



Fwd: Santiago de Cali, 29 de abril de 2024 URGENTE: Señores JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA expedientes@juntavalle.com solicitudes@juntavalle.com judicial@juntavalle.com Cali - Valle REFERENCIA: SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ...

Desde Edwin Andres Hurtado Cuero <mailenandrea9@gmail.com>

Fecha Mié 30/04/2025 3:23 PM

Para Juzgado 01 Laboral Circuito - Valle del Cauca - Cali <j01lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 7 archivos adjuntos (6 MB)

OFICIO JMCI VALLE DEL CAUCA-1.pdf; Consignación de honorarios a la Junta de Calificación de Invalidez del Valle .pdf; Formulario-de-solicitud-2025.pdf; SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.pdf; COPIA DE LA CEDULA.pdf; HISTORIAS CLINICAS.pdf; DEMANDA CON MEDIDA CAUTELAR DE JOSE FELIX.pdf;

No suele recibir correo electrónico de mailenandrea9@gmail.com. [Por qué es esto importante](#)

Forwarded Conversation

Subject: Santiago de Cali, 29 de abril de 2024 URGENTE: Señores JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA expedientes@juntavalle.com solicitudes@juntavalle.com judicial@juntavalle.com Cali - Valle REFERENCIA: SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ SOLICITANTE: JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116. 237.310 de Tuluá, comedidamente solicito a su despacho realizar de manera integral la calificación de invalidez, prueba pericial que fue decretada por el Juzgado 01 Laboral del Circuito de Cali. - LOS EVENTOS A CALIFICAR SON LOS SIGUIENTES: 1. K400 HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCIÓN. 2. Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICOS. - FINALIDAD DE LA CALIFICACIÓN. La calificación se requiere como prueba pericial para un proceso judicial que cursa en el Juzgado 01 Laboral del Circuit

De: **Edwin Andres Hurtado Cuero** <mailenandrea9@gmail.com>

Date: mar, 29 abr 2025 a la(s) 8:00 a.m.

To: <judicial@juntavalle.com>

Santiago de Cali, 29 de abril de 2024

URGENTE:

Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

expedientes@juntavalle.com

solicitudes@juntavalle.com

judicial@juntavalle.com

Cali - Valle

REFERENCIA: SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
SOLICITANTE: JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO

JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116. 237.310 de Tuluá, comedidamente solicito a su despacho realizar de manera integral la calificación de invalidez, prueba pericial que fue decretada por el **Juzgado 01 Laboral del Circuito de Cali**.

- **LOS EVENTOS A CALIFICAR SON LOS SIGUIENTES:**

1. *K400 HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCIÓN.*
2. *Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICOS.*

- **FINALIDAD DE LA CALIFICACIÓN.**

La calificación se requiere como prueba pericial para un proceso judicial que cursa en el **Juzgado 01 Laboral del Circuito de Cali**, bajo la radicación No. **76001-31-05-001- 2020 – 00444-00**, con la finalidad de determinar la pérdida de capacidad laboral.

- **INFORMAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Bajo la gravedad del juramento, y el principio de la buena fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución política, que no he sido calificada anteriormente por ninguna entidad del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES), por esta patología o enfermedad.

- **MANIFESTACIÓN SOBRE LAS OTRAS PARTES INTERESADAS**

ÿ JUZGADO 01 LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI

Carrera 10 No. 12 – 15 Piso 8 del Palacio de Justicia Pedro Elias Serranos Abadía de Cali.

E- mail: J01lctocali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Teléfono: 898 6868 Ext. 3013.

ÿ EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.

NIT. 900472950-1.

Kilómetro 5 Vía La Buitrera Callejon Cascabeles - Cali

: Viviana.aguilera@equicercali.com

Teléfono: 483 7422.

representada legalmente por: **VIVIANA ALICIA AGUILERA FARFAN.**

NOTA: SE ADVIERTE QUE EL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SE REQUIERE PARA MÁS TARDAR EL DÍA 08 DE ABRIL DE 2025.

ADJUNTOS:

1. Oficio de remisión a calificación.
2. Consignación de honorarios a la Junta Regional de Invalidez del Valle del Cauca.
3. Formulario de solicitud de calificación diligenciado.
4. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración.
5. Copia de mi cedula de ciudadanía.
6. Historias clínicas.
7. Demanda.

NOTIFICACIONES

PETICIONARIO: Carrera 1ª2A No. 73 – 29, B/San Luis II – Cali.

Celular 320 731 8379 – +56 9 2756 6668.

Correo electrónico: edwinhurtado@hotmail.es

mailenandrea9@gmail.com

Atentamente,



JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO

C. C. No. 1.116. 237.310 de Tuluá

De: **Edwin Andres Hurtado Cuero** <mailenandrea9@gmail.com>

Date: mié, 30 abr 2025 a la(s) 3:18 p.m.

To: <solicitudes@juntavalle.com>, <expedientes@juntavalle.com>, <judicial@juntavalle.com>, <J01lctocali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

De: **Mail Delivery Subsystem** <mailer-daemon@googlemail.com>

Date: mié, 30 abr 2025 a la(s) 3:18 p.m.

To: <mailenandrea9@gmail.com>



No se encontró la dirección

Tu mensaje no se entregó a **J01lctocali@cendoj.ramajudicial.gov.co** porque la dirección no se encuentra o no puede recibir correos electrónicos.

MÁS INFORMACIÓN

▲ *Este enlace te llevará a un sitio externo*

Respuesta del servidor remoto:

550 5.4.1 Recipient address rejected: Access denied. For more information see <https://aka.ms/EXOSmtpErrors> [[SJ1PEPF000231C.namprd03.prod.outlook.com](https://aka.ms/EXOSmtpErrors) 2025-04-30T20:18:23.318Z 08DD87035F9FA2DA]

Santiago de Cali, 29 de abril de 2024

URGENTE:

Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

expedientes@juntavalle.com

solicitudes@juntavalle.com

judicial@juntavalle.com

Cali - Valle

REFERENCIA: SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ

SOLICITANTE: JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO

JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116. 237.310 de Tuluá, comedidamente solicito a su despacho realizar de manera integral la calificación de invalidez, prueba pericial que fue decretada por el **Juzgado 01 Laboral del Circuito de Cali**.

- **LOS EVENTOS A CALIFICAR SON LOS SIGUIENTES:**

1. *K400 HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCIÓN.*
2. *Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICOS.*

- **FINALIDAD DE LA CALIFICACIÓN.**

La calificación se requiere como prueba pericial para un proceso judicial que cursa en el **Juzgado 01 Laboral del Circuito de Cali**, bajo la radicación No. **76001-31-05-001- 2020 – 00444- 00**, con la finalidad de determinar la pérdida de capacidad laboral.

- **INFORMAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Bajo la gravedad del juramento, y el principio de la buena fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución política, que no he sido calificada anteriormente por ninguna entidad del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES), por esta patología o enfermedad.

- **MANIFESTACIÓN SOBRE LAS OTRAS PARTES INTERESADAS**

• **JUZGADO 01 LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI**

Carrera 10 No. 12 – 15 Piso 8 del Palacio de Justicia Pedro Elias Serranos Abadía de Cali.

E- mail: J01lctocali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Teléfono: 898 6868 Ext. 3013.

• **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**

NIT. 900472950-1.

Kilómetro 5 Vía La Buitrera Callejon Cascabeles - Cali

: Viviana.aguilera@equicercali.com

Teléfono: 483 7422.

representada legalmente por: **VIVIANA ALICIA AGUILERA FARFAN.**

NOTA: SE ADVIERTE QUE EL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SE REQUIERE PARA MÁS TARDAR EL DÍA 08 DE ABRIL DE 2025.

ADJUNTOS:

1. Oficio de remisión a calificación.
2. Consignación de honorarios a la Junta Regional de Invalidez del Valle del Cauca.
3. Formulario de solicitud de calificación diligenciado.
4. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración.
5. Copia de mi cedula de ciudadanía.
6. Historias clínicas.
7. Demanda.

