de 2015, el empleador lo despidió sin justa causa.
5. Respecto a su debilidad manifiesta, argumenta que desde hace varios años empezó con molestias en la columna por lo que le diagnosticaron Lumbalgia Mecánica Crónica secundaria a Hernia Discal.
6. El día 9 de julio de 2012, la ARL POSITIVA lo califico según sus patologías con un 18.10% de pérdida de capacidad laboral.

7. La ARL POSITIVA a la fecha no le ha cancelado la indemnización, aduciendo que esa suma la debe cancelar la nueva ARL SURA a la cual el empleador lo afilío posteriormente.

8. En virtud a sus dolencias e incapacidades tiene restricciones laborales lo que ha sido motivo de inconformidad para el empleador así como las incapacidades que se han generado.

9. El empleador tenía conocimiento del estado de salud del accionante ya que siempre estuvo informado del avance de la enfermedad y del tiempo que estuvo en estado de incapacidad

10. el empleador no le ha cancelado prestaciones sociales, complicando más aun la subsistencia del hoy accionante.

11. Tiene pendiente las terapias de la columna a fin de efectuar la rehabilitación de las patologías que padece.

12. El empleador no solicito la debida autorización al Ministerio de Trabajo para su despido

## **II. DERECHOS PRESUNTAMENTE VIOLADOS**

Aduce que la actuación de la accionada vulnera su derecho a la a la vida, la salud a la seguridad social y la Estabilidad Laboral Reforzada.

## **III. ACTUACION PROCESAL**

3.1. Una vez asumido el conocimiento de la presente acción, mediante auto de fecha tres (03) de Agosto de dos mil quince (2015), se dispuso oficiar a la accionada para que se manifestara sobre todos y cada uno de los hechos que dieron origen a la presente acción de manera detallada y pormenorizada. Así mismo, se ofició al MINISTERIO DE TRABAJO ARL POSITIVA Y ARL SURA.

3.2. Dentro de la oportunidad concedida, la sociedad PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S., guardo silencio

3.3. La ARL SURA manifestó que el accionante se encontraba afiliado durante el periodo comprendido entre el seis de marzo al 10 de junio de 2015, y para el día 23 de junio de 2015 se reportó enfermedad laboral de trastorno de discos intervertebrales no especificada, argumentando que no han vulnerado ningún derecho fundamental del accionante por lo que

solicitan se declare la improcedencia de esta acción constitucional en favor de ARL SURA.

3.4 Por su parte, el MINISTERIO DE TRABAJO manifestó que a la fecha no se ha presentado solicitud alguna para autorizar el despido del aquí accionante, solicitando a su vez exonerar al Ministerio de Trabajo de cualquier responsabilidad.

#### IV. PARA RESOLVER SE CONSIDERA

4.1. La Constitución Política de 1991 en su artículo 86, establece la acción de tutela como un mecanismo constitucional de carácter excepcional para la protección de derechos fundamentales; prevé el citado que *"Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública..."*

4.2. Por mandato de la Constitución Política Art. 86, la acción de tutela frente a particulares encuentra restringida su procedencia a la ocurrencia de una cualquiera de las siguientes circunstancias: (1) que los particulares estén encargados de la prestación de un servicio público; (2) que con su conducta se afecte grave y directamente el interés colectivo; y (3) que respecto de ellos, el solicitante se encuentre en estado de subordinación o indefensión.

Así las cosas, se tiene que aunque la presente acción de tutela es instaurada contra un particular, que no está encargada de la prestación de un servicio público, ni afecta con su conducta de forma grave y directamente el interés colectivo, no obstante lo anterior, puede decirse con base en lo estimado por la jurisprudencia que el estado del accionante lo pone en condición de indefensión frente a la accionada, circunstancia que hace procedente la acción de tutela para la protección de los derechos fundamentales que efectivamente se encuentren conculcados.

Bajo ese enfoque, la jurisprudencia constitucional ha indicado que las diferencias significativas que existían entre lo público y lo privado han ido disminuyendo, de tal forma que, actualmente, se acepta que la vulneración de derechos fundamentales no solo puede provenir de una autoridad estatal, sino también de los particulares, concretamente cuando actúan

como autoridades públicas, es decir, cuando se desempeñan en actividades que los ubiquen en una posición de superioridad frente a los demás asociados, lo que significa que las relaciones entre los sujetos, no siempre se desarrollan en condiciones de igualdad.<sup>1</sup>

4.3. Para resolver el problema jurídico planteado debe tenerse en cuenta que en primer lugar que la sociedad accionada guardo silencio sobre el escrito de tutela el cual fue recibido tal y como consta a folio 30 del encuadernamiento.

4.4. El artículo 13 de la Constitución Política reconoce que todas las personas son iguales ante la ley, y que le corresponde al Estado propiciar las condiciones para lograr que tal mandato sea real y efectivo. Igualmente, el mismo precepto dispone que las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en un estado de debilidad manifiesta, tienen una especial protección constitucional del Estado.

De la interpretación del precepto citado, la Corte Constitucional ha concluido que *"el principio de igualdad deja de ser un concepto jurídico de aplicación formal, para convertirse en un criterio dinámico, que debe interpretarse de conformidad con las circunstancias particulares que rodean a cada persona, pretendiendo con ello el logro de una igualdad material y no formal"*.<sup>2,3</sup>

En concordancia con lo anterior, el artículo 47 Constitucional establece que es obligación del Estado formular una política de previsión, rehabilitación e integración social, para quienes padecen una disminución física, sensorial o psíquica, en orden a garantizarles la prestación de una atención especializada.

En el mismo sentido, el artículo 53 de la Constitución Política dispone que es un principio orientador de las relaciones laborales la estabilidad del empleo y la garantía de la seguridad social. A su vez, el artículo 54 Superior, prevé que le corresponde al Estado y a los empleadores, *"ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud."*

**4.5. La H. Corte Constitucional, al interpretar las normas constitucionales a**

<sup>1</sup> Ver Sentencia T-1302 de diciembre 9 de 2005, M. P. Jaime Córdoba Triviño  
<sup>2</sup> Ver Sentencia T-871 de julio 21 de 2005, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.  
<sup>3</sup> Ver Sentencia T-077 de enero 31 de 2008, M. P. Rodrigo Escobar Gil.

las que se ha hecho referencia, ha estimado que son titulares del derecho fundamental a la estabilidad laboral reforzada, las personas que en el ámbito de las relaciones laborales estén en circunstancias de debilidad manifiesta o indefensión, por causa de su condición económica, física o mental. Sobre este particular ha señalado que:

*"en el marco de las relaciones de trabajo, la protección especial a quienes por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta o indefensión, implica la titularidad del derecho fundamental a la estabilidad laboral reforzada"*<sup>4</sup>

La jurisprudencia constitucional ha indicado que esta garantía, a su vez, implica (i) el derecho a conservar el empleo; (ii) a no ser despedido en razón de la situación de vulnerabilidad; (iii) a permanecer en el empleo hasta que se requiera y siempre que no se configure una causal objetiva que conlleve la desvinculación del mismo y; (iv) a que la autoridad laboral competente autorice el despido, con la previa verificación de la estructuración de la causal objetiva, no relacionada con la situación de vulnerabilidad del trabajador, que se aduce para dar por terminado el contrato laboral, so pena que, de no establecerse, el despido sea declarado ineficaz.<sup>5</sup>

4.6. La línea interpretativa esbozada, ha avanzado hasta considerar que la estabilidad laboral reforzada, a la que se viene haciendo referencia, se extiende no solo a quienes presentan discapacidades, sino, además, a aquellos trabajadores que sin presentar tal condición, se encuentren en situación de debilidad manifiesta, originada en una afectación significativa de su salud, que les cause limitaciones de cualquier índole.<sup>6</sup>

Sobre el punto específico, La H. Corte Constitucional ha señalado que los *"sujetos de protección especial a los que se refiere el artículo 13 de la Constitución, que por su condición física estén en situación de debilidad manifiesta, no son sólo los discapacitados calificados como tales conforme a las normas legales"*<sup>7</sup>. Tal categoría se extiende a todas aquellas personas que, por condiciones físicas de diversa índole, o por la concurrencia de condiciones físicas, mentales y/o económicas, se encuentren en una situación de debilidad manifiesta. Así mismo, el alcance y los mecanismos legales de protección puede ser diferentes a los que se brindan a través de

<sup>4</sup> Sentencia T-337 de mayo 14 de 2009, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.  
<sup>5</sup> Sentencias T-337 de mayo 14 de 2009, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva, T-791 del 3 de noviembre de 2009, M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.  
<sup>6</sup> Sentencia T-1040 de septiembre 27 de 2001, M. P. Rodrigo Escobar Gil  
<sup>7</sup> El artículo 5 de la Ley 361 de 1997 establece que para hacerse acreedores a la protección legal especial que consagra, es necesaria la previa calificación médica que acredite la discapacidad.

la aplicación inmediata de la Constitución.”<sup>8</sup> Por esa razón, “En materia laboral, la protección especial de quienes por su condición física están en circunstancia de debilidad manifiesta se extiende también a las personas respecto de las cuales esté probado que su situación de salud les impide o dificulta sustancialmente el desempeño de sus labores en las condiciones regulares, sin necesidad de que exista una calificación previa que acredite su condición de discapacitados.”<sup>9</sup>

Al respecto, la Corte Constitucional indicó lo referente a la configuración de un perjuicio irremediable, al afirmar que “es importante reiterar que en múltiples oportunidades esta Corporación, ha indicado que el único perjuicio que habilita la procedencia transitoria de la acción de tutela es aquel que cumple las siguientes condiciones: (1) Se produce de manera cierta y evidente sobre un derecho fundamental; (2) de ocurrir no existiría forma de reparar el daño producido; (3) su ocurrencia es inminente; (4) resulta urgente la medida de protección para que el sujeto supere la condición de amenaza en la que se encuentra; y, (5) la gravedad de los hechos, es de tal magnitud que hace evidente la impostergabilidad de la tutela como mecanismo necesario para la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales”.<sup>10</sup>

4.7. Ahora bien, la H. Corte Constitucional hizo referencia en la sentencia C 071/10 mediante la cual Declaró exequible el numeral 5° del artículo 50 de la Ley 1116 de 2006, que: “Solo de manera excepcional, la Corte ha admitido un grado superior de estabilidad laboral en aquellos eventos en que el trabajador es un sujeto de especial protección constitucional. Esto se explica puesto que, para ellos, la finalización del contrato laboral implica una afectación de sus derechos fundamentales de tal magnitud, que no puede resarcirse ni siquiera con la indemnización a la que puede haber lugar. En este ámbito son sujetos de estabilidad laboral “reforzada”, entre otros, las mujeres embarazadas, los trabajadores aforados, y los discapacitados.”

Entonces como se indicó en precedencia que la estabilidad laboral reforzada, se extiende no solo a quienes presentan discapacidades, sino, además, a aquellos trabajadores que sin presentar tal condición, se encuentren en situación de debilidad manifiesta, originada en una afectación significativa de su salud.

<sup>8</sup> Ibidem

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup>T1071/03 M.P. Jaime Córdoba Triviño.

En efecto, un suceso que pone a una persona en una situación de debilidad manifiesta es el que le ocurre a un trabajador cuando en cumplimiento de sus obligaciones sufre un accidente de trabajo o padece alguna enfermedad que no la deje desarrollar sus actividades laborales a plena satisfacción, pues por sus afecciones físicas se coloca en una condición especial, la cual el Estado privilegia al encajar en una situación de debilidad manifiesta respecto de su empleador.

En tal sentido, es claro que las enfermedades que ha padecido el accionante son de origen laboral, según lo informa la ARL POSITIVA al referir que el accionante registra un accidente de fecha 4 de febrero de 2010, calificando los diagnósticos PROFESIONAL NO M545 LUMBALGIA MECANICA CRONICA y PROFESIONAL NO M541 HERNIA DISCAL L4 L5, obteniéndose como porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 18.10%.

Quiere decir lo anterior, que efectivamente al momento de la cancelación del contrato de trabajo, el actor se encontraba en estado de debilidad manifiesta debido a sus patologías, lo cual como trabajador lo hacía un sujeto de especial protección constitucional, imposibilitando la terminación de su contrato laboral.

Nótese como de esa manera, el mínimo vital del accionante y de su núcleo familiar se ve seriamente lesionado, teniendo en cuenta que al ser despedido sin justa causa, el mismo dejará de percibir su salario y demás prestaciones que les permiten subsistir, igualmente, queda desprotegido para continuar el tratamiento médico en razón de las patologías padecidas.

La Corte Constitucional ha dicho en reiteradas oportunidades que la acción de tutela no procede para obtener el reintegro laboral. No obstante, la Constitución Política de Colombia protege de manera especial a un grupo de personas que por sus condiciones específicas se denominan sujetos de especial protección y por ello gozan de ciertas prerrogativas en materia laboral. Es decir, cuentan con una estabilidad laboral reforzada; tal es el caso de las mujeres en estado de embarazo, los trabajadores aforados y las personas con limitaciones, entre otros, cuyo despido debe autorizarse previamente por el Ministerio de la Protección Social o una autoridad judicial.

En efecto, un suceso que pone a una persona en una situación de debilidad manifiesta es el que le ocurre a un trabajador cuando en cumplimiento de

sus obligaciones sufre un accidente de trabajo o padece alguna enfermedad que no la deje desarrollar sus actividades laborales a plena satisfacción, pues por sus afecciones físicas se coloca en una condición especial, la cual el Estado privilegia al encajar en una situación de debilidad manifiesta respecto de su empleador.

En ese orden de ideas, considera esta sede constitucional que la acción de tutela es procedente, pues la terminación del contrato de trabajo sin justa causa constituye una discriminación a un sujeto de especial protección al estar en una situación de debilidad manifiesta en razón de su estado de salud y por tanto gozar de una estabilidad laboral reforzada.

Adicionalmente, la Corte ha señalado que todo contrato que reúna las características de un contrato de trabajo debe incluir los derechos de los trabajadores, con independencia del nombre que formalmente se le asigne a la relación contractual. En esa medida se debe aplicar a todas las relaciones laborales, las normas generales dirigidas a garantizar los derechos del trabajador.<sup>11</sup>

Por lo tanto, la sociedad PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. vulneró los derechos fundamentales a la vida, la salud, la seguridad social, el mínimo vital y la estabilidad laboral reforzada, por desvincular al actor, sin tener en cuenta las enfermedades padecidas antes de la terminación del contrato laboral.

Como consecuencia, se concederá la protección a los derechos fundamentales a la vida, la salud, la seguridad social, el mínimo vital y la estabilidad laboral reforzada del señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS.

Consecuente con lo anterior, se ordenará a la sociedad PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S., que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, se reintegre nuevamente al accionante JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS, al empleo en el que se desempeñaba al momento de su despido o a un cargo en el que desarrolle funciones acordes con sus condiciones de salud, de igual manera se le cancelen los salarios y prestaciones sociales causados y no pagados desde el momento en que fue despedido de sus labores hasta que se haga efectivo el reintegro, adicionalmente en desarrollo de

<sup>11</sup> Sentencia T-1219 de 2005 M.P. Jaime Córdoba Triviño

esta relación laboral el empleador deberá efectuar las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social por todo concepto.

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO VEINTIUNO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

**V. RESUELVE:**

**PRIMERO. CONCEDER** la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos a la salud, seguridad social y trabajo del señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS.

**SEGUNDO. ORDENAR** a la sociedad PINTURAS Y ACABADOS REYES S.A.S. que dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, se reintegre nuevamente al accionante JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS al empleo en el que se desempeñaba al momento de su despido o a un cargo en el que desarrolle funciones acordes con sus condiciones de salud, de igual manera se le cancelen los salarios y prestaciones sociales causados y no pagados desde el momento en que fue despedido de sus labores hasta que se haga efectivo el reintegro, adicionalmente en desarrollo de esta relación laboral el empleador deberá efectuar las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social por todo concepto.

**TERCERO. NOTIFICAR** esta decisión a los interesados, por el medio más expedito. (art. 30 Decreto 2591 de 1.991)

**CUARTO.** En caso de no ser impugnada, por secretaría, remítase esta providencia a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, al tenor de lo dispuesto en el Inc. 2 del Art. 31 del Decreto 2591/91.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**GLORIA ESPERANZA OSORIO GUZMAN**  
Juez

REPUBLICA DE COLOMBIA



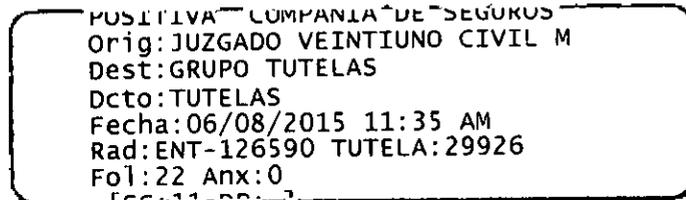
RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO  
JUZGADO VEINTIUNO CIVIL MUNICIPAL

Carrera 10 no. 14 - 33 piso 8  
TEL: 283 21 21



OFICIO No. 2420  
Bogotá, D.C., Agosto 4 de 2015

SEÑORES  
ARL POSITIVA  
Ciudad.-



REF: TUTELA No. 2015 – 1292 DE JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS VS. PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS.-

Comendidamente me permito comunicarle que este Despacho mediante auto de fecha Agosto 3 de 2015, dictado dentro del proceso de la referencia, informándole que se **ADMITE** la solicitud de tutela de la referencia y ordenó oficiar, para que dentro del término de DOS (2) DIAS, contado a partir del recibo de la presente comunicación respectiva, se pronuncie sobre los hechos expuestos en el escrito de tutela y aduzcan los documentos que pretenda hacer valer.

Adviértasele que la falta de respuesta hará presumir ciertos los hechos en que se funda la acción, en los términos del artículo 20 del Decreto 2591 de 1991.

Se remite copia del escrito de tutela.

Atentamente,

BLADIMIRO REYES REDRAZA  
Secretario



ud 006543227

1909132

F31615G03 :

Señor: \*  
**JUÉZ CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C. (REPARTO)**  
E. S. D.

**REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA**  
**ACCIONANTE: JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**  
**ACCIONADA: PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**

**JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio y en mi calidad de **ACCIONANTE**, por medio del presente escrito, acudo ante su Honorable Despacho a efectos de presentar **ACCIÓN DE TUTELA** contra **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, Nit. **900.642.458** y solidariamente contra su dueño el Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** identificado con cédula No. 79.117.587, por considerar vulnerados mis derechos a la **ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA**, seguridad social, a la igualdad, al mínimo vital y a la protección y asistencia a las personas en condición de debilidad manifiesta, consagrado en la Constitución Política de Colombia, los cuales están siendo desconocidos por la Accionada, de acuerdo con los siguientes:

## I. HECHOS

### A. RESPECTO A LA RELACIÓN CONTRACTUAL

1. Ingrese a laborar el 1 de Junio de 2000 con el contratista el Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**, identificado con cédula No. 79.117.587.
2. En el año 2003 el Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**, creo la sociedad **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, empresa por a la que no vinculó, mediante contrato de trabajo verbal.
3. Como contraprestación de los servicios devengaba catorcenalmente \$800.000 para un promedio mensual de \$1.600.000.
4. Desempeñe el cargo de Pintor y realizaba otras labores asignadas.
5. El día 11 de Junio de 2015 mi empleador me despidió verbalmente.

### B. RESPECTO AL ESTADO DE DEBILIDAD MANIFIESTA

6. Desde hace varios años empecé con molestias en la columna, por lo que me diagnosticaron Lumbalgia Mecánica crónica secundaria a Hernia Discal L4, L5, L5 S1.
7. El día 9 de Julio de 2012, al ARL POSITIVA emitió calificación de mis patologías, con una pérdida de capacidad laboral del 18.10% como de origen profesional.
8. La ARL POSITIVA a la fecha no me ha cancelado la indemnización aduciendo que esa suma la debe cancelar la nueva ARL (SURA) a la cual mi empleador me afilió posteriormente.
9. En virtud a la disminución y restricciones que con ocasión a mis patologías (Lumbalgia Mecánica crónica secundaria a Hernia Discal L4, L5, L5 S1), tengo restricciones laborales, lo que ha sido motivo de inconformidad por mi empleador así como por las incapacidades que se generaron en el tratamiento de mis patologías.
10. Mi empleador me despidió verbalmente y de manera injusta el 11 de Junio de 2015, si tener en cuenta que tenía una protección especial.
11. Mi empleador tenía conocimiento de mi estado de salud, ya que siempre estuvo informado del avance de mi enfermedad y del tiempo e que estuve en estado de incapacidad, por cuanto las mismas le eran entregadas para sustentar las ausencias.