NOTIFICACIONES

PETICIONARIO: Carrera 1ª2A No. 73 – 29, B/San Luis II – Cali.
Celular 320 731 8379 – +56 9 2756 6668.
Correo electrónico: edwinhurtado@hotmail.es
mailenandrea9@gmail.com

Atentamente,



JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO
C. C. No. 1.116. 237.310 de Tuluá



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACION		
Fecha de la Solicitud: 29 DE ABRIL DE 2025		
DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE		
Nombre de la Entidad Remitente: JUZGADO 01 LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI		
Dirección: CARRERA 10 # 12 – 15, PISO 8 PALACION DE JUSTICIA		Ciudad: CALI
Correo Electrónico: j01lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co		
No.(s) de Celular (es): 898 6868 (campo obligatorio)		Número de Folios:
Descripción de documentos anexos: Oficio de remisión del Despacho judicial, copia de la demanda, aclaración de eventos a calificar, entre otros.		
DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA		
Apellidos: MONTAÑO MONTAÑO		Nombres: JOSE FEELIX
Tipo de Documento de Identidad: CEDULA DE CIUDADANIA		Número:1.116.237.310
Expedido en: TULUA		
Fecha de Nacimiento: 08 DE OCTUBRE DE 1985		Edad: 39 Género: MASCULINO
Dirección: CARRERA 1ª2A # 73 – 29, B/ SAN LUIS II(obligatorio)		Ciudad o Municipio de RESIDENCIA DE LA PERSONA OBJETO DEL DICTAMEN: (campo-obligatorio) CALI
Teléfono: 320 731 8379 - +56 9 2756 6668		Celular: 320 731 8379 - +56 9 2756 6668 (campo-obligatorio)
Correo electrónico: (campo obligatorio) EDWINHURTADO@HOTMAIL.ES		
Estado Civil: Casado(a) () Soltero (a) () Unión Libre (X) Viudo (a) () Separado (a) ()		
Escolaridad: Primaria (X) Secundaria () Universidad() Analfabeta () Otro ()		
DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA (ACTUAL)		
Nombre de la Empresa: EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.		
Dirección: Kilómetro 5 Via La Buitrera Callejon Cascabeles		Ciudad: CALI
Teléfono: 643 9080		
Correo electrónico: Viviana.aguilera@equicercali.com		
Cargo Actual: OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA		
Actividad económica del empleador: CONSTRUCCION EN GENERAL		
MOTIVO DE REMISION		
1	X	CALIFICACION DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
2	X	CALIFICACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ
3	X	CALIFICACION DEL ORIGEN
4		REVISION DE LA CALIFICACION (APORTAR DICTAMEN PREVIO/ CALIFICACIÓN ANTERIOR)
5		OTRO - ESPECIFIQUE:
VINCULACIONES		
Entidad de seguridad o previsión social a que está afiliado actualmente: Beneficiario (X)		Cotizante ()
EPS: EMSSANAR S. A. S SUBSIDIADO		
ARL: NO		
FONDO DE PENSIONES: PROTECCION		
ASEGURADORA SEGURO PREVISIONAL:NO		
DESVINCLADO LABORALMENTE DESDE: 15 DE FEBRERO DE 2020		
CONSTANCIA		
X		Dejo constancia de que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta por el mismo motivo o causa.
RESPONSABLE DE LA REMISION		
Nombre y apellidos: MARIA CLAUDIA DELGADO MOORE		

Julieta Barco Llanos

Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera

Carrera 37 No 6-28 Barrio Eucarístico, Santiago de Cali PBX: 5531020

Cuenta Ahorros: 017300102021 Banco Davivienda

Página web: www.juntavalle.com – Correo: expedientes@juntavalle.com



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

Documento de Identidad: JUZGADO 01 LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI
Cargo: JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI
Correo Electrónico : j01lccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
No. Celular y/o teléfono de contacto: 898 6868

SOLICITUD PARTICULAR ANTE LA JUNTA

La calificación de forma particular **únicamente podrá solicitarse ante la Junta Regional** para los siguientes casos, de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1. del Decreto 1072 de 2015:

- Reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos.
- Entidades bancarias o compañía de seguros.
- Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

En estas situaciones, las Juntas actúan como peritos.

REQUISITOS SOLICITUD PARTICULAR

1. Consignación por la suma de **\$1.423.500.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar copia legible).
2. Formulario debidamente diligenciado con letra clara y legible.
3. **Concepto de alta médica y/o mejoría médica máxima.**
4. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración, determinando:
 - Si requiere calificación de un evento específico o calificación integral.
 - Demostrando el interés jurídico e informando puntualmente cual es la finalidad del dictamen (ejemplo: demanda, condonación de deuda, compañía de seguros, sustitución pensional).
 - Informar bajo la gravedad del juramento, si ha sido calificado anteriormente por alguna de las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES). En caso afirmativo, aportar copia de la (s) calificación (es).
 - Manifiestar cuales son las otras partes interesadas.
5. Copia de la cédula o documento de identidad.
6. Copia completa de la historia clínica **ACTUALIZADA** con conceptos y valoraciones de especialistas que soporten el (os) diagnóstico (s) motivo de calificación.
7. Reportes de medicina legal.
8. Si se requiere para condonación de deuda, anexar carta expedida por la entidad financiera donde solicita la valoración por la Junta Regional.
9. Registro civil de defunción, en el evento de requerirse para sustitución pensional o pensión de sobrevivientes.
10. Si actúa en representación de persona natural o jurídica aportar poder debidamente firmado, dirigido a esta junta facultándolo para actuar.
11. En caso de actuar como curador aportar copia de la sentencia de interdicción judicial y copia del documento de identidad del curador.

SOLICITUD POR AUTORIDAD JUDICIAL

Adicional a los requisitos para calificación particular, deberá anexarse:

- Oficio remitario del Despacho judicial.
- Copia de la demanda.
- Aclaración respecto a: evento, diagnóstico(s) y/o patología(s) requiere el Despacho se califique.

En el evento en que, la Junta Regional de calificación de invalidez actúe como perito por orden de la Fiscalía General de la Nación, su gestión no generará honorario alguno.

SOLICITUD VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Adicional a los requisitos para calificación particular, deberá anexarse:

- Demostrar el interés jurídico; para lo cual, deberá aportarse: copia del acto administrativo (Resolución) que demuestre la inclusión en el Registro Único de Víctimas -RUV- como víctima del conflicto armado.
- Aportar copia de la historia clínica que refleje los hechos en la fecha en que ocurrió el acto de violencia que causó la pérdida de capacidad laboral.
- Copia de los documentos que evidencien el nexo causal entre el acto de violencia suscitado en marco del conflicto armado interno y la pérdida de capacidad laboral.

Julieta Barco Llanos

Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera

Carrera 37 No 6-28 Barrio Eucarístico, Santiago de Cali PBX: 5531020

Cuenta Ahorros: **017300102021** Banco Davivienda

Página web: www.juntavalle.com – Correo: expedientes@juntavalle.com



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

- Consignación por la suma de **\$142.350.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar copia legible).

NOTA:

El expediente deberá radicarse a través del correo electrónico: expedientes@juntavalle.com organizado en un solo formato PDF EN CARPETA COMPRIMIDA MARCADA CON NOMBRE Y CÉDULA DE LA PERSONA A CALIFICAR; igualmente, en el **ASUNTO DEL CORREO** deberá indicarse: el nombre de la persona a calificar y número de documentos de identificación.