### C. RESPECTO AL ÁMBITO SOCIOECONÓMICO

12. Como consecuencia de la novedad de retiro efectuada por mi empleador, no tengo acceso a los servicios de la EPS, y mucho menos mis hijos menores de edad no mi esposa.
13. En la fecha aún me encuentro pendiente de las terapias a fin de efectuar mi rehabilitación por las patologías presentadas por la enfermedad laboral.
14. Con la edad que tengo y con mis patologías de la columna me es difícil conseguir otro empleo, aunado a que ya a mi edad (46 años) me consideran viejo para trabajar.
15. Mi empleador de igual manera no me ha cancelado no me ha cancelado prestaciones sociales, por lo que ha afectado mi congrua subsistencia, teniendo que acudir a préstamos y caridad de la mi familia para poder subsistir, puesto que con mi estado de salud es imposible obtener un empleo y con mi edad tampoco.
16. Es claro que fui desvinculado a razón de mi enfermedad y estando en estado de discapacidad y de debilidad manifiesta.
17. Mi empleador no solicitó al Ministerio de Trabajo permiso para despedirme.
18. Mi empleador no tuvo contemplación alguna, a sabiendas de que estaba en estado de calificación, dio por terminado mi contrato de trabajo de manera unilateral, sin tener en cuenta que ahora más que nunca requería conservar mi trabajo a fin de obtener un ingreso mínimo y vital para mi recuperación y sostenimiento, pues ni siquiera la indemnización de la ARL me la han pagado.
19. Actualmente tengo quebrantos de salud, por lo cual requiero de un ingreso para las atenciones médicas y asistencia a las fisioterapias.
20. Tengo 3 hijos menores de edad por los cuales debo responder y una esposa que no cuenta con un trabajo estable, ni con ingresos permanentes, por lo tanto le ha tocado salir al rebusque para tratar de ayudarme.
21. Mi situación económica es precaria, es tan precaria además porque no puedo en mi estado acceder a otras oportunidades laborales ya que por mi estado de salud es imposible buscar otro empleo por cuanto en el examen de ingreso soy rechazado.
22. Me siento desprotegido totalmente, recibí un trato discriminatorio e insolidario por mi empleador y en vez de apoyo en un momento tan difícil para mí, decide despedirme sin contemplación alguna, sin salarios ni prestaciones para sobrellevar mi estado de salud en condiciones dignas.
23. No dispongo de otro mecanismo igualmente idóneo, eficaz y efectivo como lo es la tutela, para procurar la defensa de los derechos fundamentales de manera oportuna y prioritaria, a fin de conservar un ingreso mínimo y vital para mi subsistencia y la de mi familia que depende económicamente de mí, he tenido que acudir a préstamos para mi sustento y el de mi familia.

### **II. PRETENSIONES**

1. Tutelar los derechos a la **ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA**, a la seguridad social, a la igualdad, al mínimo vital y a la protección y asistencia de las personas en estado de debilidad manifiesta, y al principio de solidaridad.
2. Ordenar a **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, y solidariamente al Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** a que dentro del término de 48 horas, contadas a partir de la notificación del fallo, proceda a **REINTEGRARME**, a un cargo de iguales o mejores condiciones que desempeñaba al momento de la finalización del vínculo laboral, teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por el médico.
3. Ordenar a **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, y solidariamente al Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** que dentro de los ocho (8) días siguientes a la notificación de la presente decisión, me cancele todos los salarios, y prestaciones sociales dejadas de percibir desde la fecha del despido hasta cuando se haga efectivo el reintegro.

4. Ordenar a **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, y solidariamente al Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** que dentro de los ocho (8) días siguientes a la notificación de la decisión cotice los aportes a la Sistema General de Seguridad Social (salud, pensiones y riesgos profesionales) desde el momento en que fui desvinculado de mis labores hasta cuando se haga efectivo el reintegro.
5. Ordenar a **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, y solidariamente al Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** que dentro del término de 48 horas, contadas a partir de la notificación del fallo, proceda a pagar la sanción equivalente a 180 días de salario como indemnización por despido, según el artículo 26 de la Ley 361 de 1997.

### III. DERECHOS VULNERADOS

De lo narrado se establece violación a los siguientes Derechos Fundamentales consagrados en la Constitución Política de Colombia, entre ellos especialmente: ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA, a la seguridad social, a la igualdad, al mínimo vital y a la protección y asistencia de las personas en estado de debilidad manifiesta.

### IV. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO

Fundo esta acción en lo preceptuado por el artículo 86 de la Constitución Política, los Decretos 2591 de 1991 y 306 de 1996 y demás normas concordantes.

#### Sentencia T-018/13

**"ESTABILIDAD LABORAL DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD-Subreglas jurisprudenciales relacionadas con el alcance de la protección constitucional**

*En el estado actual de la jurisprudencia, el juez constitucional debe verificar cuando esté en presencia de una posible vulneración del derecho a la estabilidad laboral de un disminuido físico o psicológico: "(i) Que el peticionario pueda considerarse una persona en situación de discapacidad, o en estado de debilidad manifiesta; (ii) que el empleador tenga conocimiento de tal situación; y (iii) que el despido se lleve a cabo sin permiso del Ministerio de la Protección Social [o la autoridad de trabajo correspondiente].*

**ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA DE TRABAJADOR DISCAPACITADO-Carece de todo efecto despido o terminación de contrato sin la autorización previa del Ministerio de Trabajo**

*Cuando se comprueba que el empleador (a) despidió a un trabajador que se encuentra en debilidad manifiesta o en estado de vulnerabilidad, que se manifiesta a través de factores que afectan su salud, bienestar físico, mental o fisiológico; (b) sin solicitar la autorización de la oficina del trabajo; (c) conociendo de la situación de discapacidad del empleado, y (d) no logró desvirtuar la presunción de despido discriminatorio. "*

#### Sentencia T-225/12

**"INCAPACIDAD LABORAL POR ENFERMEDAD GENERAL-Procedencia excepcional de la acción de tutela para obtener el pago por existir perjuicio irremediable**

*En suma si del análisis de los hechos descritos en la tutela, se llegara a determinar la presencia de los elementos configurativos del perjuicio irremediable, independientemente de que se cuenten con otros medios judiciales para obtener la defensa de los derechos pretendidos, el juez de tutela debe declarar la procedencia excepcional para evitar su consumación, así la cuestión debatida sea de naturaleza laboral y se vean involucradas cuestiones de carácter económico. De esta forma queda claro que el derecho a la seguridad social – dentro del cual se inscribe el derecho al pago de incapacidades laborales -, es un derecho fundamental y que, la acción de tutela puede ser usada para protegerlo, siempre y cuando se verifiquen, además, los requisitos de procedibilidad de este mecanismo procesal. "*

**" SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION CONSTITUCIONAL-Evaluación del perjuicio irremediable**

*La jurisprudencia constitucional, con el fin de comprobar la presencia de un perjuicio irremediable en el caso concreto, que en la mayoría de los casos consiste en la afectación del mínimo vital del peticionario y de su familia, ha utilizado criterios como (i) la edad del actor para ser considerado sujeto de especial protección por ser una persona de la tercera edad, (ii) el estado de salud de solicitante y su familia, y (iii) las condiciones económicas del peticionario. Adicionalmente, la Corte ha exigido que se haya desplegado cierta actividad procesal administrativa mínima por parte del interesado. Ahora bien es necesario aclarar que la existencia de un perjuicio irremediable debe ser analizada y comprendida de acuerdo a las particularidades del caso en concreto, por lo que la Corte ha señalado que los requisitos o condiciones para que se estructure tal perjuicio se hacen más flexibles cuando la acción es promovida por un sujeto de especial protección. "*

**ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA DE SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION FRENTE A CONTRATOS DE TRABAJO A TERMINO FIJO O POR OBRA LABOR-Exigencia de autorización de la oficina del trabajo**

*"La estabilidad laboral reforzada ha sido un tema de relevancia constitucional y su fin es asegurar que el trabajador en estado de debilidad manifiesta no esté expuesto en forma permanente a perder su trabajo poniendo en riesgo su propio sustento y el de su familia, por ello el término pactado para la duración de la labor contratada pierde toda su relevancia cuando es utilizado como causa legítima por el empleador para ocultar su posición dominante y arbitraria en la relación laboral ejerciendo actos discriminatorios contra personas particularmente vulnerables y en condiciones de debilidad manifiesta. Tal deber constitucional limita o restringe la autonomía empresarial y privada imponiendo cargas solidarias de garantizar la permanencia no indefinida pero si acorde con la situación de debilidad sufrida por el trabajador. En efecto, si bien en el ejercicio de la voluntad de las partes y el desarrollo de la actividad empresarial los patronos pueden optar por la modalidad contractual de limitar por tiempo definido sus contratos y someterlos al cumplimiento de la labor u obra, esta facultad se ve delimitada por normas constitucionales que tutelan el derecho constitucional a la estabilidad laboral reforzada, para aquellos grupos de especiales condiciones. Con todo, esta estabilidad no supone que el trabajador sea inamovible, pues una vez se presenten causales objetivas (situaciones de indisciplina, ineficiencia y bajo rendimiento) que autorizan a la terminación unilateral del contrato de trabajo, deben ser observadas las reglas propias del debido proceso que son exigibles a los particulares, garantizándose concretamente el derecho a la defensa, que exige del empleador informar los motivos que originaron el despido y reconoce al trabajador la posibilidad de controvertir las razones aludidas. Pero en todo caso si el trabajador se encuentra en una situación de protección especial debe mediar autorización de la autoridad del trabajo so pena de la ineficacia de tal despido."*

**PRINCIPIO DE ESTABILIDAD EN EL EMPLEO-Grados de estabilidad como absoluta, impropia o precaria**

*" La estabilidad laboral entraña una doble acepción como principio y derecho al mismo tiempo. Desde su perspectiva deóntica, supone que el trabajo esté dotado de una vocación de permanencia o continuidad mientras no varíe el objeto de la relación, sobrevenga una circunstancia que haga nugatorias las obligaciones reconocidas a los sujetos de la relación o aparezca una justa causa de despido. En este punto, la Corte ha admitido la existencia de ciertos grados de estabilidad en el empleo, entre otras: i) la absoluta, ii) la impropia y iii) la precaria. La primera está dada por la seguridad plena de conservar intacto el vínculo laboral; la segunda permite el pago de una indemnización a cambio de la efectividad del despido o desvinculación; y la última se presenta en el contexto de las relaciones donde el patrono goza de un amplio grado de discrecionalidad, como ocurre en los cargos de libre nombramiento y remoción."*

**DERECHO A LA ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA DE TRABAJADOR DISCAPACITADO-El empleador debe probar que la razón del despido no tiene ninguna conexión con la situación de debilidad manifiesta en que se encuentra el trabajador**

*"El despido que recae sobre un trabajador en tales condiciones de vulnerabilidad a razón del estado de gravedad, fuere sindical o de aquellos que sufren limitaciones o pérdidas de la capacidad laboral, hace recaer sobre el empleador una presunción de despido sin justa causa que revierte la carga de la prueba y obliga al empleador a demostrar la existencia de argumentos objetivos y razonables que evidencien la*

conexidad entre la condición del sujeto y la terminación del contrato de trabajo. La jurisprudencia constitucional ha presumido que cuando un empleador despida sin justa causa y sin permiso del Ministerio de la Protección Social a un trabajador en condiciones de debilidad manifiesta, el motivo del despido fue tal situación. Dicha presunción revierte la carga de la prueba y obliga al empleador a justificar la causa de la desvinculación en una razón objetiva diferente al vencimiento del plazo y la situación de debilidad. "

## **DERECHO A LA ESTABILIDAD LABORAL REFORZADA DE TRABAJADOR EN CONDICIONES DE DEBILIDAD MANIFIESTA O INDEFENSION Y DERECHO A LA REUBICACION LABORAL-**

Reiteración de jurisprudencia

*"El propósito de lograr la reubicación del trabajador afectado de su salud por el desempeño de sus funciones no es más que lograr una justicia retributiva, partiendo del hecho que sobre éste recayó el riesgo por el desempeño de la labor, siendo en últimas el patrono beneficiario de la actividad económica lucrativa. Claro está que este deber de solidaridad del empleador se puede ver afectado en la medida que no tenga la capacidad de hacerlo, le sea imposible o le afecte el desarrollo normal de la actividad, situación que también debe ser demostrada. En efecto, la protección constitucional frente a esta clase de personas no implica per se el ejercicio de derechos absolutos o a perpetuidad, ya que no existe el derecho fundamental a la conservación del trabajo. La especial protección constitucional de las personas en estado de debilidad manifiesta, exige del juez de tutela el análisis de cada uno de los requisitos y presupuestos al momento de determinar si procede o no el reintegro."*

### **La Corte Constitucional, en Sentencia T-263/12, adujo:**

" De lo anterior se concluye que el peticionario no podía ser desvinculado del trabajo que venía desempeñando, de manera unilateral por el empleador, sin previa autorización de la autoridad competente, según exigencia expresa del artículo 26 de la Ley 361 de 1997<sup>1</sup>, quien evidentemente conocía que éste había sufrido una colisión desarrollando su actividad laboral, razón por la cual se presume que esa desvinculación se produjo por causa de las enfermedades que presenta y la consecuente disminución en su capacidad laboral.

Así las cosas, la Sala considera que, si bien en principio el actor dispone de la acción laboral para reclamar sus derechos, por tratarse de una persona en situación de debilidad manifiesta, la jurisdicción ordinaria no resulta idónea ni eficaz, debido a su prolongada duración, razón por la cual la tutela es procedente de manera definitiva.

Como resultado de lo anterior, es necesario revocar la sentencia de segunda instancia y, en su lugar, amparar los derechos fundamentales a la estabilidad laboral reforzada y al mínimo vital del señor Diego Miguel Peña Martínez, ordenando su reintegro a un cargo de igual o superior jerarquía al que venía desempeñando cuando fue desvinculado, sin solución de continuidad, y que sea compatible con sus condiciones actuales de salud, así como el pago de los salarios y prestaciones sociales que legalmente le correspondan desde cuando se produjo la desvinculación hasta el reintegro y el pago de la sanción equivalente a 180 días de salario como indemnización por despido, según el artículo 26 de la Ley 361 de 1997. "

---

**ARTÍCULO 26. NO DISCRIMINACIÓN A PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.** (Artículo modificado por el artículo 137 del Decreto 19 de 2012). En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización del Ministerio del Trabajo.//Sin perjuicio de lo establecido en el inciso anterior, no se requerirá de autorización por parte del Ministerio del Trabajo cuando el trabajador limitado incurra en alguna de las causales establecidas en la ley como justas causas para dar por terminado el contrato. Siempre se garantizará el derecho al debido proceso.//**No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso primero del presente artículo, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta (180) días del salario, sin perjuicio de las demás prestaciones e indemnizaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el Código Sustantivo**

**Sentencia T-456 de 21 de octubre de 1.994. Expediente No 38884. Magistrado Ponente Dr. ALEJANDRO MARTINEZCABALLERO. Corte Constitucional.**

*"La urgencia y la necesidad determinan que la acción de tutela sea impostergable ya que tiene que ser adecuada para establecer el orden social justo en toda su integridad. Si hay postergabilidad de la acción, esta corre el riesgo de ser ineficaz por inoportuna.*

*Se trata del sentido de precisión y exactitud de la medida, fundamento próximo de la eficacia de la actuación de las autoridades públicas en la conservación y restablecimiento de los derechos y garantías básicos para el equilibrio social.*

*De acuerdo con lo que se ha esbozado sobre el perjuicio irremediable, se deduce que hay ocasiones en que de continuar las circunstancias de hecho y en que se encuentra una persona, es inminente e inevitable la destrucción grave de un bien jurídicamente protegido de manera que urge la protección inmediata e impostergable por parte del Estado ya en forma directa o como mecanismo transitorio."*

#### V. COMPETENCIA

Es usted Señor Juez competente por la naturaleza del asunto y por tener jurisdicción en el lugar de la ocurrencia de los hechos vulnerados de mi derecho que motiva la presente acción (artículo 37 del D. 2591/90).

#### VI. JURAMENTO

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que no he instaurado acción de tutela alguna sobre los mismos derechos.

#### VII. PRUEBAS

Solicito Señor juez, tener como pruebas las siguientes:

1. Copia del dictamen emitido por la ARL POSITIVA.
2. Copia de las comunicaciones a mi empleador.
3. Copia de incapacidades.
4. Constancias de la EPS y fondo de Pensiones.

#### VIII. ANEXOS

Anexo lo enunciado en pruebas en \_\_\_\_\_ folios, una copia de la demanda para el Archivo del Juzgado y otra para el traslado a la accionada.

#### IX. NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la Carrera 12D No. 18A-15, Barrio la sagrada Familia de Bogotá D.C, Cel. 3142756113.

El accionado, **PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS**, en la Av. Rojas No. 79A-37 de Bogotá D.C, Tel. 3115103573, estrellaserna68@hotmail.com.

El accionado, el Sr. **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**, en la Av. Rojas No. 79A-37 de Bogotá D.C, Tel. 3115103573, estrellaserna68@hotmail.com.

Atentamente,



**JOSÉ ALIRIO CRUZ ARIAS**

**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD**  
**LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641 2010/04/07      Dictamen 47945 2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal FOGOTA D.C.      Telefono 0  
 Direccion ..

**3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO**

Primer Apellido CRUZ      Segundo Apellido ARIAS      Nombres JOSE ALIRIO  
 Tipo Documento CEDULA DE      Identificación 79208073      Género MASCULINO  
 Fecha Nacimiento 1969/11/28      Edad 43 Años  
 Estado Civil SOLTERO      Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

**4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

**4.1. DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL**

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA      CEDULA DE 80251127  
 Denominacion Cargo PINTOR      Ocupacion (Res 1830/99) 590  
 Codigo Actividad Dto. 2455202      Antig. en el Cargo 8      Antig. en la empresa 8  
 Descripción Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.  
 del Cargo      Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

**4.2 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AA MM DD)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES PINTOR VALDERRAMA		8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD,

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1 RELACION DE DOCUMENTOS**

Nombre Documento	Observaciones
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	MD laboral 16/12/2009 Dx hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pacte patología de columna con FR presente. Actualmente controlado
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	Ortopedia 09/06/2009 Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatología en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10 Kg
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bipeda. RNMK HD L4 L5 extruida.
EXAMENES PARACLINICOS	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
OTROS	Concepto origen EPS

**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD**  
**LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal BOGOTA D.C.  
 Dirección

Telefono 0

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1 RELACION DE DOCUMENTOS**

Nombre Documento	Observaciones
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	18/05/2010 Cargo. Pintor contartista. Estucar Cargar bultos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en dode este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 días estucando 1 apto. Sube en un día 8 bulto
ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Cargar bulto. flexión tronco 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Estucar planos bajos: Tronco flex 60 a 80, con inclinación izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 días en apto
ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bultos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

**5.2 DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION**

DIAGNOSTICO	ID DX
Lumbalgia mecánica crónica	M545
Hernia discal L4 L5	M541

**5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central	19/07/2009
EC y FMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha .	25/07/2009
Fisiatría	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: 14/04/2010 Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clínicos de mielopatía o Radiculopatía	
Fisiatría (Camilo Mendoza) LinkSo	Desde hace aprox. 10 años dolor lumbar mecánico. Hernia de disco por lo cual es llevado a cirugía en dos ocasiones (febrero y diciembre de 2010). Tiene EMG + NCS de ago/09 con diferencia de amplitud de ondas H y reportada como radiculopatía antigua S1 derecha. Mismo especialista hace sólo ondas H en oct/10, normales. Otra EMG + NCS de oct/10 por otro espeicalista reportada como normal. RNM de columna lumbosacra de feb/12 reportada como protrusión L5S1 no	26/06/2012
Cont.01		26/06/2012



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD**  
**LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente ARP POSITIVA      Solicitud 229641    2010/04/07    Dictamen 47945    2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Sucursal BOGOTA D.C.  
 Dirección .....

Telefono 0

**5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.12	Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas.	26/06/2012

**6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN**

Descripcion de Deficiencias	Nro.	Patologia	% Asignado	Capitulo	Numeral	Tabla
1	Discopatía lumbar L4L5 y L5S1		10.00	CAP. I	1.2.3.3	1.16
2	Limitación ROM columna lumbar		1.50	CAP. I	1.2.2.1	1.7, 1.9
SUMATORIA (A+(B*(50-A)/100)			10.60	Calificación máxima posible 50%		

II. Descripción de Discapacidades      0.0 No Discapacitado      0.2 Ejecución Ayudada  
 0.1 Dificultad en la ejecución      0.3 Ejecución Asistida, dependiente o incrementada

Nro.	Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.3
2.	Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
3.	Cuidado de la Persona	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0	0.3
4.	Locomoción	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.0
5.	Disposición del Cuerpo	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.7
	Destreza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1
7.	Situación	0.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0.2		0.6
Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Máxima Posible: 20%)											3.0	

III Descripción de Minusvalías

Nro. Nombre Minusvalía      Número de la Minusvalía      %

# VICEPRESIDENCIA TECNICA

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente: ARP POSITIVA      Solicitud: 229641      2010/04/07      Dictamen: 47945      2012/07/09

### 2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal: BOGOTA D.C.  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: 0

#### III Descripción de Minusvalias

Nro. Nombre Minusvalia	Número de la Minusvalia							%
1. Orientación	10 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>		0.00
2. Independencia Física	20 <input checked="" type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>		0.00
3. Desplazamiento	30 <input checked="" type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>		0.00
4. Ocupacional	40 <input type="checkbox"/>	41 <input checked="" type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>	46 <input type="checkbox"/>	2.50
5. Integración	50 <input checked="" type="checkbox"/>	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>	55 <input type="checkbox"/>		0.00
6. Autosuficiencia Económica	60 <input checked="" type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>	65 <input type="checkbox"/>		0.00
7. En Función de la Edad		71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input checked="" type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/>	76 <input type="checkbox"/>	2.00
Sumatoria Total Minusvalia (Calificación Máxima Posible: 30%)								4.50

#### 7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

i. % Deficiencia: 10.60      Requiere Ayuda de Terceros: NO      ESTADO DE LA PCL

ii. % Discapacidad: 3.00       Menor al 5%

iii. % Minusvalia: 4.50      Fecha Estructuración de la PCL:  Incap. Permanente Parcial

% Total: 18.10      Miercoles, 01 Febrero de 2012       INVALIDEZ

#### 8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Origen: PROFESIONAL      Evento: ENFERMEDAD      Fecha AT o Dx. EP: Jueves, 04 Febrero de 2010

Sustentación:

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1, patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocien con las patologías en estudio. CONCLUSION De acuerdo a la información disponible, cumple los





# Liquidación de Prestaciones Económicas

Bogotá D.C., 06-diciembre-2010

Señor(es):

REYES HERRERA OSCAR MANUEL

Dirección: KR 8 ESTE N 31A 07 APTO 201, Teléfono: 7124089

Bogotá D.C. Bogota D.C.