Julieta Barco Llanos

Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera

Carrera 37 No 6-28 Barrio Eucarístico, Santiago de Cali PBX: 5531020

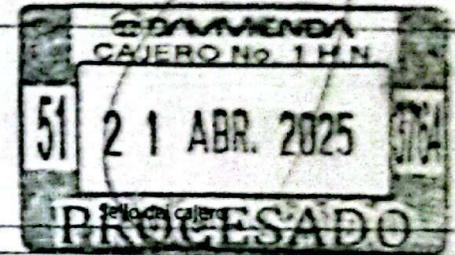
Cuenta Ahorros: **017300102021** Banco Davivienda

Página web: www.juntavalle.com – Correo: expedientes@juntavalle.com



(92)02500907022558

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES



DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio JRCTVC Código convenio / No. cuenta 017300102021

Referencia 1 1116232310 Referencia 2 _____

No. factura	Valor	No. factura	Valor

FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

Efectivo Cheque

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

Cuenta de Ahorro Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito*

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor

No. de cuotas _____

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 1.427.500,63

No. cheques Total cheque \$ _____

Total \$ 1.427.500,63

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario: _____ Identificación del beneficiario: _____ Valor a cobrar \$ _____

PAGO DE PLANILLA

Planilla asistida Pin único

Número planilla / Pin único _____ Periodo liquidado (AAAA/MM) _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

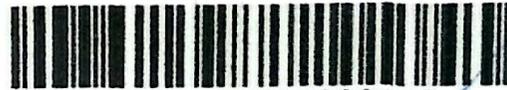
Nombre y apellidos Jose Felix Teléfono 3215196181 Ciudad _____

Documento identidad: CC CE TI NIT No. documento 1116-232-310

Firma de quien realiza la transacción _____ Huella _____

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Compañía de Seguros de Vida Davivienda S.A.

- CLIENTE -



(92)02500907022558

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio JRCTVC Código convenio / No. cuenta 017300102021

Referencia 1 1116237310 Referencia 2

No. factura	Valor	No. factura	Valor



FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

Efectivo Cheque **CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO**

Cuenta de Ahorro Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito* No. de cuotas

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 1.423.500,66

No. cheques Total cheque \$

Total \$ 1.423.500,66

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario: Identificación del beneficiario: Valor a cobrar \$

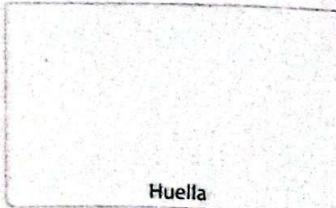
PAGO DE PLANILLA

Planilla asistida Pin único Número planilla / Pin único Periodo liquidado (AAAA/MM)

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellidos Jose Felix Teléfono 3215196877 Ciudad

Documento identidad: CC CE TI NIT No. documento 1116-237.310 Firma de quien realiza la transacción



El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. * Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Este formato es válido con el sello del cajero.

- CLIENTE -

República de Colombia



RAMA JUDICIAL

JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI

CARRERA 10 No. 12-15, PISO 8° PALACIO DE JUSTICIA

EDIFICIO "PEDRO ELÍAS SERRANO ABADIA"

Correo electrónico: j01ccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Santiago de Cali, 22 de febrero de 2024

Oficio N.º 91

Señores:

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

Cali – Valle del Cauca

PROCESO:	ORDINARIO LABORAL
DEMANDANTE:	JOSÉ FELIX MONTAÑO MONTAÑO
DEMANDADO:	EQUIPOS CERTIFICADOS S.A.S. Y OTROS.
RADICACIÓN:	76001310500120200044400

Comunico a Ud., que a través de Auto N.º 485 de la fecha se dispuso:

*"(...) **PRUEBA PERICIAL:** Por considerarse conducente y pertinente para resolver el litigio en el presente asunto, se ordena remitir al demandante JOSÉ FELIX MONTAÑO MONTAÑO a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA, con el fin de que dicha entidad se sirva calificar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del demandante, origen y fecha de estructuración. Así mismo deberá indicar en caso de que el demandante tenga alguna patología, si la misma corresponde a una enfermedad que puede ser considerada a corto, mediano o largo plazo. El costo de dicha prueba estará a cargo de la parte actora."*

Atentamente,

La Secretaria

Firmado Por:
Maria Paula Wirtz Avendaño
Secretaria
Juzgado De Circuito
Laboral 001
Cali - Valle Del Cauca

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

Código de verificación: **cd82501e18e270f36f92b53787c4cae4e77bf1cfca6180bb3733c99f5e8ada6a**

Documento generado en 23/02/2024 07:48:20 AM

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.116.237.310

MONTAÑO MONTAÑO

APELLIDOS

JOSE FELIX

NOMBRES

Jose Felix
Firma



FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1985

TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

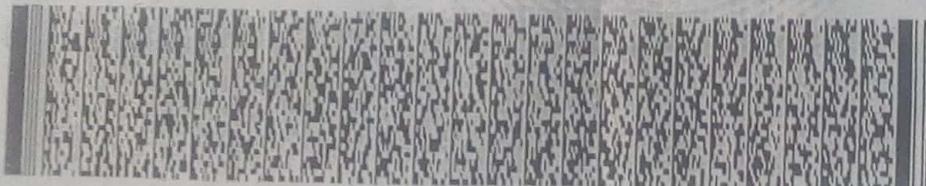
19-MAY-2005 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vachá
Registrador Nacional

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-3110600-00839980-M-1116237310-20160714

0050465234A 2

46367795

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

HISTORIA CLINICA

EPICRISIS

1196500

1



SALA DE URGENCIAS

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA

1116237310

NOMBRES JOSE FELIX APELLIDOS MONTAÑO MONTAÑO EDAD 35 años 4 mes 7 dias SEXO M

FECHA DE INGRESO 15/02/2020 14:29:06 FECHA DE EGRESO 16/02/2020 08:03:25
SERVICIO DE INGRESO SALA DE URGENCIAS SERVICIO DE EGRESO SALA DE URGENCIAS
ESTADO GENERAL AL INGRESO ESTABLE ESTADO GENERAL AL EGRESO ESTABLE

MOTIVO DE LA CONSULTA TENGO UNA HERNIA Y ME DUELE MUCHO
ENFERMEDAD ACTUAL paciente con hernia inguino escrotal derecha hace 8 años hoy subitamente aumento de tamaño de escroto en ingle izquierda con dolor intenso, no vomito consulta a huv donde no es aceptado y es sacado a la fuerza del servicio de urgencias lo redirecciona a esta institucion

ANTECEDENTES personales negativo apr ahta problema cardiaco diabetes hbc

REVISION POR SISTEMAS negativo

HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO Piel palidez enpiel y mucosa Cabeza : NORMAL Cuello/Torax : NORMAL Cardio/Pulmonar :NORMAL Abdomen/Espalda : blando depresible hernia inguinal izquierda encarcelada Genital/Recto :NORMAL Extremidades : NORMAL Neurologico :NORMAL

CONDUCTA nada via oral control signo vitales cada 6 horas solcuion salina 1500 c para 3 horas continuar a 100 c horq buscapina compuesta amp difur una amp en 200 cc solcuion salina pasar ev lento diclofenaco amp aplnscar una amp im ahora sanfegrar para hemograma pcr valoracion por cirujano

DIAGNOSTICOS DE INGRESO K400 HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN ok

EVOLUCION PACIENTE EN POP HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL CON MALLA CON EVOLUCION SATISFACTORIA, SE DA ALTA CON ANALGESIA Y RECOMENDACIONES

AYUDAS DIAGNOSTICAS - NITROGENO UREICO (BUN) - TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT) - CREATININA EN SUERC ORINA U OTROS - CUADRO HEMATOCRITO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA

DIAGNOSTICOS DE EGRESO K410 HERNIA FEMORAL BILATERAL, CON OBSTRUCCION, SIN ok

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS HERNIORRAFIA BILATERAL

531001 HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA

INTERCONSULTAS REALIZADAS INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

CERTIFICADO

PLAN DE MANEJO AMBULATORIO ANALGESIA, RETIRO DE PUNTOS, CONTROL DESTINO DE PACIENTE Atendido y Enviado a Casa

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R.M. 26/6609
C.C. 62111

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS

Orden: 4629673 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35

Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014

ASEGURADOR: EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO



SOLICITUD

CANTIDAD

0066 RETIRO DE PUNTOS

RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS

16/02/2020 08:00:55

Indicaciones

DIAGNOSTICO: K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio: SALA DE URGENCIAS

IMPRESO: 16/02/2020 08:01:36

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R. 167676608
C.C. 14.652.442

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
Identificacion: 14652442 RM :766608/10

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS



Orden: 4629674 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014
ASEGURADOR: EMSSANAR S A S SUBSIDIADO



SOLICITUD

CANTIDAD

890335

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

15/02/2020 08 01:17

Consulta

CONTROL EN 15 DIAS

DIAGNOSTICO: K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio: SALA DE URGENCIAS

IMPRESO: 16/02/2020 08:01:24

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R.M. 76 / 6608
C.C. 14.652.442

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
Identificacion: 14652442 RM : 766608/10

398

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS



Orden: 4629674 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014
ASEGURADOR: EMSSANAR S A S SUBSIDIADO



SOLICITUD

CANTIDAD

990335 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

16/02/2020 08:01:17

Consulta

CONTROL EN 15 DIAS

DIAGNOSTICO: K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio: SALA DE URGENCIAS

IMPRESO: 16/02/2020 08:01:24

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Mauricio Escobar Loiza
CIRUJANO
P. 1652
C. 11.052

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOIZA
Identificacion: 14652442 RM: 766608/10

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS



Orden: 4629673 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014
ASEGURADOR EMSSANAR S A S SUBSIDIADO



SOLICITUD

CANTIDAD

0066 RETIRO DE PUNTOS

16/02/2020 08 00 55

Indicaciones

RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS

DIAGNOSTICO K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio : SALA DE URGENCIAS

IMPRESO : 16/02/2020 08:01:36

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R.M. 766608
C.E. 14.652/442

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
Identificacion: 14652442 RM :766608/10

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

HISTORIA CLINICA - CIRUGIA GENERAL

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Registro 1025695



I. DATOS DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION CC 1116237310 HISTORIA 1196500 SEXO M

FECHA Y HORA CONSULTA 02/03/2020 13:41:33 MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI BARRIO LOS NARANJOS II

P. RESPONSABLE TELEFONO ESCOLARIDAD No Definido

NOMBRES JOSE FELIX APELLIDOS MONTAÑO MONTAÑO EDAD 34 Años 4 Mese 24 Dias

DIRECCION KR 26B2 # 80-29 B/NARANJOS 2 TELEFONO 3186715014 ASEGURADOR EMSSANAR S.A.S. CONTRIBUTIVO

II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA 3 Consulta Externa

MOTIVO CONSULTA CITA CONTROL

REMITE OTRO SITIO ESTADO CIVIL U-LIBRE

IV. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE NO SEMANAS 0 PES 55 Kg

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON PO DE HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL (DR QUINETERO) HACE 15 DIAS, PACIENTE REFIERE SENTIR DOLOR A NIVEL DE HERIDA QX, A NIVEL DE TESTICULO DERECHO LEVE INTENSIDAD

ANTECEDENTES ALERTA TEMPRANA Ninguno

la operacionales negativo apr ahta problema cardiaco diabetes tbc

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO

V. EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES F.C. 0 Temp 0 °C T.A 0 / 0 mmHg FR: 0 x min GLASGOW: Ocular 4 Verbal 5 Motora 6 Talla 165

ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, EUPNEICO ABDOMEN HERIDA QX EN REGION INGUINAL BILATERAL SIN SIGNOS DE INFECCION, NO RECIDIVA.

DIAGNOSTICOS LOS ANOTADOS

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS ok

Impresion : 02/03/2020 14:47:43

CONDUCTA ORIGEN CIRUGIA GENERAL DESTINO Atendido y Requiere Cita de Control

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON PO DE HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL HACE 15 DIAS, EVOLUCION QUIRURGICA ACCEPTABLE SIN EMBAROG PACIENTE REFIERE DOLOR A NIVEL DE HERIDA QX BILATERAL Y DOLOR TESTICULO DERECHO, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE INFECCION AGUDA, NO RECIDIVA. DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, IBUPROFENO TAB 600 MG CADA 8 HORAS X 3 DIAS CITA DE CONTROL X CIRUGIA GENERAL CON RESULTADOS

Mauricio Escobar
Cirujano General
R.M. 76 / 853
C.C. 14.65

Medico MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
14652442 MEDICO CIRUJANO
Registro Medico 52880810



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS

Orden: 4664034 Historia: 1196500-0 ID: 1116237310 Edad: 34
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO Telefono: 3186715014



ASEGURADOR: EMSSANAR S.A.S. CONTRIBUTIVO

SOLICITUD

CANTIDAD

1 001146 IBUPROFENO TAB 600MG

12

PEDIDO : 1 - 1 TAB CADA 8 HORAS X 4 DIAS

02/03/2020 13:46:20

Medicamentos

DIAGNOSTICO: Z988-OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Servicio : CIRUGIA GENERAL

IMPRESO : 02/03/2020 14:46:17

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Mauricio Escobar Loaiza
CIRUGIA GENERAL
C.C. 14652442

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
Identificacion: 14652442 RM :766608/10

Resumen de la solicitud

Fecha y hora de la solicitud: 2020-03-02 13:52

IPS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI (VALLE)

Ámbito: Ambulatorio

Regimen: Subsidiado

Afiliado CC 1116237310 JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO
Regional: Regional Valle - Cauca

Lazos



Número solicitud	Número ítem	Código	Descripción	Cantidad	Número autorización	IPS Autorizada
13568383	1	01890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1	2020000682537	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI (VALLE) Dirección: KR 4 # 17 - 67 Teléfono: 4892222

Este documento es informativo y no tiene validez para facturación de servicios.

2/4



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS

Orden: 4629670 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014
ASEGURADOR EMSSANAR S A S SUBSIDIADO



SOLICITUD

			CANTIDAD
1	013268	NAPROXENO TABLETA 250 MG	15
PEDIDO 1 - 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS			15/02/2020 08 00 14
2	000947	ACETAMINOFEN TAB 500 MG	20
PEDIDO 1 - 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS			15/02/2020 08 00 34

DIAGNOSTICO K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio : SALA DE URGENCIAS

IMPRESO : 16/02/2020 08:01:50

Pagina: 1

Mauricio Escobar Loaiza
 MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
 Cirujano General
 R.C. 7616818
 C.C. 14.652.107

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
Identificacion: 14652442 RM :766608/10

4/5

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS



Orden: 4629670 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014
ASEGURADOR: EMSSANAR S A S SUBSIDIADO



SOLICITUD

CANTIDAD

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	FECHA	CANTIDAD
1	013268	NAPROXENO TABLETA 250 MG	16/02/2020 08:00:14	15
PEDIDO 1 - 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS				Medicamentos
2	000947	ACETAMINOFEN TAB 500 MG	16/02/2020 08:00:34	20
PEDIDO 1 - 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS				Medicamentos

DIAGNOSTICO: K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio: SALA DE URGENCIAS

IMPRESO: 16/02/2020 08:01:50

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4092222

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R.M. 76 / 6578
C.C. 14.552.442

Medico: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA
Identificacion: 14652442 RM: 765608/10

26

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS



Orden: 4637491 Historia: 1196500-1 ID: 1116237310 Edad: 35
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑOMONTAÑO Telefono: 3186715014
ASEGURADOR EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO



INDICACIONES	SOLICITUD	CANTIDAD
SE PRESCRIBE 15 DE INCAPACIDAD DESDE 15/02/2020 HASTA 29/02/2020 -		15

DIAGNOSTICO K400-HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN

Servicio : SALA DE URGENCIAS

IMPRESO : 19/02/2020 11:43:55

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

Luis Edo. Miranda G.
Cirujía General y K...
INDIALE - R.M. 19-14

Medico: LUIS EDUARDO MIRANDA GAITAN
Identificacion: 94412157 RM: 19-0160/00

47

 IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI			FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS	
Orden: 4637491	Historia: 1196500-0	ID: 1116237310	Edad: 34	
Nombre: JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO		Telefono: 3186715014		
ASEGURADOR: EMSSANAR S.A.S. CONTRIBUTIVO				