Respetados Señores:

Liquidada

NIT : 80251127

Número Autorización : **88671501** este numero se debe registrar en la planilla de autoliquidación, en la casilla 25 en el campo Autorización.

Cordialmente anexo la liquidación de la prestación económica otorgada a nuestro Afiliado(a) Cruz Arias Jose Alirio, identificado(a) con el número 79208073.

Esta prestación económica **deberá** ser descontada en la planilla de autoliquidación, donde se cancelen los aportes de salud del mes 1 del año 2011 en adelante, adjuntando este documento original.

### INFORMACIÓN GENERAL DE LA INCAPACIDAD -104010002481151

TIPO :	NUEVA	CÓDIGO DIAGNÓSTICO CIE 10:	M511
ORIGEN:	Enfermedad General	DÍAS OTORGADOS:	15
SALARIO BASE:	\$ 515000	DÍAS ACUMULADOS:	15
FECHA INICIO:	06-Diciembre-2010	DÍAS LIQUIDADOS:	12
FECHA FIN :	20-Diciembre-2010	VALOR TOTAL SIN APORTE:	\$ 205992
FECHA EXPEDICIÓN:	06-Diciembre-2010	VALOR APORTE (8.5 %):	\$ 0
ÁMBITO:	AMBULATORIO	VALOR TOTAL PRESTACIÓN:	\$ 205992

El valor total que podrá descontarse en el mes es: **\$205992**. Este VALOR deberá ser incluido en la Planilla de Autoliquidación, Casilla 25, en el campo VALOR

### INFORMACIÓN DEL PERIODO CAUSADO DE LA LIQUIDACIÓN N°88671501

DÍAS CAUSADOS MES:	12	VALOR SIN APORTES MES:	\$ 205992
VALOR APORTE (8.5%) :	\$ 0	VALOR CAUSADO MES:	\$ 205992

**PARA PERSONAS JURIDICAS:** Para el proceso de giro de saldos a favor del Empleador por concepto de licencias e incapacidades, nuestra EPS esta realizando abonos por transferencia de fondos. Si su empresa lo requiere, deberá informar a través de la carta de solicitud lo siguiente: Nombre de la Entidad Bancaria, Número de Cuenta Bancaria y Tipo de Cuenta donde desea sea abonado el saldo de la prestación económica, adjuntando una copia de extracto bancario de la cuenta o una certificación bancaria de la misma. De igual forma, deberá informar la dirección de *correo electrónico* donde remitir la confirmación del abono del giro a la cuenta bancaria reportada.

No olvide anexas a la carta de solicitud los siguientes soportes: camara de comercio no mayor a 30 días de expedición, fotocopia del RUT, fotocopia de la cédula del representante legal y copia de la última planilla donde realizo el descuento

Observaciones:

afirmemente:

JOSE WILSON CASAS GIRALDO

de Normandia

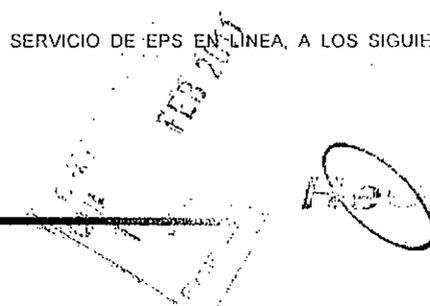
Firma Autorizada

SI TIENE ALGUNA INQUIETUD RESPECTO AL VALOR LIQUIDADADO, POR FAVOR COMUNÍQUESE A NUESTRO SERVICIO DE EPS EN LÍNEA, A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS: EN BOGOTÁ 6446100, EN EL RESTO DE PAIS 018000113337

Elaboró sistema sistema

Copia N° 5

Fecha : 01/02/2011 11:29:17 a.m.





Bogotá D.C. 16 de julio de 2014  
CCRCU-CB-CR-2516052-2014  
NURC-0

Señores  
**REYES VALDERRAMA MANUEL**  
NIT 79117887  
Attn: LUZ ESTELLA SERNA ARIAS  
CONSULTORA DE SISTEMAS DE GESTION CALIDAD Y TALENTO HUMANO  
Email: pinturasyacabadosreyes@hotmail.com; estellaserma68@hotmail.com  
Dirección: KR 8 ESTE 31 A 07 AP201  
Tel: 7124089  
Bogotá D.C. (Cundinamarca)

Cordial saludo,

En atención a su comunicación radicada en esta dependencia el día 09 de julio de 2014, me permito informar que una vez verificada la información por ustedes suministrada, se precisaron las siguientes conclusiones contenidas en el cuadro a continuación relacionado:

ITEM	DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	OBSERVACIONES
1	79117887	JUAN CARLOS REAZ	Se infiere que la relación laboral como trabajador DEPENDIENTE para este usuario a la fecha se encuentra ABIERTA y presenta mora para los períodos de cotización en salud 05/06/2014 con ablición de fecha 05/06/2013; último pago para el periodo 04/2014 en la planilla no 51534566 sin novedad de retiro. Decreto 605 del 30 Abril de 1994 Capítulo XI Artículo 79. <span style="float: right;">Lor</span>

Las novedades de retiro se deben reportar en la planilla de autoinformación de aportes, dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce dicha novedad. El empleador y/o aportante que no reporte la novedad de retiro durante el tiempo establecido responderá por el pago integral de la Cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS. (Decreto 606 del 30 Abril de 1994, Capítulo XI, Artículo 79).

**NOTA: LOS INTERESES DE MORA SERÁN LIQUIDADOS DIRECTAMENTE POR EL OPERADOR**

Cualquier información adicional por favor acercarse a nuestras oficinas ubicadas en Bogotá D.C Sede Sur Calle 18 No. 24 - 14 Barrio Restrepo ó en sede Norte Avenida Pepe Slayva Calle 116 No. 21-37 Barrio Santa Bárbara.

Para radicar carta con sus respectivos soportes favor dirigirse en Bogotá D.C. Km 45 A No. 93-96 Barrio la Castellana.

Esperamos haber dado trámite a su solicitud.

Cordial Saludo,

**OSCAR FERNANDO GOMEZ BAYONA**  
Director de Operaciones  
Regional Cundinamarca



04-04-2014 13:41:00  
MUNICIPIO DE REYES

REYES VALDEERRAMA JUAN MANUEL - REYES VALDEERRAMA JUAN MANUEL



Alarmas Tareas Asuntos Cerrar

### Consulta Obligación

Los saldos de las obligaciones con saldo "Deuda Vencida" reflejados en la presente consulta, no incluyen los intereses moratorios ni la actualización sanción a que hubiere lugar. Dichos saldos se liquidarán a la fecha en que usted genere el Recibo Oficial de Pago Impuestos Nacionales (R490), pulsando el botón "Liquidación".

Consolidado de obligaciones por tipo saldo

Saldo	Cantidad	Valor (\$)	Ver Detalle
DEUDA VENCIDA	1	1.000	
AL DIA	41	0	
CON EXCEDENTES	4	199.000,00	

*Juan Manuel Reyes*





Bogotá D.C., 09 de abril de 2014

Señor(a)

**JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**

Representante Legal

**JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**

CC 79117587

[Estellaserma68@hotmail.com](mailto:Estellaserma68@hotmail.com)

Ciudad

Referencia: Estado de Cuenta NIC 100681834

Respetados señores,

Reciba un cordial y atento saludo por parte de Compensar EPS. Dando respuesta a su comunicación en la que solicita certificación de Paz y Salvo para la empresa **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** con CC 79117587, cordialmente nos permitimos informarle que verificada nuestra base de datos se evidencia que actualmente a la fecha de cierre de marzo 30 de 2014 no presenta cotizaciones en mora al Plan Obligatorio de Salud POS.

De igual manera, le indicamos que para su mayor comodidad, contamos con los siguientes puntos de atención, en los cuales usted puede obtener la información para actualizar datos, tramitar afiliaciones, reclamar papelería y radicar documentos para la EPS:

- SEDE EMPRESARIAL: Avenida 68 No 49A - 47;
- SEDE SALITRE: Avenida Calle 26 No. 66 A - 48, Piso 3°;
- SEDE CALLE 42: Calle 42 No 13 - 19;
- SEDE FONTIBON: C.C. Portal de la Sabana, Avenida Calle 13 con Carrera 104,
- SEDE KENNEDY: Avenida 1 Mayo Transversal 73 No- 41 F - 28 Sur (Antigua), y
- SEDE 1ª DE MAYO: Avenida 1ª de Mayo No. 10 Bis - 22.

Recuerde que puede comunicarse a nuestra central telefónica en el número 4441234 o desde cualquier parte del país a la línea 01 8000 915202, en donde estamos a su disposición para solucionar sus requerimientos o inquietudes.

De acuerdo a la resolución 4343 de 2012 le informamos que la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de las EPS, han sido actualizadas. Lo invitamos a consultarlas en [www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx](http://www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx)

Cordialmente,

**YANET LUGO**

Relacionamiento con el Cliente

COMPENSAR E.P.S.

15 NIC 100681834 CC 79117587 CI PI

SI USTED ESTA EN DESACUERDO CON LA RESPUESTA DADA, PUEDE ELEVAR LA RESPECTIVA PETICIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SEGUN LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR ÚNICA 917 DE 2007

Bogotá D.C., 06 de Julio de 2015  
CCRCU-CB-CR-3142645-2015  
NURC-20150626ANXFRA29321

Señores

**JOSE ALIRIO CRUZ**

Nit 79208073

Atn: JOSE ALIRIO CRUZ

COTIZANTE

Email: NO REGISTRA

Dirección: CARRERA 12 D No 18a - 15 sur LA SABANA FAMILIA

Tel: 3142756113

Bogotá D.C. (Cundinamarca)

Cordial saludo:

En atención a su comunicación radicada en esta dependencia el día 26 de Junio de 2015, me permito informar que una vez verificada la información por ustedes suministrada, se precisaron las siguientes conclusiones contenidas en el cuadro a continuación relacionado.

ITEM	DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	OBSERVACIONES
1	79208073	JOSE ALIRIO CRUZ	Verificada la base de datos se informa que se encuentra afiliada a partir del 01/12/2003, con relación laboral cerrada a la fecha 10/06/2015, con la empresa PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS NIT.900642458.

Las novedades de retiro se deben reportar en la planilla de autoliquidación de aportes, dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce dicha novedad. El empleador y/o aportante que no reporte la novedad de retiro durante el tiempo establecido responderá por el pago integral de la Cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS. (Decreto 806 del 30 Abril de 1998. Capítulo XI. Artículo 79).

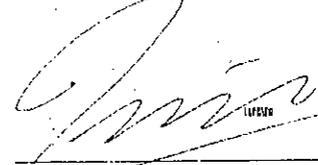
**NOTA: LOS INTERESES DE MORA SERAN LIQUIDADOS DIRECTAMENTE POR EL OPERADOR**

Cualquier información adicional por favor acercarse a nuestras oficinas ubicadas en Bogotá D.C. Sede Sur Calle 18 No. 24 - 14 Barrio Restrepo ó en sede Norte Avenida Pepe Sierra Calle 116 No. 21-37 Barrio Santa Bárbara.

Para radicar carta con sus respectivos soportes favor dirigirse en Bogotá D.C. Kra 45 A No. 93-96 Barrio la Castellana.

Esperamos haber dado trámite a su solicitud.

Cordial Saludo,



**CAMILO NAVARRETE DIAZ**

Coordinador de Operaciones

Regional Cundinamarca

Elaboro: *DIANA RONDON*

Reviso: *JOHANA RESTREPO*

Cumpliendo con la circular 047 de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud, es nuestra obligación informarle que frente a cualquier desacuerdo en la decisión tomada por la entidad, se puede elevar consulta ante la correspondiente dirección de salud, sea esta departamental, distrital o local, sin perjuicio de la competencia existente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.



## CERTIFICACION DE AFILIACION COTIZANTE

El señor(a) JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS identificado(a) con Cédula Ciudadanía número 79208073, presenta los siguientes datos referente al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

### Información del Cotizante:

Afiliado Cotizante:	Jose Alirio Cruz Arias	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número Identificación:	79208073		
Fecha de Afiliación (dd/mm/aaaa):	19/12/2005		
Estado Actual Cotizante:	VIGENTES	Razón de Estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Cotizante:	Cotizante Dependiente	Fecha de Retiro (dd/mm/aaaa):	
Dirección Actual de Residencia:	DIAG 85 30 04	Municipio Residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono Actual de Residencia:	7319728-3333692	Depto. Residencia:	Bogota, D.C.

Documento Aportante  
60251127

Razon Social Aportante  
REYES HERRERA OSCAR MANUEL

### Información de los Beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha Afiliación	Estado	Fecha Retiro	Parentesco
----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor Cotizante por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos: en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337. o enviando carta por fax al (1)3171820 Ext. 518

Se firma y expide en Bogotá D.C. a los 24 del mes de Julio de 2009, a solicitud del interesado.

**\*\*INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN\*\***

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO INTERNO ENTRE LAS MISMAS. DECRETO 806 ART. 55-56

Cordialmente,

MONICA REY DUEÑAS  
DIRECTORA NACIONAL DE OPERACIONES  
Elaboro: JUAN REINA

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 01 8000 11 33 37. En Bogotá 644 61 00

# Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir

Nit. 800.224.808-8.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones  
y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800-144-331-3



Tipo Documento: CC

No. Documento: 79208073

No. Cuenta: 3208741

Nombres: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

## HISTORIA LABORAL CONSOLIDADA REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL.

Apreciado afiliado(a)

Para su conocimiento, le estamos entregando el detalle de los periodos que usted ha cotizado en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. Si usted tiene Bono Pensional en trámite, le adjuntamos el detalle de la historia laboral oficial que hace referencia al tiempo cotizado en el Régimen de Prima Media (ISS). Tenga en cuenta que este documento no es válido para reclamación de Pensión. La Historia Laboral para Pensión será verificada y oficializada cuando usted radique su reclamación de Pensión.

### TOTALES GENERALES DE DÍAS Y SEMANAS DE HISTORIA LABORAL

Número de días Régimen de Prima Media	Número de días Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad	Total días Cotizados	Total Semanas Cotizadas
0	2,323	2,323	332

### DETALLES DE PERIODOS COTIZADOS DE LA HISTORIA LABORAL

Razon social empleador cotizante	Nombre Administradora	Periodo Cotizado	Salario Base	Valor de cotización
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/07	46,150	5,318
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/08	461,500	53,072
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/09	461,500	53,072
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/10	461,500	53,072
INSTALACIONES HIDRAULICAS SANITARIAS Y DE GAS INOCENCIO	PORVENIR	2008/11	77,000	8,851
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2008/11	15,626	1,797
INSTALACIONES HIDRAULICAS SANITARIAS Y DE GAS INOCENCIO	PORVENIR	2008/12	482,000	53,116
INSTALACIONES HIDRAULICAS SANITARIAS Y DE GAS INOCENCIO	PORVENIR	2009/01	17,000	1,953
REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL	PORVENIR	2009/01	33,127	3,810
REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL	PORVENIR	2009/02	497,000	57,140
REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL	PORVENIR	2009/03	497,000	57,140
REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL	PORVENIR	2009/04	17,000	1,953
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/06	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/07	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/08	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/09	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/10	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/11	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2009/12	497,000	57,140
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/01	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/02	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/03	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/04	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/05	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/06	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/07	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/08	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/09	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/10	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/11	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2010/12	515,000	59,224
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/01	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/02	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/03	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/04	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/05	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/06	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/07	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/08	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/09	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/10	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/11	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2011/12	536,000	61,668
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/01	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/02	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/03	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/04	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/05	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/06	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/07	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/08	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/09	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/10	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/11	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2012/12	567,000	65,191
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/01	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/02	589,500	67,792

# Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir

Nit. 800.224.808-8.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones  
y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800-144-331-3



## DETALLES DE PERIODOS COTIZADOS DE LA HISTORIA LABORAL

Razon social empleador cotizante	Nombre Administradora	Periodo Cotizado	Salario Base	Valor de cotización
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/03	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/04	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/05	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/06	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/07	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/08	589,500	67,792
REYES HERRERA OSCAR MANUEL	PORVENIR	2013/09	79,000	9,056
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2013/09	511,000	58,793
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2013/10	589,500	67,792
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2013/11	589,500	67,792
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2013/12	589,500	67,792
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/01	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/02	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/03	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/04	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/05	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/06	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/07	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/08	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/09	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/10	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/11	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2014/12	616,000	70,868
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2015/01	644,350	74,103
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2015/02	644,350	74,103
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2015/03	644,350	74,103
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS	PORVENIR	2015/04	644,350	74,103



Dirección General Carrera 13 N° 27-75  
 Fax: 339 3000 Extensión 4920  
 A.A.: 241800  
 Bogotá D.C., Colombia.  
 www.porvenir.com.co

Relación Histórica de Movimientos

Cedula 79208073 Nombre JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Numero Cuenta 3208741  
 Direccion CL 54 B 80 A 23 SUR Ciudad BOGOTA D.C. Departamento BOGOTA  
 Valor Unidad 20925.20631614 Saldo Unidades 29.15216457 Saldo Pesos 610,015  
 Estado Afiliado VIGENTE Subestado Afiliado INICIAL Fecha Solicitud 2008/03/03  
 Fecha Afiliacion 2008/05/01

Fecha Movimiento	Periodo Pago	Nit Pago	Razon Social	IBC	Aporte Obligatorio	Conusion	Fsp	Fupm	Vol Afiliado	Vol Empleador	Ait Riesgo	Sancion	Tipo Cotizante	Dias
2008/08/12	200807	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	46,150	5,318	1,388	0	694	0	0	0	0	34 DEPENDIENT	30
2008/09/17	200808	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	461,500	53,072	13,845	0	6,923	0	0	0	0	73 DEPENDIENT	30
2008/10/08	200809	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	461,500	53,072	13,845	0	6,923	0	0	0	0	11 DEPENDIENT	30
2008/11/18	200810	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	461,500	53,072	13,845	0	6,923	0	0	0	0	61 DEPENDIENT	30
2008/12/01	200811	17.187.807	LOPEZ INOCENCIO	77,000	8,851	2,309	0	1,155	0	0	0	0	DEPENDIENT	9
2008/12/16	200811	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	15,626	1,797	469	0	234	0	0	0	0	23 DEPENDIENT	1
2009/01/02	200812	17.187.807	LOPEZ INOCENCIO	462,000	53,116	13,856	0	6,928	0	0	0	0	DEPENDIENT	30
2009/02/03	200901	17.187.807	LOPEZ INOCENCIO	17,000	1,953	509	0	255	0	0	0	0	DEPENDIENT	1
2009/02/19	200901	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	33,127	3,810	993	0	497	0	0	0	0	DEPENDIENT	2
2009/03/31	200902	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	77 DEPENDIENT	30
2009/04/20	200903	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	DEPENDIENT	30
2009/05/19	200904	79.117.587	REYES VALDERRAMA J	17,000	1,953	509	0	255	0	0	0	0	DEPENDIENT	1
2009/07/17	200906	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	DEPENDIENT	1
2009/08/25	200907	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	60 EMPLEADA D	30
2009/09/21	200908	80.251.127	REYES HERRERA OSCA	497,000	57,140	14,907	0	7,453	0	0	0	0	106 EMPLEADA D	30
													91 EMPLEADA D	30





**POSITIVA**  
DE SEGUROS

Bogota. D.C.

14200

Señor  
**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**  
C.C 79.208.073  
Carrera 12 D No. 18 A – 15 Sur Barrio La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Bogota

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dcto: RESPUESTA A PQR  
Fecha: 19/05/2015 07:26 PM  
Rad: SAL-53917 PQR: 116273  
Fol: 2 Anx: 0 RpA: ENT-68762

**REF:** Respuesta a solicitud de Indemnización por Incapacidad Permanente Parcial.  
**PQR 116273 - Rad Ent 68762**

Cordial saludo

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la prestación económica por Incapacidad Permanente Parcial, me permito informar lo siguiente:

Que según el inciso 1º y 2º, parágrafo 2º, artículo 1º de la ley 776 de 2002, las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de enfermedad profesional serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador al momento de requerir la prestación, o la última a la que estuvo vinculado el trabajador, en caso de no estar vinculado al Sistema de Riesgos Profesionales al momento de la solicitud, siempre y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al período en el que estuvo cubierto por ese Sistema.

Que una vez revisada la base de datos de afiliaciones de nuestra compañía, podemos observar que para el momento de solicitud de la prestación, el señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS, NO se encuentra afiliado a nuestra administradora.

Que de acuerdo a su solicitud y una vez verificadas las bases de datos de RUAF y FOSYGA se evidencia que se encuentra activo con la ARL SURA, presentando con Positiva novedad de Inactivo; por lo que no somos la Compañía que debe realizar el reconocimiento de la prestación solicitada de acuerdo a los lineamientos legales.

Aquí encontrará imagen de la información consignada tanto en Positiva como en RUAF donde se registra la novedad de Retiro y la información de ARL SURA

Relaciones laborales											
Documento Afil.	Nombre Afil.	Documento Emp.	Nombre Emp.	Vinc. Lab.	Fecha Vinculación	Fecha Cobertura	Fecha Fin Vinculación	Esta papeo	Esta BD	Ort.	
CC 79208073	JOSE ARIAS	CC 2893028	HERNANDEZ MAYER JUAN MARCELINO	D	01/02/2008	01/02/2008	30/08/2010	I	INACTIVO	SURA	
CC 79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	CC 79117987	REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL	D	01/02/1997	01/02/1997	01/08/2010	I	INACTIVO	SURA	
CC 79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	CC 30259127	OSCAR MANUEL REYES HERRERA	D	01/03/2008	02/08/2008	04/02/2013	I	INACTIVO	SURA	
CC 79208073	ARIAS JOSE ALIRIO	NI 17157507	LOPEZ INCENCIO	D	26/11/2008	07/11/2008	02/02/2009	I	INACTIVO	SURA	

ud: 006543227  
1909132  
f31615903

Positiva Compañía de Seguros S.A - Nit: 860.011.153-6 - Línea Gratuita: 01-8000-111-170,

Bogotá: 330-7000 / Móvil: #533 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol. PositivaColombia



MinHacienda

PROSPERIDAD PARA TODOS



RIESGOS PROFESIONALES: SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	ARP SURA	2010-04-27	Inactiva	PELUQUERIA DE ROPA, TELAS, BOTINERIAS EN ALMACENES, ABONOS, INSECTICIDAS Y SIMILARES	Cundinamarca - SOACHA
RIESGOS PROFESIONALES: SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	ARP SURA	2013-09-05	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE PINTURA Y TERMINACION DE MUROS Y PISOS INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A EL PULIDO, PINTURA Y/O ENCERADO DE PISOS OTROS TRABAJOS DE ACONDICIONAMIENTO	Bogotá, D.C. - BOGOTÁ

Es así que esta Gerencia por no constituirse como la última administradora, NO realizará el reconocimiento a la prestación económica pretendida.

Sea de paso esta la ocasión para manifestarle nuestro compromiso diario con el cliente y mejoramiento continuo en la atención en forma oportuna y calidad de nuestros productos y servicios.

Cualquier inquietud, información o sugerencia con gusto será atendida a través de los puntos de atención al cliente actualmente habilitados a nivel nacional. Igualmente lo invitamos para que visite nuestra página web [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

Atentamente,

**SONIA ESPERANZA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Elaboró: Jennifer Alexandra Sandoval  
Revisó: Sonia Esperanza Benítez Garzón  
Forma de envío: B



SERVIENTREGA S.A.

**DEVOLUCION AL REMITENTE**

GUIA No: **244402869**

CONFIRMACION N1

ORIGEN: 10 BOGOTA

DESTINO: 10 BOGOTA

DIRECCION: CRA 12D No. 18A-15 SUR

OBSERV: NO SE ÑLOGRA LA COMUNICACION CON EL DESTINO  
NI CON EL REMITENTE

CAUSAL: DEVOLUCION ZONA URBANA DIRECCION INCORRECTA

**SOLUCION:** NO SE ESTABLECIO COMUNICACION

CONFIRMO: DANIEL OLAYA SAAVEDRA FECHA 05/22/2015 17:

viernes, 22 mayo, 2015 - 17:08:13 olayade

Positiva



<b>SERVIENTREGA</b>		POSITIVA COMPADIA	
<b>GUIA CREDITO</b>		PRODUCTO: DOCUMENTOS	
FECHA: 2015.05.20 HORA: 09:42		PIEZAS: 1/1	
ORIGEN 010 BOGOTA CUNDINAMARCA	DESTINO 010 BOGOTA CUNDINAMARCA	REMITENTE POSITIVA COMPADIA DE SEÑUROS AV CRA 45 NO 794 TELEFONO: 562200 1024 COD CLIENTE: 86001116	
REMITENTE AV CRA 45 NO 794 TELEFONO: 562200 1024 COD CLIENTE: 86001116		RECIPIENTE JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS CRA 120 No 18A-15 SU TELEFONO: 5142756113 CC: 71131028617	
DICE CONTINUA EN TIEMPO EN TIENDA SER80891		<p>El peso de este envío será verificado por nuestros funcionarios</p> <p>244402869</p>	
Plato Variable: 100	Total: 1570		
NO REF: 0 OBSERVACIONES: 53917			

101  
 POSITIVA  
 SERVICIO DE ENTREGA NORMAL  
 MAY 2015  
 SERVICIO DE ENTREGA NORMAL



Mi tienda

PROSPERIDAD PARA TODOS



**POSITIVA**  
COMPANIA DE SEGUROS

14000 -

Bogotá D.C.

Señor

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**

**C.C. 79208073**

Carrera 12 D No. 18 A 15 sur

Barrio la Sagrada Familia

Teléfono: 3142756113

Bogotá D.C.

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig:MATRIZ.VICEPRESIDENCIA TE  
Dest:JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dcto:DERECHOS DE PETICION  
Fecha:14/01/2015 02:43 PM  
Rad:SAL-2878 PQR:104726  
Fol:10 Anx:0 RPA:ENT-190896

Ref. : Derecho de petición (RAD ENT. 190896) PQR 104726

Respetado señor Cruz:

En atención a su derecho de petición presentado en Positiva Compañía de Seguros S.A. Casa Matriz, manifestamos:

Respecto a la solicitud de copia de la historia clínica, la Gerencia Médica de la Vicepresidencia Técnica sustentó:

*"(...) De manera atenta y en respuesta a su requerimiento, Positiva Compañía De Seguros S.A. se permite informar sobre la copia de la historia clínica que Positiva Compañía de Seguros S.A. es la entidad Administradora de Riesgos Laborales encargada del reconocimiento de las prestaciones generadas por eventos (Accidente o Enfermedad laborales) que han tenido relación de causalidad con la actividad laboral para la cual es contratado el trabajador, en atención a las normas legales vigentes que del Sistema General de Seguridad Social, motivo por el cual no cuenta con ésta toda vez que no es la entidad de salud que ha intervenido en la atención de las patologías que el señor Rodriguez presenta o ha presentado. Por tanto, sugerimos dirigir su solicitud directamente a la EPS o IPS en las cuales fue atendido.*

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, en su Artículo No. 1. Literal a): "La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

El Artículo No. 13 de la misma normatividad indica textualmente: "La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

U0065A 3227 - 1909132 - F31615 9.03





**POSITIVA**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

*Para su conocimiento y fines pertinentes remitimos en 6 folios copia del dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral emitido por esta Compañía".*

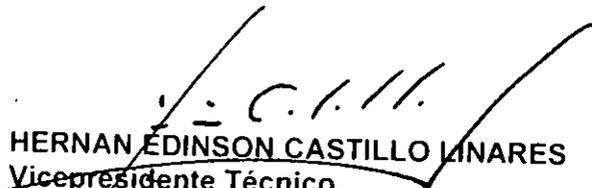
Sobre su petición de información de pago de indemnización por incapacidad permanente parcial, la Gerencia de Indemnizaciones de la Vicepresidencia Técnica, sustentó:

*"(...) En atención y respuesta a la comunicación de la referencia, anexo remito en 1 folio el pronunciamiento de esta Gerencia sobre pago de la prestación económica, cuyo documento tiene firma de recibido por parte del señor Cruz de fecha 14/10/2014.*

*Por otro lado, anexo remito en 1 folio certificado de cuenta bancaria solicitado en su petición".*

Esperamos haber resuelto su inquietud.

Cordial Saludo,

  
**HERNAN EDINSON CASTILLO LINARES**  
Vicepresidente Técnico

Forma de Envío: A  
Proyecto: F  
09/01/2015  
Anexo: 6 folios



POSITIVA

VICEPRESIDENCIA TECNICA  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 8 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999.Mln - Protección S. S.S)

Entidad Remilente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09  
Sucursal BOGOTA D.C.  
Direccion .. Telefono 0

ANTECEDENTES DEL SUJETO

Primcr Apellido CRUZ Segundo Apellido ARIAS Nombres JOSE ALIRIO  
Tipo Documento CEDULA DE Identificación 79208073 Género MASCULINO  
Fecha Nacimiento 1969/11/28 Edad 42 Años  
Estado Civil SOLTERO Escolaridad PRIMARIA COMPLETA

ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Nombre OSCAR MANUEL REYES HERRERA CEDULA DE 80251127  
Denominacion Cargo PINTOR Ocupacion (Res 1830/99) 590  
Codigo Actividad Dto. 2455202 Antig. en el Cargo 8 Antig. en la empresa 8  
Descripción Tareas Pintar y estucar apartamentos, oficinas, casas, techos, bodegas. Uso de rodillo, brocha, compresor.  
del Cargo Uso continuo de escalera. Uso de andamios. Refiere que requería manipulación de bultos de cemento, yeso y estuco para hacer mezcla para el estucado

ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

NOMBRE EMPRESA	CARGO	TIEMPO EXP (AA MM DD)	RIESGOS
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA	PINTOR	8	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD.
EDGAR GOMEZ	PINTOR	4	QUIMICO, ERGONOMICO, SEGURIDAD.

FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

INTERPRETACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
Copia de la historia clínica completa de la EPS	MD laboral 16/12/2009 Dx.hernia discal L4 L5 y L5 S1 en estudio de origen. Pacte patologia de columna con FR presente. Actualmente controlado
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 09/06/2009 .Dos años de dolor lumbar irradiado a MMII, sintomatologia en aumento. P/ TF SS RNM, no debe manipular objetos mayores a 10.Kg
Copia de la historia clínica completa de la EPS	Ortopedia 23/07/2009: dolor permanente irradiado 8/10, empeora con bípeda. RNMK HD L4 L5 extruida.
Exámenes paraclínicos	RNM lumbar, NC y EMG de MMII
Otros	Concepto origen EPS



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 903/ 2005 Res. 01971/1999 Min - Protección S. S.S)

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Entidad Remitente **ARP POSITIVA** Solicitud **229641** 2010/04/07 Dictamen **47945** 2012/07/09

**2. INFORMACION GENERAL DEL PAENTE DICTAMINADOR**

Sucursal **BOGOTA D.C.**

Direccion ..

Telefono **0**

**3. RESUMEN DE LOS HECHOS DE LA SITUACION  
 Y CLASIFICACION DE DOCUMENTOS**

Nombre Documento	Observaciones
Análisis de puesto de trabajo	18/05/2010 Cargo. Pintor contartista. Estucar Cargar bullos de 25 Kg de caolin y yeso, subirlos por escaleras hasta el apartamento en dode este trabajando, prepara mezcla y la esparce para estucar la pared. 8 dias estucando 1 apto. Sube en un día 8 bullo
Análisis de puesto de trabajo	Cargar bullo, flexión tronco: 20 a 30, inclinación izquierda 10 a 20 y rotación 5 a 10. Cargar baldes con agua: Tronco flex 20 a 30 con inclinación lateral y rotación.
Análisis de puesto de trabajo	Estucar planos bajos: Tronco flex: 60 a 80, con inclinación Izquierda 10 a 20 y rotación. Planos altos tronco ext 5 a 10 y rotaciones..
Análisis de puesto de trabajo	Segundear: tareas como sacar filor, detallar, lijar en estas tareas 2 dias en apto
Análisis de puesto de trabajo	Refiere en las diferentes tareas, posturas de tronco de flexión asociadas a rotación e inclinación lateral, con manipulación de cargas, en promedio 8 bullos por jornada. Refiere que desempeña el puesto como contratista hace 25 años.

**4. 4.2 DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION**

DIAGNOSTICO	ID DX
Lumbalgia mecánica crónica	M545
Hernia discal L4 L5	M541

**5. 5.3 RELACION DE EXAMENES E INTEGRACION DE LOS RESULTADOS PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
RNM lumbar	Hernia discal L4 L5 subarticular derecha y L5 S1 central	19/07/2009
NC y EMG de MMII	Compatible con radiculopatía S1 antigua no activa derecha	25/07/2009
Fisiatría	POP HD L4L5 y L5 S1 febrero 2010. EF: AMA Lumbar: 14/04/2010 Completos leve dolor en flexión. Dolor a palpación paraespinal e interespinoso lumbar de L3 a S1. Lasegue: Negativo. Marcha normal. No hay signos clínicos de mielopatía o Radiculopatía	
Fisiatría (Camilo Mendoza) LinkSo 26 jun/12	Desde hace aprox, 10 años dolor lumbar mecánico. Hernia de disco por lo cual es llevado a cirugía en dos ocasiones (febrero y diciembre de 2010). Tiene EMG + NCS de ago/09 con diferencia de amplitud de ondas H y reportada como	26/06/2012
Cont.01	radiculopatía antigua S1 derecha. Mismo especialista hace sólo ondas H en oct/10, normales. Otra EMG + NCS de oct/10 por otro especialista reportada como normal. RNM de columna lumbosacra de feb/12 reportada como protrusión L5S1 no	



VICEPRESIDENCIA TECNICA  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 983/ 2005 Res. 01871/1999 Min - Protección S. S.SJ

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

Sucursal BOGOTA D.C.

Dirección

Teléfono 0

5.3 RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.02	compresiva, discopatía degenerativa L4L5, rectificación y cambios de laminectomía. Dolor importante. Manejo en clínica del dolor. Ha recibido varios antineuróticos (Amitriptilina, Imipramina) y opioides (Tramadol, Oxícodona). Ahora está con	26/06/2012
Cont.03	Oxicodona 10 mg cada 12 horas + Acetaminofén 500 mg cada 12 horas. Protección gástrica. Disminución transitoria de dolor por 1 a 2 horas. No le han hecho bloqueos.	26/06/2012
Cont.04	Sigue trabajando. Reubicado hace 2 años. Casi no manejo de plantura. Retocado a veces. Ahora manejo de personal. Puede correr suave, no puede saltar por dolor. Independencia completa. ARP Positiva acepta origen profesional	26/06/2012
Cont.05	de los diagnóstico lumbalgia mecánica crónica, hernia discal L4L5 el 2 jul/10. Oficio del afiliado a ARP Positiva del 17 may/12 solicita calificación de pérdida de la capacidad laboral.	26/06/2012
Cont.06	EXAMEN FISICO: Limitación para ROM de columna lumbar por dolor. Flexión 60 grados. Inclinaciones 30 grados. Extensión completa. Espasmos de paraespinales dorsales y lumbares dolorosos. Rectificación de curva lumbar. Protrusión abdominal.	26/06/2012
Cont.07	Fuerza por segmentos normal. Sensibilidad por dermatomas normal. Reflejos normales. No tiene reflejos patológicos. Pruebas de compresión radiculares. Limitado movimientos de cadera por dolor. NO tiene cambios disautonómicos.	26/06/2012
Cont.08	DIAGNOSTICO Discopatía lumbar L4L5 y L5S1 Secuelas de CX de hernia discal Lumbalgia crónica CONCLUSION Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundaria a discopatía L4L5 y L5S1. Requiere dos intervenciones de columna lumbar.	26/06/2012
Cont.09	Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5.	26/06/2012
Cont.10	Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar.	26/06/2012
Cont.11	En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacia antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgésia con opioides potentes y antineuróticos.	26/06/2012



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min. Protección S. S.S)

Entidad Remitente: ARP POSITIVA      Solicitud: 229641    2010/04/07    Dictamen: 47945    2012/07/09

Sucursal: BOGOTA D.C.      Telefono: 0

**5.3 RELACION DE EXAMENES Y RESULTADOS CLINICOS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
Cont.12	Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas.	26/06/2012

**I Descripción de Deficiencias**

Nro.	Patología	% Asignado	Capitulo	Numeral	Tabla
1	Discopatía lumbar L4L5 y L5S1	10.00	CAP. I	1.2.3.3	1.16
2	Limitación ROM columna lumbar	1.50	CAP. I	1.2.2.1	1.7, 1.9
<b>SUMATORIA (A+(B*(50-A)/100)</b>		10.60	Calificación máxima posible 50%		

**II. Descripción de Discapacidades**

0.0 No Discapacitado      0.2 Ejecución Ayudada  
 0.1 Dificultad en la ejecución      0.3 Ejecución Asistida, dependiente o incrementada

Nro.	Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0.3
2.	Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
3.	Cuidado de la Persona	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0	0.3
4.	Locomoción	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.0
5.	Disposición del Cuerpo	0.1	0.1	0.1	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.7
6.	Destreza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0.1
7.	Situación	0.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0.2		0.6
<b>Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Máxima Posible: 20%)</b>											<b>3.0</b>	

**III Descripción de Minusvalías**

Nro.	Nombre Minusvalía	Número de la Minusvalía	%
------	-------------------	-------------------------	---



**VICEPRESIDENCIA TECNICA**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y**  
**DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01871/1999 Min - Protección S. S.S)

Entidad Remitente **ARP POSITIVA** Solicitud **229641** 2010/04/07 Dictamen **47945** 2012/07/09  
 Sucursal **BOGOTA D.C.** Dirección **BOGOTA D.C.** Telefono **0**

**III Descripción de Minusvalías**

Nro.	Nombre Minusvalía	Número de la Minusvalía						%	
1.	Orientación	10 <input checked="" type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	0.00	
2.	Independencia Física	20 <input checked="" type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	22 <input type="checkbox"/>	23 <input type="checkbox"/>	24 <input type="checkbox"/>	25 <input type="checkbox"/>	0.00	
3.	Desplazamiento	30 <input checked="" type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/>	34 <input type="checkbox"/>	35 <input type="checkbox"/>	0.00	
4.	Ocupacional	40 <input type="checkbox"/>	41 <input checked="" type="checkbox"/>	42 <input type="checkbox"/>	43 <input type="checkbox"/>	44 <input type="checkbox"/>	45 <input type="checkbox"/>	46 <input type="checkbox"/>	2.50
5.	Integración	50 <input checked="" type="checkbox"/>	51 <input type="checkbox"/>	52 <input type="checkbox"/>	53 <input type="checkbox"/>	54 <input type="checkbox"/>	55 <input type="checkbox"/>	0.00	
6.	Autosuficiencia Económica	60 <input checked="" type="checkbox"/>	61 <input type="checkbox"/>	62 <input type="checkbox"/>	63 <input type="checkbox"/>	64 <input type="checkbox"/>	65 <input type="checkbox"/>	0.00	
7.	En Función de la Edad		71 <input type="checkbox"/>	72 <input type="checkbox"/>	73 <input type="checkbox"/>	74 <input checked="" type="checkbox"/>	75 <input type="checkbox"/>	76 <input type="checkbox"/>	2.00
Sumatoria Total Minusvalía (Calificación Máxima Posible: 30%)								4.50	

I. % Deficiencia:	10.60	Requiere Ayuda de Terceros:	NO	ESTADO DE LA PCL
II. % Discapacidad:	3.00			<input type="checkbox"/> Menor al 5%
.. % Minusvalía:	4.50	Fecha Estructuración de la PCL		<input checked="" type="checkbox"/> Incap. Permanente Parcial
% Total:	18.10	Miércoles, 01 Febrero de 2012		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ

Origen **PROFESIONAL** Evento **ENFERMEDAD** Fecha **AT o Dx. EP: Jueves, 04 Febrero de 2010**

**Sustentación**

Cuadro de 4 años que inicia con dolor lumbar, no irradiado. El dolor aumentaba con manipulación de cargas o posturas forzadas. Manejado con TF, AINES, bloqueo, sin mejoría. Con Dx de hernia discal L4 L5 y L5 S1 se da manejo quirúrgico el 12 de febrero de 2010 con mejoría importante. Actualmente leve dolor lumbar no irradiado. No toma medicación. Paciente de 40 años que se desempeñó como Pintor estucador por 25 años siempre como contratista en obras, jornadas de hasta 12 horas, expuesto a posturas mantenidas y/o repetidas lumbares en flexión, rotación y/o inclinación lateral con manipulación de cargas (bultos). Con Dx de Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1, patologías asociadas a este factor de riesgo. El tiempo de exposición fue suficiente para generar la patología. No se evidencia en HC ni interrogatorio exposición a factor de riesgo extralaboral que supere al laboral. No hay antecedentes personales que se asocian con las patologías en estudio. **CONCLUSIÓN** De acuerdo a la información disponible, cumple los

POSITIVA

VICEPRESIDENCIA TÉCNICA  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Artículo 6 Ley 776 / 2002 y Art 52 Ley 963/ 2005 Res. 01971/1999 Min. Protección S. S.S)

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 229641 2010/04/07 Dictamen 47945 2012/07/09

Sucursal BOGOTA D.C.