1	0053	INCAPACIDAD	SOLICITUD	CANTIDAD
SE PRESCRIBE 15 DE INCAPACIDAD DESDE 15/02/2020 HASTA 29/02/2020 -			19/02/2020 11:43:11	Indicaciones 15

DIAGNOSTICO: Z988-OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

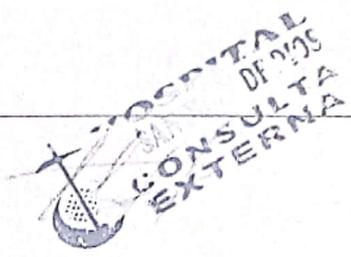
Servicio : SALA DE URGENCIAS

IMPRESO : 02/03/2020 14:49:11

Pagina: 1

RedSalud V1-19102019

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222



Medico: LUIS EDUARDO MIRANDA GAITAN
 Identificacion: 94412157 RM :19-0160/00

15/02



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD **12256674**

Fecha y Hora: 16/02/2020 08:00:55

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CODIGO: 7600103715

TELEFONO: 4892222

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA

DIRECCION

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO: 76001 CALI

EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO

ESS118

NIT: 890303841-8

CRA 4 NRO 17 - 67

DATOS DEL PACIENTE

MONTAÑO

1er Apellido

Tipo Documento de Identificación

Cedula de Ciudadania

Direccion de Residencia Habitual:

Departamento: 76

Telefono Celular:

Cobertura en salud:

Regimen Subsidiado

MONTAÑO

2do Apellido

1116237310

KR 26B2 # 80-29 B/NARANJOS 2

VALLE DEL CAUCA

VALLE DEL CAUCA

JOSE

1er Nombre

Numero documento de identificación

Municipio: 76001

SANTIAGO DE CALI

Correo Electronico:

FELIX

2do Nombre

Fecha de Nacimiento

08/10/1985

Telefono: 3186715014

SANTIAGO DE CALI

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atencion:

Consulta General

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

Urgencias

Manejo integral segun Guia de:

HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA

Tipo de Servicios Solicitados:

Servicios Electivos

Servicio: SALA DE URGENCIAS

Prioridad de la atencion:

Prioritaria

Cama: 0

CUPS

Cantidad

Descripcion

Autorizado

0066

1

RETIRO DE PUNTOS

Justificacion Clinica:

RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS

Mauricio Escobar Loaiza
Cirurgano General
R.M. 2810002
C.C. 24.652.442

Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal

Diagnostico relacionado 1

Diagnostico relacionado 2

CIE10

K400

Descripcion

HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION SIN GANGRENA

Firma Profesional

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita:

MAURICIO ESCOBAR LOAIZA

Cargo

MEDICO CIRUJANO

IMPRESO 16/02/2020 08:01:42

RM 766608/10

ID 14652442

Telefono

4892222

Telefono Celular

Usuario: MAURICIO ESCOBAR LOAIZA Control: 1196500



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD **12256675**

Fecha y Hora: 16/02/2020 08:01:17

49

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

NIT : 890303841-8

CODIGO: 7600103715

DIRECCION

CRA 4 NRO 17 - 67

TELEFONO : 4892222

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO : 76001 CALI

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA

EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO

ESS118

DATOS DEL PACIENTE

MONTAÑO

MONTAÑO

JOSE

FELIX

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificacion

Numero documento de identificacion

Fecha de Nacimiento

Cedula de Ciudadania

1116237310

08/10/1985

Direccion de Residencia Habitual: KR 26B2 # 80-29 B/NARANJOS 2

Telefono : 3186715014

Departamento : 76

VALLE DEL CAUCA

Municipio : 76001

SANTIAGO DE CALI

Telefono Celular :

Correo Electronico :

Cobertura en salud :

Regimen Subsidiado

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atencion :

Tipo de Servicios Solicitados :

Prioridad de la atencion :

Consulta General

Servicios Electivos

Prioritaria

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion :

Urgencias

Servicio : SALA DE URGENCIAS

Cama : 0

Manejo integral segun Guia de : **HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA**

CUPS

Cantidad

Descripcion

Autorizado

890335 1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Justificacion Clinica

CONTROL EN 15 DIAS

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R.M. 7616607
C.C. 14.652.442

Firma Profesional

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Diagnostico Principal

K400

HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA

Diagnostico relacionado 1

Diagnostico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita:

IMPRESO 16/02/2020 08:01:31

Telefono 4892222

MAURICIO ESCOBAR LOAIZA

RM 766608/10

Cargo MEDICO CIRUJANO

ID 14652442

Telefono Celular



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD 12264492

Fecha y Hora 19/02/2020 11:43 11

50

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

NIT : 890303841-8

CODIGO: 7600103715

DIRECCION

CRA 4 NRC 17 - 67

TELEFONO : 4892222

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO : 76001 CALI

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA

EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO

ESS118

DATOS DEL PACIENTE

MONTAÑO

MONTAÑO

JOSE

FELIX

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificacion

Numero documento de identificacion

Fecha de Nacimiento

Cedula de Ciudadania

1116237310

08/10/1985

Direccion de Residencia Habitual: KR 26B2 # 80-29 B/NARANJOS 2

Telefono : 3186715014

Departamento : 76

VALLE DEL CAUCA

Municipio : 76001

SANTIAGO DE CALI

Telefono Celular :

Correo Electronico :

Cobertura en salud :

Regimen Subsidiado

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atencion :

Tipo de Servicios Solicitados :

Prioridad de la atencion :

Consulta General

Posterior a la Atencion Inicial de Urgencias

Prioritaria

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion :

Urgencias

Servicio : SALA DE URGENCIAS

Cama : 0

Manejo integral segun Guia de : HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA

CUPS

Cantidad

Descripcion

Autorizado

0053

15

INCAPACIDAD

Justificacion Clinica

SE PRESCRIBE 15 DE INCAPACIDAD DESDE 15/02/2020 HASTA 29/02/2020 -

Luis Edo. Miranda G

Impresion Diagnostica :

CIE10

Descripcion

Firma Profesional

Diagnostico Principal

K400

HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCION, SIN GANGRENA

Diagnostico relacionado 1

Diagnostico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita

IMPRESO 19/02/2020 11 44.11

Telefono

4892222

LUIS EDUARDO MIRANDA GAITAN

RM 19-0160/00

Cargo

MEDICO CIRUJANO

ID 94412157

Telefono Celular

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**NUMERO SOLICITUD **12291021**

Fecha y Hora: 02/03/2020 13:42:03

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

NIT: 890303841-8

CODIGO: 7600103715

DIRECCION

CRA 4 NRO 17 - 67

TELEFONO: 4892222

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO: 76001 CALI

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA

EMSSANAR S.A.S. CONTRIBUTIVO

ESSC18

DATOS DEL PACIENTE

MONTAÑO 1er Apellido	MONTAÑO 2do Apellido	JOSE 1er Nombre	FELIX 2do Nombre
Tipo Documento de Identificacion	Numero documento de identificacion		Fecha de Nacimiento
<input checked="" type="checkbox"/> Cedula de Ciudadania	1116237310		08/10/1985
Direccion de Residencia Habitual:	KR 26B2 # 80-29 B/NARANJOS 2		Telefono: 3186715014
Departamento: 76	VALLE DEL CAUCA	Municipio: 76001	SANTIAGO DE CALI
Telefono Celular:	Correo Electronico:		
Cobertura en salud:			
<input checked="" type="checkbox"/> Regimen Contributivo			

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atencion:

 Consulta Externa

Tipo de Servicios Solicitados:

 Servicios Electivos

Prioridad de la atencion:

 No prioritaria

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

 Consulta Externa

Servicio: CIRUGIA GENERAL

Cama: 0

Manejo integral segun Guia de:

OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Autorizado

CUPS

Cantidad

Descripcion

890335

1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Mauricio Escobar Loaiza
Cirujano General
R.M. 76 / 6608
C.C. 14.652.442

Justificacion Clinica:

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON PO DE HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL HACE 15 DIAS. EVOLUCION QUIRURGICA ACEPTABLE SIN EMBAROG PACIENTE REFIERE DOLOR A NIVEL DE HERIDA QX BILATERAL Y DOLOR TESTICULO DERECHO, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE INFECCION AGUDA, NO RECIDIDA, DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, NAPROXENO TAB 250 MG CADA 8 HORAS X 3 DIAS. CITA DE CONTROL X CIRUGIA GENERAL CON RESULTADOS. - require cita en 42 dias

Firma Profesional

Impresion Diagnostica:

CIE10

Descripcion

Diagnostico Principal:

Z988

OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Diagnostico relacionado 1

...