Direccion Telefono 0

critérios de causalidad y teniendo en cuenta la legislación: ley 100 de 1993, decreto 1295 de 1995, decreto 917 de 2001, decreto 2463 de 2001, ley 776 de 2002 y ley 962 de 2005, resolución 2844 de 2007, decreto 2566 de 2009, se considera que el diagnóstico Lumbalgia mecánica crónica secundaria a Hernia discal L4 L5 y L5 S1 es de Origen Profesional.

SUSTENTACION CALIFICACION PCL:

Se trata de hombre adulto con dolor lumbar crónico secundario a discopatía L4L5 y L5S1. Requirió dos intervenciones de columna lumbar. Persistencia de dolor crónico no radicular. Estudios neurofisiológicos nunca demuestran compresión radicular. Última RNM de columna lumbar (febrero 2012) tampoco sugiere compresión de raíz. Hay protrusión de L5S1 y abombamiento de L4L5. Cambios de laminectomía. ARP Positiva acepta diagnósticos de discopatía lumbar L4L5 y L5S1, secuelas de cirugía de hernia discal y lumbalgia crónica como de origen profesional. Cirujano tratante descartó cualquier otra intervención a columna lumbar. En el trabajo ya hay reubicación. El puesto que tiene ahora no tiene el mismo factor de riesgo par columna lumbar que el que hacía antes. Ahora manejo de personal. Hay alta necesidad de analgesia con opioides potentes y antineuropáticos (manejo de Clínica del Dolor). Se considera que debe continuar manejo por Clínica del Dolor, debe permanecer en mismo puesto de trabajo y debe tener en cuenta las recomendaciones laborales que se han hecho en varias ocasiones. Secuelas establecidas. Se decide calificar pérdida de la capacidad laboral. Se estructura la calificación el 1 de febrero de 2012 fecha de última RNM de columna lumbosacra que muestra secuelas anatómicas.

RESPONSABILIDAD DE CALIFICACION

  
CLAUDIA RANGEL LA TORRE  
MEDICO LABORAL

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE MEDICINA LABORAL  
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

El presente dictamen se notifica a: \_\_\_\_\_ c.c. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
A partir de esta fecha el interesado tendrá diez (10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art. 5 decreto 2463/2001, Art. 5 Ley 962/05 y Art. 142 decreto Ley 19/2012 )

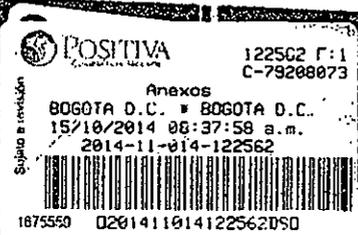
Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador

Bogotá, D.C.

Señor:  
**CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO**  
Calle 12 D Este No. 18 A - 15 Sur  
B. La Sagrada Familia  
Tel: 3142756113  
Zipaquirá - Cundinamarca

POSITIVA COL  
Orig: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dest: CRUZ ARIAS JOSE ALIRIO  
Dcto: RECONOCIMIENTO INDEMNIZAC  
Fecha: 05/06/2014 12:55 PM  
Rad: SAL-56208  
Fol: 1 Anx: 0 RPA: ENT-59030



Ref: Solicitud Indemnización por IPP.  
(Rad. 2014-11-009-13569)  
Rad. Ent. 59030

Respetado señor Cruz:

En atención a la solicitud de la referencia, mediante la cual solicita que esta compañía proceda a reconocer la Prestación Económica por Incapacidad Permanente Parcial y a que su comunicación Rad. Ent. 59030 declara que actualmente su ARL NO es Positiva me permito informar lo siguiente:

Que existe dictamen de fecha 9 de Julio de 2012, emitido por la POSITIVA, en el cual se le califico al solicitante una perdida de capacidad laboral del 18.10% con ocasión de una Enfermedad Profesional, la cual tiene como fecha de diagnóstico 04 de Febrero de 2010.

Que el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002, establece: **PARÁGRAFO 2o. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación.** (Negrilla y Subrayado fuera del texto original).

Que de acuerdo a lo transcrito anteriormente y teniendo en cuenta que la última aseguradora a Riesgos Profesionales a la que se encuentra afiliado es ARL SURA, es esa compañía quien debe realizar el reconocimiento de la indemnización a que haya lugar con la pérdida de capacidad laboral por enfermedad profesional, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 1 de la Ley 776 de 2002.

Es de aclarar que con POSITIVA S.A, se encontró afiliado hasta Septiembre de 2013, fecha en la cual se produjo novedad de retiro.

Cordialmente,

**SONIA BENITEZ GARZON**  
Gerente de Indemnizaciones  
POSITIVA Compañía de Seguros S.A.

Recibido  
Cedula: 79298073  
Fecha: 14/10/2014 / 14/10/2014  
Punto: 143  
Hora: 9:36 am  
anexo



HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS

Identificado con

CC79208073

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0047 ZIPAQUIRA, con las siguientes características:

**CUENTA DE AHORROS NOMINA**

Número : 24035631615  
Fecha de Apertura : 07 de Febrero de 2013  
Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector  
Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE  
Realizada en la oficina 0047 ZIPAQUIRA de la ciudad de ZIPAQUIRA, el día Miércoles, 26 de Febrero de 2014.

Cordialmente,

Efectuado por:  
L8Q8G5U0 - LUZ ELENA QUINTERO GOMEZ



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

**Primera Vez Historia De Piso**

No. 28295817

Inicio Atención: 2010/02/12 07:38:00

Fin Atención: 2010/02/12 07:39:20

IPS Atención: Clínica 104 Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: Jose Alirio Cruz Arias Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 40 Años 2 Meses 15 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional: migracion  
 Fecha Ingreso: 2010/02/12 Hora Ingreso: 06:39:08 Nro Cuenta: 18741301 Ocupación: PINTOR(A)  
 Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 333 3692  
 Convenio: Convenio Cruz Blanca 104 - Tipo Afiliado: COTIZANTE Ambito Realización: HOSPITALIZACION  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: HOY CX PROGRAMADA POR EL DR. RESTREPO  
 Enfermedad Actual: HERNIA DISCAL L4-L5

RECOMENDACIONES: CX

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistem	Variable	Observaciones
Neuro y Psíquico	NO SELECCIONA	
Órganos de los sentidos	NO SELECCIONA	
Piel y Fanereas	NO SELECCIONA	
Sistema Cardiovascular	NO SELECCIONA	
Sistema Colágeno	NO SELECCIONA	
Sistema Endocrino	NO SELECCIONA	
Sistema Gastrointestinal	NO SELECCIONA	
Sistema Genital	NO SELECCIONA	
Sistema Linfático	NO SELECCIONA	
Sistema Muscular	NO SELECCIONA	
Sistema Osteoarticular	NO SELECCIONA	
Sistema Respiratorio	NO SELECCIONA	
Sistema Sanguíneo	NO SELECCIONA	
Sistema Urinario	NO SELECCIONA	

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Estenosis del canal neural por disco intervertebral	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M995	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
	MUESTRA: DISCO INTERVERTEBRAL L4-L5 DX: HERNIA DISCAL DR. RESTREPO

MEDICAMENTOS

Nombre	Posología	Observaciones
acetaminofen tab. x500mg (tab) [tableta]	tomar 2 tableta(s) cada 8 hora	
buprofeno tab. x400mg (tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 8 hora	
cefalexina monohidrato cap. x500mg (tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 6 hora	



Profesional: Monica Alexandra Chavez Galan  
 Identificación: 52454447

Especialidad: MEDICINA GENERAL  
 Registro Profesional: 52454447

AUTORIZACION

FACTURA No

NOMBRE I.P.S.

Clínica 104

NUMERO CUENTA

CAMA

PRIMER APELLIDO

SEG

PELLIDO

NOMBRES

18741301

Sala De Cirugia 3 -- Camilla 3

Cruz

Arias

Jose Alirio

No. IDENTIFICACION

EDAD

SEXO

PLAN

GESTANTE

TRIMESTRE

OCUPACION

DIRECCION DEL PACIENTE

79208073

45 años 3 meses 1 dias

M

POS Contributivo

SI NO I II III

PINTOR(A)

DIAG 85 30 04

FECHA Y HORA INGRESO

VIA DE INGRESO

FECHA Y HORA EGRESO

VIA DE EGRESO

DIAGNOSTICO DE LA COMPLICACION

ESTADO A LAS MUJERAS

12 02 2010 06 39

REMITIDO

13 02 2010 08 41

CIE-VIGENTE

VIVO

NOMBRE DIAGNOSTICO DE INGRESO

COD. CIE-VIGENTE CAUSA EXTERNA

NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO

COD CIE-VIGENTE CAUSA

PRINCIPAL

Estenosis del canal neural por disco intervertebral

M 9 9 5

PRINCIPAL

RELACIONADO 1

Convalecencia consecutiva a cirugía

Z 5 4 0

RELACIONADO 2

ENFERMEDAD GENERAL

RELACIONADO 2

RELACIONADO 3

RELACIONADO 3

DATOS RN

FECHA NACIMIENTO

HORA NACIMIENTO

SEXO

PESO AL NACER

PESO EGRESO

TALLA

APGAR 5 min

EDAD GESTACIONAL

CONTROL PRENATAL

DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO (Nombre y Cod.)

CAUSA MUERTE (Si ocurrió en las primeras 24 horas)

SI DESDE 1o TRIM 2o TRIM 3o

FECHA DE MUERTE RECIEN NAC

RESUMEN DE LA HOSPITALIZACIÓN

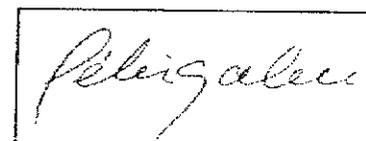
pop laminectomía y microdissectomía L4-L5 realizada por el dr. restrepo sin complicaciones

evoluciona satisfactoriamente, mínimo dolor, no déficit neurológico, afebril, tolera deambulacion, diuresis adecuada, herida qx sin hematoma ni sangrado

saluda con analgesicos orales y cefalexina por 5 dias

control el 23 de febrero a las 9 am

incapacitada de 30 dias



**Primera Vez Historia De Piso**

No. 33322012

Inicio Atención: 2010/12/10 12:16:00

Fin Atención: 2010/12/10 12:16:58

IPS Atención: Clínica 104 Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: Jose Alirio Cruz Arias Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 41 Años 0 Meses 12 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional: migracion  
 Fecha Ingreso: 2010/12/10 Hora Ingreso: 10:35:20 Nro Cuenta: 24591398 Ocupación: PINTOR(A)  
 Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 333 3692  
 Convenio: Convenio Cruz Blanca 104 - Tipo Afiliado: COTIZANTE Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: HOY CX PROGRAMADA POR EL DR. RESTREPO  
 Enfermedad Actual: RADICULOPATIA

RECOMENDACIONES: CX

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sisten	Variable	Observaciones
Sistema Inario	NO SELECCIONA	
Sistema Sanguíneo	NO SELECCIONA	
Sistema Respiratorio	NO SELECCIONA	
Sistema Osteoarticular	NO SELECCIONA	
Sistema Muscular	NO SELECCIONA	
Sistema Linfático	NO SELECCIONA	
Sistema Genital	NO SELECCIONA	
Sistema Gastrointestinal	NO SELECCIONA	
Sistema Endocrino	NO SELECCIONA	
Sistema Colágeno	NO SELECCIONA	
Sistema Cardiovascular	NO SELECCIONA	
Piel y Fanereas	NO SELECCIONA	
Órganos de los sentidos	NO SELECCIONA	
Neurológico y Psíquico	NO SELECCIONA	

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M511	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
	pte en quien se realiza microdiscectomía derecha. se envía hernia discal L5.-S1

MEDICAMENTOS

Nombre	Posología	Observaciones
acetaminofen tab. x500mg (tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 6 hora	
acetaminofen tab. x500mg (tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 6 hora	
naproxeno tableta x250mg(tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 12 hor	



Profesional: Jaime Enrique Bernal Calderon  
 Identificación: 17185215

Especialidad: MEDICINA GENERAL  
 Registro Profesional: 17185215

Primera Vez Historia De Piso

No. 33322012

Inicio Atención: 2010/12/10 12:16:00

Fin Atención: 2010/12/10 12:16:58

IPS Atención: Clínica 104 Ciudad: Bogotá D.C.  
 Paciente: Jose Alirio Cruz Arias Identificación: CC 79208073 Estado Civil: SOLTERO  
 Sexo: MASCULINO Edad: 41 Años 0 Meses 12 Días Fecha Nac: 1969/11/28 Grupo Atención: Otros  
 IPS Primaria: Regional: migración  
 Fecha Ingreso: 2010/12/10 Hora Ingreso: 10:35:20 Nro Cuenta: 24591398 Ocupación: PINTOR(A)  
 Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 333 3692  
 Convenio: Convenio Cruz Blanca 104 - Tipo Afiliado: COTIZANTE Ambito Realización: AMBULATORIO  
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
 Finalidad: NO APLICA  
 Acompañante: Tel:  
 Responsable del Usuario: Tel:  
 Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: HOY CX PROGRAMADA POR EL DR. RESTREPO  
 Enfermedad Actual: RADICULOPATIA

RECOMENDACIONES: CX

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistem	Variable	Observaciones
Neuro y Psíquico	NO SELECCIONA	
Órganos de los sentidos	NO SELECCIONA	
Piel y Fanereas	NO SELECCIONA	
Sistema Cardiovascular	NO SELECCIONA	
Sistema Colágeno	NO SELECCIONA	
Sistema Endocrino	NO SELECCIONA	
Sistema Gastrointestinal	NO SELECCIONA	
Sistema Genital	NO SELECCIONA	
Sistema Linfático	NO SELECCIONA	
Sistema Muscular	NO SELECCIONA	
Sistema Osteoarticular	NO SELECCIONA	
Sistema Respiratorio	NO SELECCIONA	
Sistema Sanguíneo	NO SELECCIONA	
Sistema Urinario	NO SELECCIONA	

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	M511	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
	pte en quien se realiza microdiscectomia derecha. se envia hernia discal L5-S1

MEDICAMENTOS

Nombre	Posología	Observaciones
acetaminofen tab. x500mg (tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 6 hora	
acetaminofen tab. x500mg (tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 6 hora	
naproxeno tableta x250mg(tab) [tableta]	tomar 1 tableta(s) cada 12 hor	



Profesional: Jaime Enrique Bernal Calderon  
 Identificación: 17185215

Especialidad: MEDICINA GENERAL  
 Registro Profesional: 17185215

## HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Liquidada  
Fecha Cirugia Dia 12 Mes 2 Año 2010 Cama No. Sala De Cirugia 3 No. Hoja 587108  
Camilla 3  
Centro de Atención Clinica 104  
Paciente CC 79208073 Jose Alirio Cruz Arias Edad 45 años 3 meses 1 dias  
EPS: Convenio Cruz Blanca 104 Convenio Evento

### DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

M511 Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía, M511 Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía

### DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

### ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA

-Fragmento resecaado se envia a patologia-Ricardo LeonRestrepo Vallejo Feb 12 2010 9:50AM

### CITACIONES

Feb 12 2010 9:50AM

### SANGRADO

-100 c.c.-Ricardo LeonRestrepo Vallejo Feb 12 2010 9:54AM

### NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 114 MICROCIROLOGIA DE RAICES, MEDULA Y NERVIOS POR ARACNOIDITIS

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: Derecho

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Ricardo Restrepo Vallejo - Cirujano Principal; Felix Galeano Saez - Ayudante Quirurgico 1 ; Maria Isabel Reyes Espinosa - Instrumentador; Fabian Herrera - Perfusionista; Jose Miguel Huertas Gomez - Anestesiologo;

PROCEDIMIENTO: 63 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES POR LAMINECTOMIA, MAS DE DOS SEGMENTOS, EXTRADURAL

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: Derecho

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Ricardo Restrepo Vallejo - Cirujano Principal;

PROCEDIMIENTO: 73 DISCECTOMIA O MICRODISCECTOMIA ENDOSCOPICA O TRANSARTROSCOPICA CERVICAL, DOS INTERESPACIOS

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: Derecho

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Ricardo Restrepo Vallejo - Cirujano Principal

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-Hallazgos:

Hernia discal L4/L5 der. compresiva de la raiz

Procedimiento:

030201 Laminectomia y descompresion canal lumbar

805132 Microdiscoidectomia lumbar posterior

Microcirugia de raices lumbares con liberacion

Descripción:

Decubito prono asepsia y antibioticos profilacticos. Identificación del nivel con Rx. Incisión long. piel tcs y fascia lumbar hasta exponer el nivel L4/L5 der. Colocacion de Taylor y rx para confirmar nivel. Laminectomia con fresa de Anspach y descompresion canal lumbar. Identificación de la raiz y separación medial y exposición de la hernia y resección de la misma con escisión del disco y liberación de la raiz. Se rebuscan fragmentos libres. Hemostasia y lavado. Se recibe recuento completo de gases mechas compresas y cotonoides. Cierre por planos.-Ricardo LeonRestrepo Vallejo Feb 12 2010 9:54AM



FIRMA Y CEDULA

R.M.

## HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Liquidada  
Fecha Cirugia Dia 10 Mes 12 Año 2010 Cama No. Sala De Recuperación Cirugia 14 No. Hoja 770192  
Centro de Atención Clínica 104  
Paciente CC 79208073 Jose Alirio Cruz Arias Edad 45 años 3 meses 1 dias  
EPS: Convenio Cruz Blanca 104 Convenio Evento

### DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

M511 Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía, M511 Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía

### DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

### ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA

-Fragmento de disco resecado-Ricardo Leon Restrepo Vallejo Dec 10 2010 1:02PM

### COMPLICACIONES

Dec 10 2010 1:02PM

### SANGRADO

-200 c.c.-Ricardo Leon Restrepo Vallejo Dec 10 2010 1:07PM

### NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 63 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES POR LAMINECTOMIA, MAS DE DOS SEGMENTOS, EXTRADURAL

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: Derecho

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Ricardo Restrepo Vallejo - Cirujano Principal;

PROCEDIMIENTO: 73 DISCECTOMIA O MICRODISCECTOMIA ENDOSCOPICA O TRANSARTROSCOPICA CERVICAL, DOS INTERESPACIOS

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: Derecho

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Ricardo Restrepo Vallejo - Cirujano Principal; Roman Alberto Guerrero Preciado - Ayudante Quirurgico 1; Angela Paola Rodriguez - Instrumentador; Deisy Paola Gomeze Espitia - Anestesiologo;

PROCEDIMIENTO: 114 MICROCIRUGIA DE RAICES, MEDULA Y NERVIOS POR ARACNOIDITIS

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: Derecho

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Ricardo Restrepo Vallejo - Cirujano Principal

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-Hallazgos:

Hernia discal L5/S1 der. compresiva de la raiz

Procedimientos:

descompresion canal lumbar y escision del disco lumbar L5/S1 der.

Descripción:

Decubito prono asepsia y antibioticos profilacticos. Identificación del nivel L5/S1 con Rx. Incision long. piel tcs y fascia lumbar con desperiostización del nivel L5/S1 y colocacion de Taylor y Rx para confirmar nivel. Laminectomia y descompresion canal lumbar con escision del ligamento amarillo. Identificación de la raiz y separacion medial e identificación de la hernia y reseccion de la hernia y del disco lumbar con descompresion de la raiz y liberacion de la misma. Se revisan fragmentos libres. Hemostasia lavado. Se recibe recuento completo de gasas mechas compresas y cotonoides. Cierre por planos. Procedimiento sin complicaciones.-Ricardo Leon Restrepo Vallejo Dec 10 2010 1:07PM

### OBSERVACIONES



FIRMA Y CEDULA

R.M.

Tipo de Documento :	CC	Numero de Documento :	79208073
Fecha de Nacimiento :	1969/11/28	Edad :	41 años 0 meses 12 dias
Nombre del Afiliado :	Jose Alirio Cruz Arias	Sexo :	MASCULINO

**Datos del Ingreso**

No. Ingreso: 24591398  
Fecha Ingreso: 12/10/2010  
Hora Ingreso: 10:35:20  
Servicio Ingreso: QUIROFANOS  
Diagnostico Ingreso: Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía

**Datos del Egreso**

No. Egreso: 29416606  
Fecha Egreso: 12/11/2010  
Hora Egreso: 08:49:03  
Servicio Egreso: QUIROFANOS  
Diagnostico Egreso: Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía

**EPICRISIS**

PACIENTE QUE INGRESA 10/12/2010 PROGRAMADO PARA MICRODISCECTOMIA L5-S1, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. HOSPITALIZACIÓN PARA MANEJO ANALGESICO. EVOLUCIÓN ADECUADA, SALIDA CON ORDEN DE ANALGESICOS, CONTROL X CONSULTA EXTERNA, SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES.