...

Diagnostico relacionado 2

...

...

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita:

MAURICIO ESCOBAR LOAIZA

IMPRESO: 02/03/2020 14:44:59

Telefono 4892222

Cargo

MEDICO CIRUJANO

RM 766608/10

ID 14652442

Telefono Celular

Usuario :ADMINISTRADOR DEL

Control : 1196500

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

Señor(a)

JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI (REPARTO)

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA
DEMANDANTE: JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO
DEMANDADO: EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S., Y OTROS

EDWIN ANDRÉS SINISTERRA HURTADO, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.080.764 de Cali, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 313.767 del HCSJ, con dirección profesional en la Carrera 5 No. 10 – 63 oficina 513 del Edificio Colseguros, con dirección electrónica: Edwinhurtado@hotmail.es, y con teléfono celular: 320 731 8379, obrando como Apoderado Judicial del señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116. 237.310 de Tuluá, con dirección de notificación en la Calle 83 No. 20 – 67, B/ Valle Grande, y con teléfono celular: 318 671 5014, según poder adjunto, por medio del presente escrito me permito formular ante su despacho **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**, contra la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, identificada con NIT: **900472950-1**, con dirección para notificación judicial en la ciudad de Cali, en el Kilómetro 5 Vía La Buitrera Callejon Cascabeles, y dirección de notificación electrónica: Viviana.aguilera@equicercali.com, representada legalmente por la señora **VIVIANA ALICIA AGUILERA FARFAN**, o por quien haga sus veces en sus ausencia temporales o definitivas, y la empresa **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, identificada con NIT: **860058070 - 6**, con dirección para notificación judicial en la ciudad de Bogotá D.C., en la Carrera 54 A No. 127ª - 45, y dirección de notificación electrónica: Impuestos@constructoracolpatria.com, representada legalmente por el señor **CLAUDIA LILIANA RODRIGUEZ CASTILLO**, o por quien haga sus veces en sus ausencia temporales o definitivas, para que mediante el trámite legal correspondiente y a través de sentencia se profieran las declaraciones y condenas que indicare en la parte petitoria, teniendo en cuenta los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: La **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, celebro un contrato de obra con la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, para desarrollar el proyecto de construcción de la obra W.T.C de la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, ubicado al sur de la ciudad de Cali.

SEGUNDO: El señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, celebro un contrato verbal de trabajo a término indefinido con la empresa **EQUIPOS**

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

CERTIFICADOS S. A. S., desde el 13 de febrero de 2020, para trabajar en el proyecto de construcción de la obra W.T.C de la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, ubicado al sur de la ciudad de Cali.

TERCERO: El señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, desempeñaba el cargo de operario de maquinaria pesada de demolición (Taladro Martillo Demoledor), devengando un salario diario de **\$80. 000.00**, para un salario mensual de **\$2.400. 000.**, con una jornada laboral de 07:00 a.m. a 05:00 p.m.

CUARTO: El señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, fue a laborar el día 15 de febrero de 2020, estando trabajando se le daño la herramienta de trabajo (Taladro Martillo Demoledor).

QUINTO: Mi mandante se desplazaba de su trabajo a su casa, cuando sintió un fuerte dolor en los testículos.

SEXTO: Mi mandante de inmediatamente se dirige al **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**, donde lo atendieron por urgencias y le diagnosticaron **HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCIÓN**.

SEPTIMO: El señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, fue intervenido quirúrgicamente por una **HERNIA INGUINAL BILATERAL CON OBSTRUCCIÓN**, en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI**.

OCTAVO: Mi mandante como consecuencia de la intervención quirúrgica fue incapacitado por quince (15) días para trabajar.

NOVENO: De manera inmediata se comunica con su jefa la señora **VIVIANA ALICIA AGUILERA FARFAN**, donde le informa de su estado de salud.

DECIMO: Mi mandante fue despedido el 15 de febrero de 2020, sin justas causas y estando en estado de debilidad manifiesta, como consecuencia de su estado de salud.

ONCE: Las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, durante el tiempo de duración de la relación laboral no afiliaron al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, al Sistema de Seguridad Social.

DOCE: Las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, no le ha pagado los quince (15) días de incapacidades medicas a mi mandate por valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$1.200. 000.00 m/cte.**).

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

TRECE: Las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, le adeuda a mi mandante las prestaciones sociales que a continuación se describen:

CONCEPTOS	FECHA	VALOR
Auxilio de Cesantías	13/02/2020 al 15/02/2020	\$20.000
Intereses a las Cesantías	13/02/2020 al 15/02/2020	\$20.0
Prima de Servicios	13/02/2020 al 15/02/2020	\$20.000
Vacaciones	13/02/2020 al 15/02/2020	\$10.000
		TOTAL: \$50.020.00

CATORCE: Las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, le adeuda a mi mandante tres días de salarios equivalentes a doscientos cuarenta mil pesos moneda corriente.

QUINCE: Las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, le adeuda a mi mandante la indemnización del artículo 26 de la ley 361 de 1997, por el despido a un trabajador en estado de debilidad manifiesta, como consecuencia de su estado de salud, por un valor de **CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$14.400. 000.00 m/cte.)**.

DIECISÉIS: Las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, le adeuda a mi mandante indemnización por despido sin justa causas.

PRETENSIONES

Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su Despacho, que previo cumplimiento los tramites del **PROCESO ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**, se declare.

1. Que se **DECLARE** que entre la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, existió un contrato laboral desde el 13 de febrero de 2020 hasta el 15 de febrero de 2020 y que continua vigente.
2. Que se **DECLARE** que el despido del señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, fue sin justa causas.
3. Que se **DECLARE** la ineficacia jurídica del despido por falta de autorización del Ministerio de Trabajo, debido a que el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, al momento del despido se encontraba en estado de debilidad manifiesta, como consecuencia de su estado de salud.

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

4. Que se **DECLARE** que las empresas **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, es solidariamente responsable del pago de los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones adeudadas al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, derivadas del contrato de trabajo celebrado entre la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y mi mandante.

5. Que se **ORDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reintegrar laboralmente al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, a un cargo igual o mejor al que desempeñaba y salario igual o mejor al que tenía antes de producirse el despido sin justa causas.

6. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$20. 000.00 m/cte.**), por concepto de **AUXILIO DE CESANTIAS**, adeudada al momento del despido.

7. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de VEINTE PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$20.00 m/cte.**), por concepto de **INTERECES A LAS CESANTIAS**, adeudada al momento del despido.

8. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$20. 000.00 m/cte.**), por concepto de **PRIMA DE SERVICIO**, adeudada al momento del despido.

9. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$10. 000.00 m/cte.**), por concepto de **VACACIONES**, adeudadas al momento del despido.

10. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$1.200. 000.00 m/cte.**), por concepto de incapacidad laboral como consecuencia del accidente.

11. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la **INDEMNIZACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRESTACIONES** consagrada en el artículo 65 del C. S.T., por la suma de DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (**\$**

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

16.800.000.00 m/cte.), desde el 15 de febrero de 2020 hasta el 15 de septiembre de 2020 y las que en adelante se causen hasta su pago efectivo.

12. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la **INDEMNIZACIÓN** del artículo 26 de la ley 361 de 1997, por el despido de un trabajador en estado de debilidad manifiesta sin autorización del Ministerio del Trabajo, por la suma **CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$14.400.000.00 m/cte.).**

13. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, a un día de salario por cada día de retardo por el no pago de las cesantías numeral 3 artículo 99 de la ley 50 del 1990, por la suma de **DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$16.800.000.00 m/cte.),** desde el 15 de febrero de 2020 hasta el 15 de septiembre de 2020 y las que en adelante se causen hasta su pago efectivo.

14. Que se **INDEXEN** las sumas adeudadas, indexadas por el periodo comprendido entre la fecha de la acusación y el pago efectivo.

15. Que se **CONDENE** a las demandadas a pagar cualquier otro derecho que aparezca probado en el proceso en uso de las facultades extra y ultra patita.

16. Que se **CONDENE** a la empresa demandada a pagar costas del Proceso y Agencias en Derecho.

PRETENSIONES SUBSIDIARIAS

1. Que como consecuencia de las anteriores declaraciones se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar los salarios y prestaciones dejados de percibir.

2. Que se **ORDENE** a las demandadas a reconocer y pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, desde el 13 de febrero de 2020 hasta el 26 de agosto de 2020 y los que en adelante se causen.

FUNDAMENTOS DE DERECHOS

Invoco como base de derecho preámbulo, artículo 1, 2,4, 13, 25, 48,53 y 230; en concordancia con los artículos 23, 64, 65,140, 186, 249 y 306 del

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

Código Sustantivo del Trabajo, artículo 99 de la ley 50 de 1990, ley 361 de 1997, artículo 74 y Ss del Código Procesal del Trabajo y Seguridad Social.

RAZONES DE DERECHOS

La legislación colombiana establece en el artículo 22 y Ss del código sustantivo de trabajo lo siguiente:

“ARTICULO 22. DEFINICION.

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.

ARTICULO 23. ELEMENTOS ESENCIALES. <Artículo subrogado por el artículo 1o. de la Ley 50 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:>

1. Para que haya contrato de trabajo se requiere que concurren estos tres elementos esenciales:

a. La actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo;

b. La continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador, que faculta a éste para exigirle el cumplimiento de órdenes, en cualquier momento, en cuanto al modo, tiempo o cantidad de trabajo, e imponerle reglamentos, la cual debe mantenerse por todo el tiempo de duración del contrato. Todo ello sin que afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador en concordancia con los tratados o convenios internacionales que sobre derechos humanos relativos a la materia obliguen al país; y

c. Un salario como retribución del servicio.

2. Una vez reunidos los tres elementos de que trata este artículo, 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”.

De lo anterior se desprende que para que exista un contrato de trabajo solo se requiere reunir los tres requisitos mencionados en los artículos anteriores y no dejara de serlo por una nominación distinta que se le de.

Así las cosas, conforme lo establece el artículo 53 de la Carta Fundamental, el principio de la prevalencia de la realidad sobre las formalidades establecidas por los sujetos de la relación laboral, implica un reconocimiento a la desigualdad existente entre trabajadores y empleadores, así como a la necesidad de garantizar los derechos de aquellos, sin que puedan verse afectados o desmejorados en sus

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

condiciones por las simples formalidades. Y si la realidad demuestra que quien ejerce una profesión liberal o desarrolla un contrato aparentemente civil o comercial, lo hace bajo el sometimiento de una subordinación o dependencia con respecto a la persona natural o jurídica hacia la cual se presta el servicio, se configura la existencia de una evidente relación laboral, resultando por consiguiente inequitativo y discriminatorio que quien ante dicha situación ostente la calidad de trabajador, tenga que ser este quien deba demostrar la subordinación jurídica.

“**ARTICULO 24. PRESUNCION.** <Artículo modificado por el artículo 2o. de la Ley 50 de 1990. El nuevo texto es el siguiente>. Se presume que toda relación de trabajo personal está regida por un contrato de trabajo”.

Ahora bien, la presunción acerca de que toda relación de trabajo personal está regida por un contrato de esa naturaleza implica un traslado de la carga de la prueba al empresario. El empleador, para desvirtuar la presunción, debe acreditar ante el juez que en verdad lo que existe es un contrato civil o comercial y la prestación de servicios no regidos por las normas de trabajo, sin que para ese efecto probatorio sea suficiente la sola exhibición del contrato correspondiente. Será el juez, con fundamento en el principio constitucional de la primacía de la realidad sobre las formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales, quien examine el conjunto de los hechos, por los diferentes medios probatorios, para verificar que ello es así y que, en consecuencia, queda desvirtuada la presunción.

En particular, el artículo 13 de la Constitución Política establece la igualdad de derechos, consideración y respeto para todos los ciudadanos. De una parte, en el inciso primero se consagran la igualdad ante la ley y la prohibición de discriminación, componentes esenciales de la dimensión formal de la igualdad. Por otra parte, los incisos segundo y tercero, ordenan la adopción de un tratamiento diferencial, de carácter favorable, frente a personas en condición de debilidad manifiesta o vulnerabilidad, por medio de acciones positivas destinadas a superar las desventajas de hecho que se presentan en la sociedad para alcanzar así una igualdad material.

También es relevante mencionar que los artículos 47 y 54 de la Carta consideran sujetos de protección constitucional a las personas con discapacidad, y ordena a las autoridades estatales la adopción de medidas adecuadas de protección, y a la sociedad en su conjunto dirigir esfuerzos concretos para su integración social.

En cuanto al tema la disposición legal que regula la materia es el artículo 26 de la Ley 361 de 1997, a través de la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación, normatividad que consagra la prohibición para despedir a un trabajador como consecuencia de sus limitaciones físicas, en los siguientes términos:

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

"Artículo 26: Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de trabajo.

No obstante, quienes fueren despedidos o su contrato terminado por razón de su limitación, sin el cumplimiento del requisito previsto en el inciso anterior, tendrán derecho a una indemnización equivalente a ciento ochenta días de salario."

La Corte Constitucional mediante Sentencia C 531 de 2000, declaró condicionalmente exequible el inciso segundo de la norma citada "bajo el supuesto de que en los términos de esta providencia y debido a los principios de respeto a la dignidad humana, solidaridad e igualdad (C.P., arts. 2o. y 13), así como de especial protección constitucional en favor de los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos (C.P., arts. 47 y 54), **carece de todo efecto jurídico el despido o la terminación del contrato de una persona por razón de su limitación sin que exista autorización previa de la oficina de Trabajo que constate la configuración de la existencia de una justa causa para el despido o terminación del respectivo contrato.**" (Negrilla fuera de texto).

Por otro lado, el art. 53 CN consagra la estabilidad en el empleo, irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales, principio de la 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 y la garantía a la seguridad social.

Así, las cosas el principio de la primacía de la realidad sobre las formalidades de acuerdo a la legislación colombiana exige en su art. 23 los elementos esenciales del contrato de trabajo tales como; actividad personal del trabajador, continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador y el salario como retribución del servicio, los cuales se presume que cuando se cumplen o se reúnen los requisitos anteriormente mencionados existe contrato laboral y no deja de serlo por razón del nombre que se le dé ni de otras condiciones o modalidades que se le agreguen.