Profesional : Leonardo Martinez Rojas

Registro Profesional : 79723538





1/2

Bogotá D.C., 16 de julio de 2014  
CCRCU-CB-CR-2516052-2014  
NURC-0

Señores

**REYES VALDERRAMA MANUEL**

Nit 79117587

Atn: LUZ ESTELLA SERNA ARIAS

CONSULTORA DE SISTEMAS DE GESTION CALIDAD Y TALENTO HUMANO

Email: pinturasyacabadosreyes@hotmail.com; estellaserna68@hotmail.com

Dirección: KR 8 ESTE 31 A 07 AP201

Tel: 7124089

Bogotá D.C. (Cundinamarca)

Cordial saludo:

En atención a su comunicación radicada en esta dependencia el día 09 de julio de 2014, me permito informar que una vez verificada la información por ustedes suministrada, se precisaron las siguientes conclusiones contenidas en el cuadro a continuación relacionado.

ITEM	DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	OBSERVACIONES
1	79920121	JUAN CARLOS DIAZ	Se informa que la relación laboral como cotizante DEPENDIENTE para este usuario a la fecha se encuentra ABIERTA y presenta mora para los periodos de cotización en salud 05/06/2014 con afiliación de fecha 09/08/2013; último pago para el periodo 04/2014 en la planilla no 51534506 sin novedad de retiro. Decreto 806 del 30 Abril de 1998. Capítulo XI Artículo 79.

Las novedades de retiro se deben reportar en la planilla de autoliquidación de aportes, dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce dicha novedad. El empleador y/o aportante que no reporte la novedad de retiro durante el tiempo establecido responderá por el pago integral de la Cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS. (Decreto 806 del 30 Abril de 1998. Capítulo XI Artículo 79).

**NOTA: LOS INTERESES DE MORA SERAN LIQUIDADOS DIRECTAMENTE POR EL OPERADOR**

Cualquier información adicional por favor acercarse a nuestras oficinas ubicadas en Bogotá D.C Sede Sur Calle 18 No. 24 - 14 Barrio Restrepo ó en sede Norte Avenida Pepe Sierra Calle 116 No. 21-37 Barrio Santa Bárbara.

Para radicar carta con sus respectivos soportes favor dirigirse en Bogotá D.C. Kra 45 A No. 93-96 Barrio la Casteilana.

Esperamos haber dado trámite a su solicitud.

Cordial Saludo,

**OSCAR FERNANDO GOMEZ BAYONA**

Director de Operaciones

Regional Cundinamarca

EPS EN LINEA: Para todo el país 01 8000 11 33 37. En Bogotá 644 61 00  
www.cruzblanca.com.co



04-04-2014 / 13:41:00  
muiscas.dian.gov.co

REYES, VALDERRAMA JUAN MANUEL - REYES VALDERPAMA JUAN MANUEL



Alarmas Tareas Asuntos Cejar

### Consulta Obligación

Los saldos de las obligaciones con saldo "Deuda Vencida" reflejados en la presente consulta, no incluyen los intereses moratorios ni la actualización sanción a que hubiere lugar. Dichos valores se liquidarán a la fecha en que usted genere el Recibo Oficial de Pago Impuestos Nacionales (RF490), pulsando el botón "Liquidación".

#### Consolidado de obligaciones por tipo saldo

Saldo	Cantidad	Valor (\$)	Ver Detalle
DEUDA VENCIDA	1	1.000	
AL DIA	41	0	
CON EXCEDENTES	4	1.999.999	

*Juan Manuel Reyes*





Bogotá D.C., 09 de abril de 2014

Señor(a)

**JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**

Representante Legal

**JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA**

CC 79117587

[Estellaserma68@hotmail.com](mailto:Estellaserma68@hotmail.com)

Ciudad

Referencia: Estado de Cuenta NIC 100681834

Respetados señores,

Reciba un cordial y atento saludo por parte de Compensar EPS. Dando respuesta a su comunicación en la que solicita certificación de Paz y Salvo para la empresa **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA** con CC 79117587 cordialmente nos permitimos informarle que verificada nuestra base de datos se evidencia que actualmente a la fecha de cierre de marzo 30 de 2014 no presenta cotizaciones en mora al Plan Obligatorio de Salud POS.

De igual manera, le indicamos que para su mayor comodidad, contamos con los siguientes puntos de atención, en los cuales usted puede obtener la información para actualizar datos, tramitar afiliaciones, reclamar papelería y radicar documentos para la EPS:

- SEDE EMPRESARIAL: Avenida 68 No 49A - 47;
- SEDE SALITRE: Avenida Calle 26 No. 66 A - 48, Piso 3º,
- SEDE CALLE 42: Calle 42 No. 13 - 19;
- SEDE FONTIBON: C.C. Portal de la Sabana, Avenida Calle 13 con Carrera 104,
- SEDE KENNEDY: Avenida 1 Mayo Transversal 73 No- 41 F - 28 Sur (Antigua), y
- SEDE 1ª DE MAYO: Avenida 1ª de Mayo No. 10 Bis - 22.

Recuerde que puede comunicarse a nuestra central telefónica en el número 4441234 o desde cualquier parte del país a la línea 01 8000 915202, en donde estamos a su disposición para solucionar sus requerimientos o inquietudes.

De acuerdo a la resolución 4343 de 2012 le informamos que la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de las EPS, han sido actualizadas. Lo invitamos a consultarlas en [www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx](http://www.compensar.com/salud/DerechosAfiliados.aspx)

Cordialmente,

**YANET LUGO**

Relacionamiento con el Cliente

COMPENSAR E.P.S.

15 NIC 100681834 CC 79117587 CI #

Bogotá D.C., 20 de Marzo de 2014

Señores,  
COLMEDICA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.  
Depto. De Cartera  
Bogotá D.C.

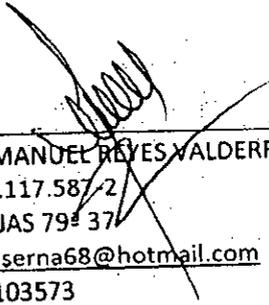
ASUNTO: SOLICITUD ESTADO DE CUENTA Y AUTORIZACION.

Cordial saludo:

Por medio de la presente solicitamos nos generen un estado de cuenta o paz y salvo según sea el caso de la empresa Juan Manuel Reyes Valderrama C.C.79.117.587-2, y sea entregado a la señora Luz Estella Serna Arias C.C. 52.094.540 de Bogotá D.C., persona encargada del área de Gestión Humana de la empresa.

Sin más y a la espera de su colaboración para solucionar las inconsistencias.

Cordialmente

  
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA  
C.C.79.117.587-2  
AV ROJAS 79# 37  
[Estellaserina68@hotmail.com](mailto:Estellaserina68@hotmail.com)  
311 5103573

  
COLMEDICA  
Autorizado por  
Luz Estella Serna Arias  
Oficina Cartera

3-abril-2014

~~Empresa registrada~~

Bogotá D.C., 20 de Marzo de 2014

Señores,  
E.P.S. SANITAS S.A.  
Depto. De Cartera  
Bogotá D.C.

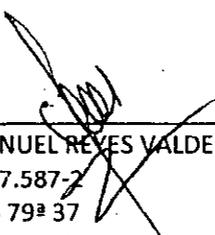
**ASUNTO: SOLICITUD ESTADO DE CUENTA Y AUTORIZACION.**

**Cordial saludo:**

Por medio de la presente solicitamos nos generen un estado de cuenta o paz y salvo según sea el caso de la empresa Juan Manuel Reyes Valderrama C.C.79.117.587-2, y sea entregado a la señora Luz Estella Serna Arias C.C. 52.094.540 de Bogotá D.C., persona encargada del área de Gestión Humana de la empresa.

Sin más y a la espera de su colaboración para solucionar las inconsistencias.

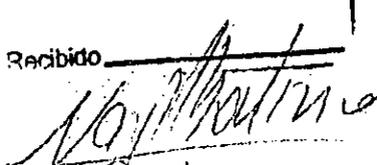
Cordialmente

  
\_\_\_\_\_  
JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA  
C.C.79.117.587-2  
AV ROJAS 79ª 37  
Estellaserma68@hotmail.com  
311 5103573

**E.P.S. SANITAS**  
OFICINA CALLE 108

04 ABR 2014

Recibido

  
Entregado  
Estado de Cuenta



**ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL**  
Estado Cuenta Detallado por Empresa

Nombre o Razon Social: JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA  
 Tipo y No. de Identificación: C 79117587  
 Período a reportar: 01-01-1990 / 04-04-2014

Fecha de Emisión:  
04 ABR 2014

AÑO: 2012

Nro Cot	Nombre Cot	Diciembre	
		Pagado	Mora
20450217	GUILLEMO AN TONIO SIERRA CALDERON	23625	0
		23625	

MORA:	\$0	PAGADO: \$23,625
INTERESES:	\$0	
TOTAL:	\$0	

AÑO: 2013

Nro Cot	Nombre Cot	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Julio	
		Pagado	Mora	Pagado	Mora	Pagado	Mora	Pagado	Mora	Pagado	Mora	Pagado	Mora
19324390	GUILLEMO CORREDOR											2500	0
20450217	GUILLEMO AN TONIO SIERRA CALDERON	70875	0	73688	0	73688	0	73688	0	2500	0		
		70875		73688		73688		73688		2500		2500	

MORA:	\$0	PAGADO: \$296,939
INTERESES:	\$0	
TOTAL:	\$0	

<b>TOTALES</b>		
MORA:	\$0	PAGADO: \$320,564
INTERESES:	\$0	
TOTAL:	\$0	





Av. Cra. 66 N° 90-88  
Serie Administrativa La Floresta  
PBX (57) 1 646-8000  
Fax (57) 1 271 6916  
www.cafam.com  
Bogotá - Colombia

S-RP 002844

**LA JEFE DE LA SECCIÓN RECAUDOS Y PAGOS SUBSIDIO  
CAFAM**

**CERTIFICA**

Que la empresa **JUAN MANUEL REYES VALDERRAMA, NIT 791175872** estuvo afiliada a esta Caja del 19 de agosto de 2013 al 28 de enero de 2014.

El presente documento se expide a solicitud del interesado, el 02 de abril de 2014 y es válido para trámites de traslado de aportes.

  
**NIDIA CONSTANZA GONZÁLEZ T.**

006221  
MBperoz

## EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

## HACE CONSTAR:

Que REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL Identificado(a) con N.I.T. 79117587 no presenta saldos pendientes con nuestra entidad por concepto de cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el periodo comprendido entre enero de 2013 y febrero de 2014.

Quedamos a su total disposición ante cualquier inquietud que se llegue a presentar. Sin embargo, en cumplimiento de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, es nuestro deber informarle que *"frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por esta entidad, se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea ésta la Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control"*.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado a los (28) días del mes de marzo de 2014.

javiacsa



BBVA HORIZONTE Pensiones y Cesantias S.A.  
 COBR0366  
 COB-Certificacion-Reporte Parcial Consolidado

Usuario: CF51300

Empleador....: 00079117587 REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL		Corte Intereses...: 20130322 Tasa Inter...			
Cedula	Nombre Afiliado	Deuda Aportes	Deuda FSP	Interes Mora	Total Deuda sin Cruces T
00011520074	GERARDO ORJUELA BERNAL	103.077,00	0,00	328.517,00	431.594,00
00052441340	MARIA CLAUDIA RODRIGUEZ BEJARANO	202.275,00	0,00	656.968,00	859.243,00
00006688814	UBALDO FUENTES GARCIA	272.001,00	0,00	180.743,00	452.744,00
00079920121	JUAN CARLOS DIAZ	1.695.825,00	0,00	1.071.448,00	2.767.273,00
Totales.....		2.273.178,00	0,00	2.237.676,00	4.510.854,00

EMPRESA: ..... C.C 79117587 REYES VALDERRAMA JUAN  
 LIQUIDACIÓN ..... 20140415 (INTERES SEGÚN LEY 1066 JULIO 2006 Y/O CIRCULAR EXTERNA 000003 MARZO 2013 DE LA DIAN)  
 RANGO DE PERIODOS ..... A  
 INCLUIR PLAN. OTRAS AFPS : S SI

Periodo	Planilla	Fecha pago	Saldo deuda	Saldo Intereses	Total valor a pagar	Causales
201003	983302438	20100426	1.984	2.200	4.184	1

OBSERVACIONES:

Nro	planilla	Tid	Ide	afiliado	Nombre afiliado	AFP de traslado	Causales
983302438	C.C	80148874	FREDDY ISAIAS MOYA MAMANCHE	00023	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	1	

Periodo	Planilla	Fecha pago	Saldo deuda	Saldo Intereses	Total valor a pagar	Causales
201004	983302430	20100524	1.604	1.800	3.404	1

OBSERVACIONES:

Nro	planilla	Tid	Ide	afiliado	Nombre afiliado	AFP de traslado	Causales
983302430	C.C	80148874	FREDDY ISAIAS MOYA MAMANCHE	00023	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	1	

Periodo	Planilla	Fecha pago	Saldo deuda	Saldo Intereses	Total valor a pagar	Causales
201005	983302431	20100629	2.025	2.200	4.225	1

OBSERVACIONES:

Nro	planilla	Tid	Ide	afiliado	Nombre afiliado	AFP de traslado	Causales
983302431	C.C	80148874	FREDDY ISAIAS MOYA MAMANCHE	00023	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	1	

Total general	Saldo deuda	Saldo Intereses	Total valor a pagar
.....	5.613	6.200	11.813

NOTAS:

- 1 PARA LA CANCELACIÓN DE LAS DEUDAS DEBE DILIGENCIAR UNA PLANILLA POR CADA PERIODO RELACIONADO.
- 2 TENIENDO EN CUENTA QUE LOS PAGOS SE REALIZAN POR AUTO LIQUIDACIÓN COLFONDOS SE RESERVA EL DERECHO DE COBRAR LAS DEUDAS NO COBRADAS ANTERIORES Y/O POSTERIORES A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PRESENTE REPORTE
- 3 LOS NUMEROS DE PLANILLA (980) SON NUMEROS ASIGNADOS POR COLFONDOS AL TRASLADO DE APORTES CONSIGNADOS ERRONEAMENTE A NUESTROS AFILIADOS EN UNA "AFP" DIFERENTE.

CAUSAL DE GENERACION DE LA DEUDA :  
01 PAGO TARDE  
02 LIQUIDACIÓN ERRONEA  
03 DEUDA POR FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL.  
04 DEUDA POR TARIFA DE ALTO RIESGO  
05 INCONSISTENCIA POR PAGO  
06 SUSPENSION TEMPORAL/LICENCIA NO REMUNERADA  
07 DEUDA RECONOCIDA

AFP COLFONDOS  
FUTURA- COLFONDOS  
ESTADO DEUDAS POR EMPLEADOR - DEUDAS REALES

Usuario DC65441

Página 2  
Fecha 20140321  
Hora 10:20:49

=====  
+++ FIN DEL REPORTE +++  
=====

EMPLEADOR : REYES VALDERRAMA JUAN MANUEL  
CC : 79.117.587  
Dirección : CR 8 31 A-07 AP 201  
Teléfono : 7124089  
Ciudad : BOGOTA

PERIODOS CANCELADOS ERRONEAMENTE O FUERA DEL TERMINO

Periodo Cotiza.	Planilla de Pago	Fecha del Depósito	Ciudad Depósito	Tipo Deuda	Tipo Pago	Cotización Obligatoria		Fondo de Solidaridad		Total Deuda Período	Origen Deuda
						Saldo Deuda	Interés a 2014/04/03	Saldo Deuda	Interés a 2014/04/03		

No existen deudas para el empleador en este periodo.

TIPOS DE DEUDA

- 01. Pago Extemporáneo. Se presenta cuando se efectúa el pago mensual fuera de la fecha límite de cotización.
- 02. Pago Errado. Se presenta cuando hay un menor valor pagado en los detalles de afiliados o en el total reportado en la planilla.
- 03. Declaración y No Pago. Corresponden a deuda confirmada por el empleador y que aún no ha sido cancelada.
- 04. Pago Mixto. Se presenta cuando el empleador cancela fuera de la fecha límite de pago y adicionalmente hay un menor valor pagado en los detalles de afiliados o en el total reportado en la planilla.
- 05. Rezagos. Se presenta cuando uno o varios registros corresponden a aportes pendientes de solucionar.

TIPO DE PAGO

- 01 NORMAL
- 02 CANCELACION DEUDA
- 03 DECLARACION Y NO PAGO
- 04 SITUADO
- 05 HOSPITAL
- 06 PLANILLA EXTRAORDINARIA
- 07 CONTRATISTA
- 08 AGREMIACION
- 09 RETROACTIVO
- 10 RETROACTIVO CANCELACION DE DEU
- 11 RETROACTIVO SITUADO
- 12 RETROACTIVO HOSPITAL

ORIGEN DEUDA

- P Deuda Protección
- I Deuda Fusión
- C Deuda Fusión

OBSERVACIONES

Si desea información adicional, comuníquese con el Servicio de Asistencia Empresarial de su ciudad, o al teléfono 018000527100 que con gusto lo atenderemos.  
El total a pagar es causado por cotizaciones efectuadas fuera de la fecha límite de pago, o por valor liquidado erróneamente. Los intereses de mora son liquidados a la fecha indicada en el encabezado de la columna INTERES A, por lo tanto, si va a pagar en una fecha diferente a la de liquidación de intereses que cita el reporte, debe solicitar sean recalculados los intereses.

ya que su liquidación es diaria.

TIPO DE REPORTE: Protección - Fusión con marca \*\*\*\*\* FIN DE INFORME \*\*\*\*\*

CLIENTE

**UNICAMENTE SE RECIBE PAGOS EN EFECTIVO  
O CON CHEQUE DE GERENCIA**

Servicio Nacional de Aprendizaje  
Conocimiento para todos los Colombianos  
www.sena.edu.co NIT 899999034-1

**IMPORTANTE:** El pago oportuno de este cupón es válido  
máximo hasta el quinto día de haberse generado, en  
caso contrario debe volver a realizar la liquidación y  
generar un nuevo cupón

**REFERENCIA**  
20273752

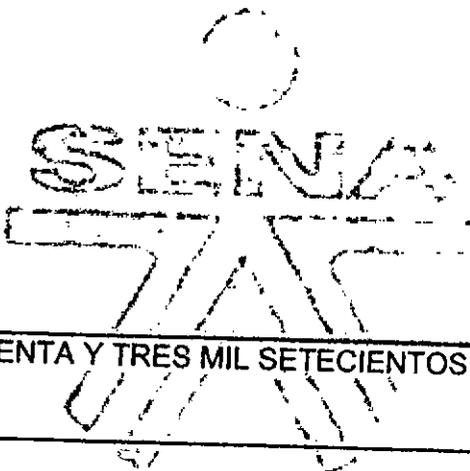
**FECHA DE EXPEDICIÓN**  
11 11 2014

**FECHA VENCIMIENTO**  
16 11 2014

**Primer Nombre ó Razón Social :**  
PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS

**Primer Apellido :**

**Identificación :**  
900642458

DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Pago (Fondo)		\$ 463,750.00
 <b>CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS</b>	<b>SUBTOTAL</b>	\$ 463,750.00
	<b>IVA</b>	
	<b>TOTAL</b> ➔	\$ 463,750.00

**Observaciones**  
Al realizar su pago tenga en cuenta lo siguiente:  
Si va a cancelar con cheque este no puede ser un cheque de remesa.  
Al cancelar su pago se debe hacer por un solo medio de pago (todo efectivo o todo con cheque)  
La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel tipo Bond de 75 gr/m2 (papel para fotocopiado).  
No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX.  
La impresión debe realizarse con impresora láser de alta resolución.  
Se deben presentar todas las copias de la impresión en la sucursal del Banco con la forma de pago previamente diligenciada en cada una de ellas



(415)7707012100010(8020)20273752(3900)463750(96)20141116

**BANCOLOMBIA**  
 RECAUDO Fecha: 11-11-2014 12:24:22 hora: 0.00  
 Cmu: 29232 - SENA FI - ON LINDO LE BARRA  
 Suc: 402 - LA CASTILLA BA E - ONTA  
 Caja: 632 Sect: 896  
 Valor Tot: \$ 463,750.00  
 Forma de Pago Efect: \$ 463,750.00  
 Pagador: 900642458  
 Ref: 20273752

**Bancolombia**

CONVENIO No 29232

REFERENCIA No. 20273752

Ciudad: D M A Nro Cédula: 900642458 Teléfono:

Nombre del Pagador / Cliente: PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS

CHEQUE No.	CUENTA No.	CONCEPTO	VALOR

Los cheques incluidos en esta consignación son sujetos de revisión posterior.

CANTIDAD DE CHEQUES	EFFECTIVO	CHEQUE	TOTAL

AREA PARA SELLO

SENA NIT 899999034  
PAGO (FONDO)

A continuación encontrará el detalle de su transacción:

Número de Identificación	900642458
Primer Nombre ó Razón Social	PINTURAS Y ACABADOS REYES SAS
Primer Apellido (si es Persona natural)	
Tipo de documento	NIT
Dígito de Verificación (Si es persona Jurídica)	9
Naturalaza Jurídica	Persona Jurídica - Nacional
Departamento	BOGOTÁ
Ciudad Capital	BOGOTÁ D.C.
Dirección de Domicilio	CALLE 97A 58 47
Ciudad de Domicilio	BOGOTÁ
Localización	Nacional
Teléfono de Contacto	4987198
Correo electrónico	boylngres@p.com.co
Código SIIF	3-1-2-9-7-1
Regional	Bogotá D.C.
Regional Centros SIIF	36-02-00-011-000000
Número Licencia o Contrato Obra	32_HQ3
Nombre Obra	HACIENDA LA QUINTA ETAPA 3
Fecha Inicio Obra	04/08/2013
Fecha Terminación Obra	31/12/2014
Ciudad de Ejecución de la Obra	BOGOTÁ
Tipo FIC	Costo Total de Obra (Sin Aportes)
Año Periodo a Pagar	2014
Mes Periodo a Pagar	DICIEMBRE
Costo Total de Obra a Todo Costo	\$ 185,469,432.48
Costo Total Mano de Obra	\$ 120,000,000.00
Número de Trabajadores en el Periodo	10
Valor Intereses Moratorios	\$ 0.00
Aporte FIC	\$ 463,724.00
Aporte SENA	\$ 0.00
Valor del Pago	\$ 463,724.00
Total Pagado	\$ 463,724.00
Valor Total	\$ 463,724.00
IP Origen	181.142.249.104
Nro. Transacción eCollect	20273752
Fecha Proceso	11/11/2014 10:35:26 AM
Medio Seleccionado:	EFFECTIVO
Estado de la Transacción	CAPTURADA

[Para descargar el documento, por favor dar clic aquí.](#)

La información ha sido capturada correctamente y enviada.



Nuevo Proceso

Salida Segura

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 27/08/2014 Hora Ingreso: 12:12 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 292185702  
Fecha Atención: 27/08/2014 Hora Atención: 12:12 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 27/08/2014 Hora Fin Atención: 12:16 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 44 años 8 meses 29 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: PINTOR(A) Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
Lumbalgia	paciente en beg se aplico frio tens se realizo masaje sedativo se indicaron ejercicios de flexibilidad fortalecimiento isométrico de abdominales y balonterapia a tolerancia sesion sin complicaciones.	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Sístole	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
Diástole	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Lumbago no especificado
Código CIE10	M545
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

### Recomendaciones

### Información IPS

 Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquirá  
Profesional: Luz Amanda Ardila Pinzon Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 35422996 Identificación Profesional: 35422996

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 21/08/2014 Hora Ingreso: 01:22 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 291365843  
Fecha Atención: 21/08/2014 Hora Atención: 01:22 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 21/08/2014 Hora Fin Atención: 01:23 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 44 años 8 meses 23 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: PINTOR(A) Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
dolor lumbar	paciente en beg se aplico frio tens se realizo masaje sedativo se indicaron ejercicios de balonterapia flexibilidad y fortalecimientos isometricos a tolerancia sesion sin complicaciones.	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Sístole	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
Diástole	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Indice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Lumbago no especificado  
Código CIE10 M545  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquira  
Profesional: Luz Amanda Ardila Pinzon Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 35422996 Identificación Profesional: 35422996

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 19/08/2014 Hora Ingreso: 04:55 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 291111989  
Fecha Atención: 19/08/2014 Hora Atención: 04:55 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 19/08/2014 Hora Fin Atención: 04:57 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 44 años 8 meses 21 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333 3692  
Acompañante: Teléfono:  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
lumbago	paciente en beg se aplico frio tens se indicaron ejercicios de flexibilidad en espinales bajos isquiotibiales fortalecimiento isometrico de abdominales y balonterapia a tolerancia sesion sin complicaciones.	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Sístole	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
Diástole	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Indice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Lumbago no especificado  
Código CIE10 M545  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

### Ilusión IPS

  
Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquirá  
Profesional: Luz Amanda Ardila Pinzon Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 35422996 Identificación Profesional: 35422996

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 13/08/2014 Hora Ingreso: 12:02 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 290547634  
Fecha Atención: 13/08/2014 Hora Atención: 12:02 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 13/08/2014 Hora Fin Atención: 12:03 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 44 años 8 meses 15 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
llopatia lumbar+ dorsalgia	paciente en beg se aplico frío tenis se realizo masaje sedativo se indicaron ejercicios de flexibilidad en espinales bajos isquiotibiales paravertebrales balonterapia a tolerancia sesion sin complicaciones.	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Sístole	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
Diástole	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Indice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Lumbago no especificado  
Código CIE10 M545  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquirá  
Profesional: Luz Amanda Ardila Pinzon Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 35422996 Identificación Profesional: 35422996

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 11/08/2014 Hora Ingreso: 12:32 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 290271604  
Fecha Atención: 11/08/2014 Hora Atención: 12:32 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 11/08/2014 Hora Fin Atención: 12:37 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 44 años 8 meses 13 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333 3692  
Acompañante: Teléfono:  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
	paciente ingresa media hora tarde a la terapia refiere dolor intenso y dice que quiere que le formulen medicamento se le explica que aqui no le podemos ordenar ningun medicamento paciente manifiesta que quiere solicitar una cita medica no complicaciones.	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Sístole	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
Diástole	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Indice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Otros sintomas y signos generales especificados  
Código CIE10 R688  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

### Identificación IPS

  
Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquirá  
Profesional: Luz Amanda Ardila Pinzon Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 35422996 Identificación Profesional: 35422996

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 11/08/2014 Hora Ingreso: 12:32 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 290271604  
Fecha Atención: 11/08/2014 Hora Atención: 12:32 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 11/08/2014 Hora Fin Atención: 12:37 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 44 años 8 meses 13 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
	paciente ingresa media hora tarde a la terapia refiere dolor intenso y dice que quiere que le formulen medicamento se le explica que aqui no le podemos ordenar ningun medicamento paciente manifiesta que quiere solicitar una cita medica no complicaciones.	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Sístole	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
Diástole	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Otros sintomas y signos generales especificados  
Código CIE10 R688  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

### Ilusión IPS

 Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquirá  
Profesional: Luz Amanda Ardila Pinzon Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 35422996 Identificación Profesional: 35422996

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 19/06/2014    Hora Ingreso: 05:20 PM    Número Ingreso: 22544744    N° Historia: 284942627  
 Fecha Atención: 19/06/2014    Hora Atención: 05:20 PM    Ambito de Realización: AMBULATORIO  
 Fecha Fin Atención: 19/06/2014    Hora Fin Atención: 05:33 PM    Tipo Consulta: Primera Vez Historia Consulta Externa  
 IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS    Tipo identificación: Cedula Ciudadania    N° Identificación: 79208073  
 Tipo Afiliado: COTIZANTE    Estado Civil: SOLTERO    Fecha Nacimiento: 28/11/1969    Edad: 44 años 6 meses 21 dias  
 Sexo: MASCULINO    Ocupación: EMPLEADO A    Dirección: DIAG 85 30 04    Teléfono: 3142756113 333  
 Acompañante:    Teléfono: 3692  
 Responsable:    Teléfono:    Parentesco:  
 Finalidad: NO APLICA    Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
"FI DOLOR ME ESTA SUBIENDO A LA JMNA" EDICINA GENERAL	PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR DORSOLUMBAR BILATERAL PREDOMINIO IZQUIERDO. DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN MANEJADO CON AINES TRAMADOL. CON ANTECEDENTE DE DISCETOMIA HACE 2 AÑOS . NIVEL L4L5 A LA VALORACIÓN: *NO TRAE EXÁMENES DIAGNOSTICOS *DOLOR: PERMANENTE TIPO PUNZADA SEGÚN EAV 8/10 QUE SE INCREMENTA POSTERIOR A TRABAJO *OCUPACIÓN: RUSA *ROMS: LIMITACION PASIVA Y ACTIVA SEVERA PARA FLEXION DE CADERAS MAYOR A 90 GRADOS Y EXTENSION DE CADERAS ROTACIONES DE TRONCO. *MARCHA: ANTÁLGICA CON ARRASTRE DE PIES DISMINUIDO MECANISMO TALON PUNTA *A LA PALPACION MULTIPLES PUNTOS GATILLO DORSOLUMBARES. *LESEGUE(+) ? *FUERZA Y RETRACCIONES NO EVALUABLES POR DOLOR	

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	NO REGISTRO	Temperatura	NO REGISTRO
Glucemia	NO REGISTRO	Talla	NO REGISTRO
le	NO REGISTRO	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	NO REGISTRO	Indice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	NO REGISTRO		

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Dorsalgia, no especificada
Código CIE10	M549
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía
Código CIE10	M511
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

### Recomendaciones

Procedimiento	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	Lateralidad	No Aplica
Observación	PROGRAMAR 7 SESIONES DE FISIOTERAPIA INTERDIARIA. IPS ZIPQUIRÁ. INDIVIDUAL DX: RADICULOPATIA LUMBAR + DORSALGIA		

ATEP	observaciones
Puede especificar en meses cuando comenzaron los síntomas después de empezar a trabajar ? Rta. NO	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 19/06/2014 Hora Ingreso: 05:20 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 284942627  
Fecha Atención: 19/06/2014 Hora Atención: 05:20 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 19/06/2014 Hora Fin Atención: 05:33 PM Tipo Consulta: Primera Vez Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

Ingresó sano a la empresa con respecto a los síntomas consultados ? Rta. NO

Siempre ha desempeñado la misma labor ? Rta. NO

Puede especificar en meses hace cuanto desempeña la labor que esta realizando ? Rta. NO

Mejora en vacaciones o con el reposo ? Rta. NO

Han ingresado nuevas sustancias químicas en el proceso de trabajo ? Rta. NO

Tienen sus compañeros de trabajo estos síntomas ? Rta. NO

Utiliza equipo de Protección Personal en el trabajo ? Rta. NO

Al aumentar el trabajo, se tornan mas severos los síntomas o la enfermedad ? Rta. NO

Tiene Usted algún pasatiempo ? Rta. NO

Que movimientos realiza con su cuerpo ? Movimientos Repetitivos con sus miembros Superiores y/o Inferiores Rta. NO

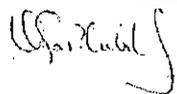
Movimientos realiza con su cuerpo ? Manipula o Levanta Objetos pesados Rta. NO

Trabaja mucho tiempo en una misma posición ? De pie Rta. NO

Permanece mucho tiempo en una misma posición ? Sentado Rta. NO

Permanece mucho tiempo en una misma posición ? Otro Rta. NO

### Información IPS



Nombre IPS: Convenio CB IPS Zipaquirá

Profesional: Olga Patricia Cubillos Rios

Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA

Registro Médico: 20450478

Identificación Profesional: 20450478

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 14/03/2011 Hora Ingreso: 07:15 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 155705100  
Fecha Atención: 14/03/2011 Hora Atención: 07:15 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 14/03/2011 Hora Fin Atención: 07:26 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 3 meses 13 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: ATENCION AL CLIENTE Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: SOLO Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

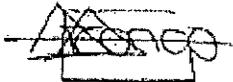
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
DOLOR EN REGION LUMBAR DE CALIFICACION	PACIENTE CON DOLOR DE CALIFICACION 9/10 NO HAY CAMBIOS EN CONDICIONES MIOARTROCIENMATICAS CON RESPECTO A LAS SESIONES ANTERIORES	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE APLICA CALOR LOCAL Y TENS 30 MINUTOS EN PUNTOS DOLOROSOS EN REGION LUMBAR POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR SESION SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio CB IPS Olaya Terapias  
Profesional: Blanca Alejandra Arango Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 52694397 Identificación Profesional: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 10/03/2011 Hora Ingreso: 07:01 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 155365139  
Fecha Atención: 10/03/2011 Hora Atención: 07:01 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 10/03/2011 Hora Fin Atención: 07:20 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 3 meses 9 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: ATENCION AL CLIENTE Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: ingresa solo Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
paciente refiere leve mejoría de dolor en espalda	pop. microdissectomia l5-s1	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación pop.

**Recomendaciones** PACIENTE INGRESA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE APLICA CALOR HUMEDO Y ELECTROANALGESIA TIPO TENS SE REALIZAN ESTABILIZACIONES PELVICAS Y RELAJACION DE CAPSULA ARTICULAR CON BALONTERAPIA SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS DE ESPINALES GLUTEOS E ISQUIOTIBIALES TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya  
Profesional: Sonia Marcela Rodriguez Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 52542443 Identificación Profesional: 52542443

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 08/03/2011 Hora Ingreso: 06:59 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 155103212  
Fecha Atención: 08/03/2011 Hora Atención: 06:59 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 08/03/2011 Hora Fin Atención: 07:22 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 3 meses 7 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: ATENCION AL CLIENTE Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: INGRESA SOLO Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
1 SESION REFIERE PRESENCIA DE DOLOR EN 3PALDA	POP. MICRODISECTOMIA L5-S1	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

PACIENTE INGRESA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE APLICA CALOR HUMEDO ELECTROANALGESIA TIPO TENS  
EJERCICIOS DE ESTABILIZACIONES PELVICAS EN SUPINO FORTALECIMIENTO DE ABDOMINALES ESTIRAMIENTOS  
GENERALES DE MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR Y PELVICA TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio CB IPS Olaya Terapias  
Profesional: Sonia Marcela Rodriguez Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 52542443 Identificación Profesional: 52542443

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 28/02/2011 Hora Ingreso: 06:51 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 154265041  
Fecha Atención: 28/02/2011 Hora Atención: 06:51 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 28/02/2011 Hora Fin Atención: 07:14 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 30 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: ATENCION AL CLIENTE Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: SOLO Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
DOLOR EN REGION LUMBAR DE CALIFICACION	PACIENTE CON DOLOR DE CALIFICACION 7/10 NO HAY CAMBIOS EN CONDICIONES MIOARTROCIENMATICAS CON RESPCETO A LA SESION ANTERIOR	

### Impresión Diagnóstica

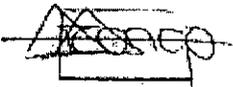
DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE PALICA CALOR LOCAL EN REGION LUMBAR 10 MINUTOS SE RELAJAN ESTIRAMIENTOS DE GLUTEO MAYOR BILATERAL 5 REPETICIONES DE 30 SGEUNDOS CADA UNA POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR SESION SIN COMPLICACIONES

### Ayudas Diagnósticas

Procedimiento TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD Lateralidad No Aplica  
Observación SE SOLICITAN 5 SESIONES DE FISIOTERAPIA GRUPO COLUMNA 2 POR SEMANA  
DX POP MIDRODISECTOMIA L5-S1 REALIZADA EN DICIEMBRE 2010 CON DOLOR IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES  
TRAER TOALLA ROPA COMODA

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya  
Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Identificación Profesional: 52694397  
Especialidad: Blanca Alejandra Arango  
Registro Médico: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 23/02/2011 Hora Ingreso: 07:00 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 153800785  
Fecha Atención: 23/02/2011 Hora Atención: 07:00 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 23/02/2011 Hora Fin Atención: 07:14 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 25 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: ATENCION AL CLIENTE Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: SOLO Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

### Anamnesis

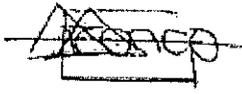
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
DOLOR EN REGIÓN LUMBAR DE CALIFICACION 9 SESION DE FISIOTERAPIA EL PACIENTE REFIERE MEJORIA DEL DOLOR DURANTE LAS SESIONES PERO EL DOLOR EN SUS ACTIVIDADES LABORALES REGRESA	PACIENTE CON DOLOR EN REGION SACROILIACA DE CALIFICACION 8/10 NO HAY CAMBIOS CON RESPECTO A LAS SESIONES ANTERIORES	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE APLICA CALOR LOCAL 10 MINUTOS SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS DE GLUTEO MAYOR GLUTEO MEDIO BILATERAL 5  
REPETICIONES DE 30 SEGUNDOS CADA UNA EN POSICION SUPINO SE RELAJAN EJERCICIO DE ESTABILIZACION LUMBAR  
POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR SESION SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias  
Profesional: Blanca Alejandra Arango Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Médico: 52694397 Identificación Profesional: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 21/02/2011 Hora Ingreso: 07:08 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 153526296  
Fecha Atención: 21/02/2011 Hora Atención: 07:08 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 21/02/2011 Hora Fin Atención: 07:09 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 23 dias  
Sexo: MASCULINO Ocupación: SERVICIOS CLIENTE Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: SOLA Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

### Anamnesis

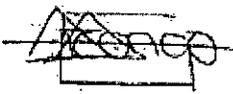
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
DOLOR DE CINTURA DE CALIFICACION 8/10	PACIENTE CON DOLOR DE CALIFICACION 8/10 A NIVEL SACROILIACO MEJORA FLEXIBILIDAD EN ISQUIOTIBIALES GLUTEO MAYOR Y GLUTEO MEDIO BILATERAL HAY ESPASMOS MODERADOS EN PARABERTEBRALES DORSALES Y LUMBARES BILATERAL	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Lumbago con ciática  
Código CIE10 M544  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE APLICA CALOR LOCAL 10 MINUTOS SE RELAJAN ESTIRAMIENTOS DE GLUTEO MAYOR GLUTEO MEDIO BILATERAL SESION SIN COMPLICACIONES POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR SESION SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias  
Profesional: Blanca Alejandra Arango Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 52694397 Identificación Profesional: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 19/02/2011 Hora Ingreso: 10:58 AM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 153361557  
Fecha Atención: 19/02/2011 Hora Atención: 10:58 AM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 19/02/2011 Hora Fin Atención: 11:36 AM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadanía N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 21 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

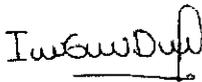
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
PACIENTE QUIEN REFIERE "ME SIGUE ENDO COMO POR ENTRE LAS NALGAS Y DOLICO MAS ARRIBA TODAVIA "	PACIENTE CON DX POP MICRODISCOIDECTOMIA L5-S1 +IRRADIADO A MII REFIERE SENTIR DOLOR DE 8 /10 SEGUN EAV SESION 7 QUIEN INGRESA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación:

Recomendaciones PACIENTE A QUIEN SE LE COLOCA CALOR HUMEDO EN REGION LUMBAR POR 10 MINUTOS ELECTROESTIMULACION DURANTE 10  
MINUTOS SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS DE ESPINALES BAJOS OBLICUOS DEL ABDOMEN ISQUIOTIBIALES GLUTEOS 4 SERIES DE  
20 SEGUNDOS FORTALECIMIENTO DE ABDOMINALES Y ESTIRAMIENTO DE LA FASCIA LUMBAR MANEJO DE HIGIENE  
POSTURAL SE DAN RECOMENDACIONES NO SE PRESENTAN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias  
Profesional: Ines Cecilia Guerrero Dorado Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Documento Médico: 1130606476 Identificación Profesional: 1130606476

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 16/02/2011 Hora Ingreso: 07:14 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 153059788  
Fecha Atención: 16/02/2011 Hora Atención: 07:14 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 16/02/2011 Hora Fin Atención: 07:15 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 18 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: SOLO Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

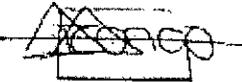
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
DOMPO DE CINTURA DE CALIFICACION 8/10	PACIENTE CON DOLOR DE CALIFICACION 8/10 A NIVEL SACROILIACO MEJORA FELXIBILIDAD EN ISQUIOTIBIALES GLUTEO MAYOR Y GLUTEO MEDIO BILATERAL	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Lumbago con ciática  
Código CIE10 M544  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE APLICA CALOR LOCAL 10 MINUTOS SE RELAJAN ESTIRAMIENTOS DE GLUTEO MAYOR GLUTEO MEDIO BILATERAL SESION SIN COMPLICACIONES POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR SESION SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias  
Profesional: Blanca Alejandra Arango Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 52694397 Identificación Profesional: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 12/02/2011 Hora Ingreso: 10:51 AM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 152657116  
Fecha Atención: 12/02/2011 Hora Atención: 10:51 AM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 12/02/2011 Hora Fin Atención: 11:30 AM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 14 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: PINTOR(A) Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333 3692  
Acompañante: SOLO Teléfono:  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
ME DUELE LA CINTURA	INGRESA AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA A LAS 11:00 AM SESION NUMERO 4 PACIENTE CON DX DE POP DE MICRODISOIDECTOMIA L5 S1 REFIERE DOLOR DE 7/10 SEGUN EAV.	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

### Recomendaciones

PACIENTE A QUIEN SE LE COLOCA CALOR HUMEDO ELECTROESTIMULACION DURANTE 10 MINT SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS DE ESPINALES BAJOS OBLICUOS DEL ABDOMEN ISQUIOTIBIALES GLUTEOS 4 SERIES DE 20 SEGUNDOS A TOLERANCIA EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO DE ABDOMINALES CON BALON Y ESTIRAMIENTO DE LA FASCIA LUMBAR SE DAN RECOMENDACIONES PARA CONTINUAR EJERCICIOS EN CASA NO SE PRESENTAN COMPLICACIONES.

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias  
Profesional: Viviana Carolina Morales Hernandez Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 53012761 Identificación Profesional: 53012761

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 11/02/2011 Hora Ingreso: 07:25 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 152616442  
Fecha Atención: 11/02/2011 Hora Atención: 07:25 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 11/02/2011 Hora Fin Atención: 07:27 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 13 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: PINTOR(A) Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333  
Acompañante: SOLO Teléfono: 3692  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

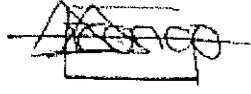
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
COMO DE CINTURA DE CALIFICACION 9/10	PACIENTE CON DOLOR DE CALIFICACION 6/10 NO HAY CAMBIOS CON RESPECTO A LA SESION ANTERIOR	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Lumbago con ciática  
Código CIE10 M544  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE APLICA CALOR LOCAL 10 MINUTOS SE RELAJAN ESTIRAMIENTOS DE GLÚTEO MAYOR GLÚTEO MEDIO BILATERAL SESION SIN COMPLICACIONES POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR SESION SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya  
Profesional: Blanca Alejandra Arango Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Registro Médico: 52694397 Identificación Profesional: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 09/02/2011 Hora Ingreso: 06:58 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 152360302  
Fecha Atención: 09/02/2011 Hora Atención: 06:58 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 09/02/2011 Hora Fin Atención: 07:22 PM Tipo Consulta: Evolución Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 11 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: PINTOR(A) Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333 3692  
Acompañante: SOLO Teléfono:  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

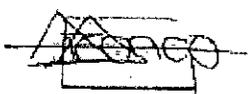
Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
PRIMERA SEGUNDA SESION DE FISIOTERAPIA DOLOR EN LA CINTURA ES DE CALIFICACION 8/10	PACIENTE CON DOLOR DE CALIFICACION 8/10 EN REGION SACROILIACA BILATERAL HAY RETRACCIONES LEVES EN ISQUIOTIBIALES GLUTEO MAYOR GLUTEO MEDIO BILATERAL	

### Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía  
Código CIE10 M511  
Tipo de Diagnóstico CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

Recomendaciones SE APLICA CALOR LOCAL 10 MINUTOS EN REGION LUMBAR SE REALIZAN ESTIRAMIENTOS DE PIRAMIDAL DE LA PELVIS Y DE ISQUIOTIBIALES BILATERAL 10 REPETICIONES DE 30 SEGUNDOS EN POSICIONES UPINO POST TRATAMIENTO DISMINUYO DOLOR BAJO A LA CALIFICACION 7/10 SESION SIN COMPLICACIONES

### Información IPS

  
Profesional: Blanca Alejandra Arango  
Registro Médico: 52694397

Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias  
Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA  
Identificación Profesional: 52694397

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 01/02/2011 Hora Ingreso: 12:14 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 151451089  
 Fecha Atención: 01/02/2011 Hora Atención: 12:14 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
 Fecha Fin Atención: 01/02/2011 Hora Fin Atención: 12:33 PM Tipo Consulta: Primera Vez Historia Consulta Externa  
 IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Datos Paciente

Nombre: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 79208073  
 Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 28/11/1969 Edad: 41 años 2 meses 3 dias  
 Sexo: MASCULINO Ocupación: PINTOR(A) Dirección: DIAG 85 30 04 Teléfono: 3142756113 333 3692  
 Acompañante: Teléfono:  
 Responsable: Teléfono: Parentesco:  
 Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

### Anamnesis

Motivo de Consulta	Enfermedad Actual	Referencia y Contrareferencia
REPORTADO POR ORTOPEDIA REFIERE* EL DOLOR EMPIEZA DESDE LA MITAD DE LA CADERA Y SE ME REFIERE A LA PIERNA DERECHA SIENTO HORMIGUEOS POR LA CINTURA Y CORRIENTAZOS DE VEZ EN CUANDO ME OPERARON 2 VECES DE HERNIAS DISCALES LUMBARES LA ULTIMA FUE EL 10 DE DICIEMBRE DE 2010 PERO HAN SEGUIDO LOS DOLORES Y MOLESTA AUNQUE MENOS QUE ANTES AL SUBIR Y BAJAR GRADAS ME DUELE AL ESTAR ACOSTADO A SENTADO ME DUELE AUMENTA EN EL DIA *ANTECEDENTES PATOLOGICOS NIEGA FARMACOLOGICOS TRAMADOL ACETAMINOFEN QX NIEGA CALIFICA EL DOLOR EN 7/10 SEGUN EAV TIENE EXAMENS COMPLEMENTARIOS PERO NO LOS TRAJO	DOLOR: EN ZONA LUMBAR IRRADIADO A MID ESPASMOS: LUMBARES PARAVERTEBRALES MOVILIDAD ARTICULAR: LIMITADOS A FLEXION LUMBAR LIMITADA EN CADERA RODILLA FUERZA MUSCULAR: ABDOMINALES 3+/5 ISQUIOTIBIALES 3+/5 GLUTEOS 3+/5 ESPINALES BAJOS 3/5 CUADRADO LUMBAR 3+/5 RETRACCIONES: EN ISQUIOTIBIALES ESPINALES BAJOS FLEXORES DE CADERA ROTADORES DE CADERA CREPITACION NO SENSIBILIDAD: PARESTESIAS OCASIONALES POSTURA: MALA HIGIENE POSTURAL RADICULOPATIA SI EN MID MARCHA: ANTALGICA EQUILIBRIO: ALTERADO MID PROPIOCEPCION ALTERADO MID	

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía
<b>Código CIE10</b>	M511
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO REPETIDO
<b>Observación</b>	
<b>DIAGNOSTICO SECUNDARIO</b>	Lumbago no especificado
<b>Código CIE10</b>	M545
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO REPETIDO
<b>Observación</b>	
<b>DIAGNOSTICO SECUNDARIO</b>	Espondilosis, no especificada
<b>Código CIE10</b>	M479
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO REPETIDO
<b>Observación</b>	
<b>Recomendaciones</b>	LLEGAR 15 MINUTOS ANTES DE LA TERAPIA TRAER ROPA COMODA TRAER LA ORDEN A CADA SESION QUE ASISTA CUMPLIR PLAN CASERO PROPUESTO POR LA FISIOTERAPEUTA FIRMA Y ESTA DE ACUERDO CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO  SE INFORMA SOBRE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE FORMA INTEGRAL Y QUE PUEDE REQUERIR SEGUN SU CONDICION CLINICA DE PROCEDIMIENTOS DIFERENTES COMO SON: MEDICION DE FUERZA DE LA RESISTENCIA CARDIOVASCULAR SESIONES DE TERMOTERAPIA Y CRIOTERAPIA MASAJES UTILIZACION DE EQUIPOS DE TRACCION ELECTROESTIMULACION USO DE MEDICACION LOCAL EJERCICIOS DE RESISTENCIA ENTRE OTROS Y QUE PUEDEN GENERAR ESTOS PROCEDIMIENTOS ALGUNAS MOLESTIAS Y EN ALGUNAS OCASIONES COMPLICACIONES Y TAMBIEN QUE EL RESULTADO DEPENDE DE FORMA IMPORTANTE EL CUMPLIMIENTO A LAS SESIONES Y ORDENES FISIOTERAPEUTICAS Y MEDICAS QUE EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DETERMINA

### Ayudas Diagnósticas

<b>Procedimiento</b>	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	<b>Lateralidad</b>	No Aplica
<b>Observación</b>	GRUPO COLUMNA 3 VECES POR SEMANA DX: POP MICRODISCOIDECTOMIA L5-S1 *10/DIC/2010* +IRRADIADO A MI SE ORDENAN 10 SESIONES LLEGAR 15 MINUTOS ANTES TRAER ROPA COMODA Y UNA TOALLA PEQUEÑA REALIZAR PLAN CASERO ESPERAR EL LLAMADO POR GRUPO		

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 01/02/2011 Hora Ingreso: 12:14 PM Número Ingreso: 22544744 N° Historia: 151451089  
Fecha Atención: 01/02/2011 Hora Atención: 12:14 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 01/02/2011 Hora Fin Atención: 12:33 PM Tipo Consulta: Primera Vez Historia Consulta Externa  
IPS Primaria: CB CMF 20 De Julio

### Información IPS



Nombre IPS: Convenio Cb Ips Olaya Terapias

Profesional: Ines Cecilia Guerrero Dorado

Especialidad Profesional: FISIOTERAPIA

Registro Médico: 1130606476

Identificación Profesional: 1130606476

Lili

Bogotá de 29 de diciembre de 2016

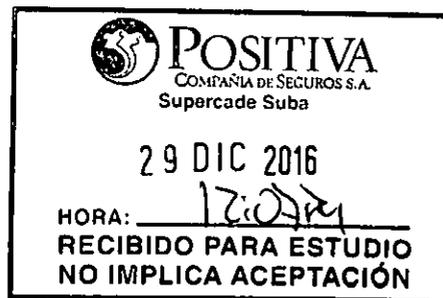
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  
Orig: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
Dest: MATRIZ.GCIA INDEMNIZA  
Dcto: PAGO DE INDEMNIZACION  
Fecha: 03/01/2017 09:44 AM  
Rad: ENT-560  
Fo: 2 Anx: 0

Señores:

Gerencia indemnizaciones ARL POSITIVA

La presente es con el fin de solicitar a ustedes el certificado del dictamen de calificación de ~~pérdida de capacidad~~ laboral del señor JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS identificado con CC 79.208.073, de igual manera solicitamos muy amablemente la historia clínica correspondiente a la patología.

Agradezco su colaboración.



Jose Alirio Cruz

JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS  
CC 7908073  
Carrera 12 D N° 18 a 15 Sur  
Barrio la sagrada familia  
Teléfono: 3142756113 3194404505  
Correo: PINTURASYACABADOSREYES@HOTMAIL.COM

Bogotá D.C., 27 de Agosto de 2014

CE201441014711  
DP 94940

Señor  
**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**  
CC 79208073  
Carrera 12 D N° 18 a 15 Sur  
Barrió La Sagrada Familia  
Teléfono: 142756113  
Bogotá D.C.

**REFERENCIA: RESPUESTA SOLICITUD RADICADA EL DÍA 04/08/2014.**

Respetado Señor Cruz,

Dando respuesta a su solicitud de fecha 04 de Agosto de 2014 y radicada en nuestras oficinas el mismo día, mediante la cual solicita la indemnización por enfermedad laboral Lumbalgia mecánica – Hernia discal L4- L5 calificada por la ARL POSITIVA el día 09 de Agosto de 2012, al respecto nos permitimos informarle lo siguiente:

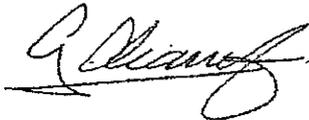
Revisando nuestro sistema de información se evidencia que el Señor Cruz, se encuentra en cobertura con ARL SURA a través de la empresa PINTURA Y ACABADOS REYES S.A.S desde el 05 de Septiembre de 2013.

Durante este periodo no tenemos registros de notificación de reporte de estudio de presunta enfermedad laboral ni accidente laboral, en cobertura con esta Administradora.

- Por lo anterior nos permitimos solicitarle certificado de ARL POSITIVA, en donde nos informen si el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral se encuentra en firme o en su defecto existe alguna apelación del mismo por las partes interesadas o si ellos ya asumieron la prestación económica del mismo.
- De igual manera solicitamos toda la historia clínica correspondiente a esta patología para evaluar su condición de salud actual por la enfermedad laboral todo lo relacionado y realizado por su anterior ARL, por favor radicarla en nuestras oficinas Av. El Dorado N° 68 B - 85 piso 6, Torre Suramericana dirigida a Medicina Laboral.

Cualquier información adicional al respecto con gusto la resolveremos a través de la línea de atención 018000511414, 4055911, en el teléfono 405 59 00 ó mediante comunicación escrita dirigida a la comisión medico laboral.

Atentamente,



**COMISION MEDICO LABORAL  
ARL SURA  
REGIONAL CENTRO**

Bogotá D.C.

Señor(a)  
**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**  
**DG 68J 30 04**  
**7319728**  
Bogotá



Asunto: Solicitud Certificación Afiliación – cobertura ARL **JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS -CC - 79208073**

Cordial saludo.

De manera atenta se efectúa solicitud de carta juramentada o certificación de afiliación de la ARL ultima a la cual ha estado vinculado; así mismo indicar nombre de la empresa ultima en la que se encuentre laborando con dato telefónico de contacto, ello a fin de determinar conducta a seguir frente a la continuidad de prestaciones económicas y/o asistenciales a que haya lugar, por enfermedad laboral, según lo establecido en el Artículo 1 Parágrafo 2 de la ley 776 de 2002.

Lo anterior debido a afiliación inactiva con aseguradora Positiva Compañía de Seguros desde el 27/11/2019.

En caso de requerir información adicional podrá comunicarse a través de nuestras líneas Positiva donde le brindaremos atención correspondiente, marcando a Nivel Nacional 018000111170 y en Bogotá 3307000.

Cordialmente,



**CLAUDIA LUCIA GOMEZ**  
Medico Coordinador Gestión integral del Siniestro  
Gerencia Sucursal Bogotá Cundinamarca

Anexo 1  
Elaboró: Luz marina Comba Rodriguez – Profesional Especializado  
Forma de envío: COURIER

VD0006543227

1909132

F3. 16.15.9.03



**ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES**

Al consultar nuestro sistema de información, usted registra con estado inactivo/ retirado a la afiliación que tuvo al sistema general de riesgos profesionales con ésta Aseguradora; en busca de dar continuidad al proceso frente a patologías cursadas, se requiere diligenciar el formato de certificación que aparece al final del presente comunicado, siempre y cuando Positiva Compañía de Seguros S. A., sea la última entidad a la que estuvo afiliado(a) a riesgos laborales.

Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 1 Parágrafo 2 de la ley 776 de 2002.

En caso de haber estado afiliado (a) a otra ARL después de la finalización de vinculación con Positiva Compañía de Seguros S. A, favor indicar a continuación cuál es su última o actual entidad de afiliación a riesgos laborales:

Favor hacer entrega de esta información dentro de los 5 días hábiles siguientes al recibo de esta comunicación, en el punto de atención más cercano de Positiva Compañía de Seguros S.A.

**CERTIFICACIÓN**

Por medio de la presente certifico que desde el momento en que mi último empleador reportó novedad de retiro al sistema general de riesgos profesionales con Positiva Compañía de Seguros S. A., no he estado afiliado a ninguna otra Administradora de riesgos laborales.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** .....

**C.C.:** ..... **EMPLEADOR:** .....

**DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES:** .....

**BARRIO:** ..... **CIUDAD O MUNICIPIO:** .....

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** .....

**TELÉFONO ACTUAL FIJO:** ..... **CELULAR:**.....



472

**Destinatario**  
 Nombre Razón Social: UAC CENTRO  
 Dirección: DIAGONAL 80 J 30 04  
 Ciudad: BOGOTÁ D.C.  
 Departamento: BOGOTÁ D.C.  
 Código postal: 11011953  
 Fecha admisión: 27 01 2020 11 18 53

**Remilente**  
 Nombre Razón Social: POSITIVA COORDINADORA BOGOTÁ  
 Dirección: Cra 7 N 26-70 Piso 5  
 Ciudad: BOGOTÁ D.C.  
 Departamento: BOGOTÁ D.C.  
 Código postal: 11011953  
 Envío: HACIENDA 190790

472

1111 000

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. (S.P.N.)  
 CORREO CERTIFICADO POSITIVA 2019  
 Centro Operativo: UAC CENTRO Fecha Pre-Admisión: 27/01/2020 11:18:53



RA232319079C0

<b>Orden de servicio:</b> 13126377		<b>Crucial Devoluciones:</b>	
<b>Remilente</b>	Nombre Razón Social: POSITIVA COORDINADORA BOGOTÁ Dirección: Cra 7 N 26-70 Piso 5 Referencia: 35007 Ciudad: BOGOTÁ D.C.	Nombre Razón Social: POSITIVA COORDINADORA BOGOTÁ Dirección: Cra 7 N 26-70 Piso 5 Teléfono: 85022200 FAX: 2239 Ciudad: BOGOTÁ D.C. Depto: BOGOTÁ D.C. Código Postal: 11011953 Código Operativo: 1111755	<input type="checkbox"/> PE Pehusado <input type="checkbox"/> NE No existe <input type="checkbox"/> NR No reside <input type="checkbox"/> NI No reclamado <input type="checkbox"/> ID Desconocido <input type="checkbox"/> DE Dirección errada
<b>Destinatario</b>	Nombre Razón Social: JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS Dirección: DIAGONAL 80 J 30 04 Tel: 7319728 Ciudad: BOGOTÁ D.C.	Edificio: <b>TOQUEADAMA</b> M/C. CRT. 1200015 Teléfono: 85022200 FAX: 2239 Código Postal: 11011953 Depto: BOGOTÁ D.C.	<input type="checkbox"/> C1 C2 Cerrado <input type="checkbox"/> N1 N2 No contactado <input type="checkbox"/> FA Fallado <input type="checkbox"/> AC Apartado Clamorado <input type="checkbox"/> FM Fuerza Mayor
<b>Valores</b>	Peso Físico(grams): 200 Peso Volumétrico(grams): 0 Peso Facturado(grams): 200 Valor Declarado: \$0 Valor Flete: \$2 050 Costo de manejo: \$0 Valor Total: \$2 050	Diga Contener: <b>PARA VERIFICACIÓN DEL DESTILARIO</b> Observaciones del cliente: <b>9AL-2020-11-012-00105</b> <b>29 ENE 2020</b> <b>RECEBIDO</b> <b>CGN</b>	Fecha de entrega: <b>16</b> Distribuidor: Gestión de entrega: <b>tar</b>



11117551111000RA232319079C0

Principio: Bogotá D.C. Colombia Diagonal 75 G # 95 A 55 Bogotá / www.472.com.co Línea Nacional: 01 8000 111 210 / Tel. contacto: (571) 4722000. Min. Transporte, I. de. de. 000700 del 20 de mayo de 2011/72n, TIC, Res. Municipios Expressa 001967 de 9 septiembre del 2011

**29 ENE 2020**  
**Oscar Arce**  
**CC: 78734258**

1111 755  
 UAC CENTRO  
 CENTRO A

472 Motivos de Devolución

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Desconocido	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	No Existe Número
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Rehusado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	No Reclamado
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Cancelado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	No Contactado
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Dirección Errada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Apartado Clausurado
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	No Recibido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Fuerza Mayor

Fecha 1: DIA MES AÑO R D	Fecha 2: DIA MES AÑO R D
Nombre del distribuidor: <b>USCAR ARCO</b>	Nombre del distribuidor: C.C.
Centro de Distribución: C.C.	Centro de Distribución: C.C.
Observaciones: <i>[Handwritten signature]</i>	Observaciones: <i>[Handwritten signature]</i>



*fuera*



Señor:

**JOSE ALIRIO CRUZ ARIAS**

**Cédula de Ciudadanía: 79208073.**

Correo electrónico: cruzariasjosealirio@gmail.com

Dirección: DG 68J 30 04

Teléfono: 3142756113

BOGOTA D.C. - BOGOTA D.C.

DOCUMENTO DE SALIDA  
Gestor Documental - WEB  
2021-04-13 00:04:00  
SAL-2021 01 005 181481  
GRUPO PQRD GERENCIA  
MÉDICA  
ENT-2021 01 002 071262  
Folios:256

**Asunto: Respuesta ENT-2021 01 002 071262 del 31 de marzo de 2021.**  
**Solicitud: Información Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral.**  
**Siniestro: 50650733 de fecha 04/02/2010**

Respetado Señor José Alirio Cruz Arias, reciba un cordial saludo de Positiva Compañía de Seguros S.A.

En atención a la petición interpuesta ante la Compañía, en la cual solita información referente a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, le informamos lo siguiente:

Una vez revisados nuestros sistemas de información, se evidencia registro del siniestro N°50650733 de fecha 04/02/2010 bajo las patologías M541 HERNIA DISCAL L4 L5 Y M545 LUMBALGIA MECÁNICA CRÓNICA, las cuales se calificación de Origen Profesional, bajo Dictamen N° 47503 de fecha 19/04/2010.

Se evidencia que esta Administradora de Riesgos Laborales emitió el dictamen N. 47945 de fecha 09/07/2012, el cual asignó un valor porcentual de 18,1% de secuelas derivadas de los diagnósticos calificados y que se presentaron en ocasión al siniestro, es menester recordar que este se emitió con base en los preceptos del Decreto 1507 de 2014.

Ahora bien, respecto de su solicitud de remisión de la documentación referente su evento, adjunto a esta respuesta encontrara el expediente solicitado.

Finalmente, manifestamos que la información contenida en la presente comunicación y el medio de correspondencia para la efectiva recepción de la misma (correo electrónico: cruzariasjosealirio@gmail.com), se intentó manifestar a través de contacto telefónico producido el día 12/04/2021 en las líneas 3167380201-3142756113, sin embargo, tras varios intentos no fue posible.

Esperamos con esta respuesta haber dado claridad y tramite a sus requerimientos manifestado siempre nuestro compromiso con la calidad en la atención y servicios que desarrollamos.

Cualquier duda o aclaración adicional que pueda requerir serán atendidas con gusto en la Línea Positiva en Bogotá al 3307000 o 018000 111170 sin costo a Nivel Nacional o a través de nuestros canales virtuales <https://www.positiva.gov.co/> y el correo electrónico [servicioalcliente@positiva.gov.co](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)





Cordialmente, \_\_\_\_\_



**ROSALBA FIGUEREDO MAZO**  
PROFESIONAL

Anexo: 256 Folios

Anexo: Medio Magnético N

Copia:

Elaboró: CRISTIAN ALBERTO CRUZ CASTILLO REN  
OSCAR YAYA

Aprobó: ROSALBA FIGUEREDO MAZO

Forma de Envío: Correo Electrónico