El inciso 1 literal a numeral 1 del art. 64 modificado por el art. 28, Ley 789 de 2002. El cual dispone lo siguiente:

"En caso de terminación unilateral del contrato de trabajo sin justa causa comprobada, por parte del empleador o si éste da lugar a la terminación unilateral por parte del trabajador por alguna de las justas causas contempladas en la ley, el primero deberá al segundo una indemnización en los términos que a continuación se señalan:

En los contratos a término indefinido la indemnización se pagará así:

a) Para trabajadores que devenguen un salario inferior a diez (10) salarios mínimos mensuales legales:

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

1. Treinta (30) días de salario cuando el trabajador tuviere un tiempo de servicio no mayor de un (1) año''.

Por otra parte el art 65, modificado por el art. 29, Ley 789 de 2002. Indemnización por falta de pago:

''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 o si presentara la demanda, no ha habido pronunciamiento judicial, 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.

Dichos intereses los pagará el empleador sobre las sumas adeudadas al trabajador por concepto de salarios y prestaciones en dinero''.

PRUEBAS

Solicito señor Juez, se sirva tener en cuenta y practicar como pruebas las siguientes:

A. DOCUMENTALES:

1. (05 Folios) Certificado de Existencia y Representación Legal de **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**
2. (07 Folios) Certificado de Existencia y Representación Legal de **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**
3. (02 Folios) Historia laboral de Protección.
4. (08 Folios) Historias clínicas.
5. (02 Folios) Formulas médicas.
6. (02 Folios) Incapacidades.
7. (04 Folios) Autorización de servicios.
8. (01 Folio) Copia de la cedula de la demandante.

B. TESTIMONIALES.

Comendidamente Solicito al Despacho se cite y se haga comparecer la persona que a continuación relaciono, mayor de edad, domiciliado en Cali - Valle, para que rindan su versión sobre los hechos que les consta de esta demanda:

NOMBRE	CC. No.	CIUDAD
ELADIO CUERO HURTADO	10.388.361	CII 83 – 20 - 66 - Cali

C. OFICIOS.

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

1.- Solicito al señor Juez se sirva oficiar al **MINISTERIO DEL TRABAJO**, para que remita al despacho los siguientes documentos:

- a) Copia de la autorización para despedir al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116. 237.310 de Tuluá.

D. PRUEBA PERICIAL.

1.- Si el despacho lo estima conducente, comedidamente solicito se decrete la práctica de la prueba pericial a fin de determinar:

- a). Calificar la pérdida de capacidad laboral del señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116.237.310 de Tuluá.

Para llevar a cabo la prueba solicitada, respetuosamente solicito al despacho oficiar a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**, para que practique dicha prueba y rinda el dictamen respectivo dictamen pericial que será a costas de la demandada.

PROCEDIMIENTO

A la presente demanda debe dársele el trámite de un proceso Ordinario de primera instancia, consagrado en el Capítulo XIV II artículo 74 del Código de Procedimiento Laboral.

COMPETENCIA Y CUANTIA

Es usted competente señor Juez, para conocer de la presente demanda en consideración de la naturaleza del proceso, del domicilio de las partes; La cuantía la estimo superior a veinte salarios mínimos legales mensual vigente (20) S. M. L. M. V.

ANEXOS

1. Poder para actuar debidamente autenticado.
2. Las aducidas en el acápite de pruebas.
3. Copia para el archivo del Despacho.
4. Copia para el traslado de la demanda (con sus anexos).

GRAVEDAD DEL JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento, y el principio de la buena fe, artículo 83 de la Constitución política, manifiesto que la demandante y los testigos no cuentan con dirección electrónica de notificación.

MEDIDA CAUTELAR

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

Comendidamente me dirijo a su Despacho para solicitarle que en el mismo auto admisorio de este libelo, se ordene la inscripción de la demanda en el registro mercantil de empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, para que se extiendan los efectos de la sentencia a los titulares de los derechos correspondientes:

a. **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, identificada con NIT: **900472950-1**.

Sírvase señor juez librar el correspondiente oficio a la **CAMARA DE COMERCIO DE CALI**, para que realice las anotaciones en los respectivos registros mercantiles.

Lo anterior de conformidad con el numeral 1 del artículo 590, artículo 591 y numeral 1 del artículo 593 del Código General del Proceso.

NOTIFICACIONES

EL DEMANDANTE: En la Calle 83 No. 20 – 67, B/ Valle Grande - Cali.
Celular: 318 671 5014.
No tiene correo electrónico de notificación.

LA DEMANDADA: La empresa **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, en la Carrera 54 A No. 127ª – 45 - Bogotá D.C.
Correo electrónico: Impuestos@constructoracolpatria.com.
Teléfono: 643 9080.

LA DEMANDADA: La empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, en el Kilómetro 5 Vía La Buitrera Callejón Cascabeles – Cali.
Correo electrónico: Viviana.aguilera@equicercali.com.
Teléfono: 483 7422.

MI DIRECCIÓN: En la Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros – Cali.
Celular 320 7318379.
Correo electrónico: Edwinhurtado@hotmail.es

Del señor Juez, con el debido respeto

Atentamente



EDWIN ANDRÉS SINISTERRA HURTADO

C. C. No. 1.010.080.764 de Cali
T. P. No. 313.767 del HCSJ.

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

Señor(a)
JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE CALI (REPARTO)
 E. S. D.

REFERENCIA: PODER

JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116.237.310 de Tuluá, con dirección de notificación en la Calle 83 No. 20 - 67, B/ Valle Grande, por medio del presente escrito manifiesto, que confiero **PODER ESPECIAL** pero amplio y suficiente al Doctor **EDWIN ANDRÉS SINISTERRA HURTADO**, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.080.764 de Cali, abogado en ejercicio, portador de la T.P. No. 313.767 del HCSJ, con dirección profesional en la Carrera 5 No. 10 - 63 oficina 513 del Edificio Colseguros, y con dirección electrónica: Edwinhurtado@hotmail.es, para que, mi nombre y representación, presente, tramite y lleve hasta su terminación **DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA**, contra la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, identificada con NIT: **900472950-1**, con dirección para notificación judicial en la ciudad de Cali, en el Kilómetro 5 Vía La Buitrera Callejón Cascabeles, y dirección de notificación electrónica: Viviana.aguilera@equicercali.com, representada legalmente por la señora **VIVIANA ALICIA AGUILERA FARFAN**, o por quien haga sus veces en sus ausencia temporales o definitivas, y la empresa **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A SUCURSAL CALI.**, identificada con NIT: **860058070 - 6**, con dirección para notificación judicial en la ciudad de Cali, en la Calle 22 Norte No. 5º - 29 Oficina 305, y dirección de notificación electrónica: Impuestos@constructoracolpatria.com, representada legalmente por el señor **JUAN CAMILO ESCALANTE RAMIREZ**, o por quien haga sus veces en sus ausencia temporales o definitivas, para que mediante el trámite legal correspondiente y a través de sentencia se profieran las siguientes declaraciones y condenas.

Mi Apoderado queda facultado para lo siguiente:

1. Que se **DECLARE** que entre la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, existió un contrato laboral desde el 13 de febrero de 2020 hasta el 15 de febrero de 2020 y que continua vigente.
2. Que se **DECLARE** que el despido del señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, fue sin justa causas.
3. Que se **DECLARE** la ineficacia jurídica del despido por falta de autorización del Ministerio de Trabajo, debido a que el señor **JOSE FELIX**

Carrera 5 No. 10 - 63 oficina 513 del edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia

Carrera 5 No. 10 - 63, edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia



Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

2

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

MONTAÑO MONTAÑO, al momento del despido se encontraba en estado de debilidad manifiesta, como consecuencia de su estado de salud.

4. Que se **DECLARE** que las empresas **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, es solidariamente responsable del pago de los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones adeudadas al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, derivadas del contrato de trabajo celebrado entre la empresa **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y mi mandante.

5. Que se **ORDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reintegrar laboralmente al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, a un cargo igual o mejor al que desempeñaba y salario igual o mejor al que tenía antes de producirse el despido sin justa causas.

6. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar al señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$20.000.00 m/cte.), por concepto de **AUXILIO DE CESANTIAS**, adeudada al momento del despido.

7. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de VEINTE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$20.00 m/cte.), por concepto de **INTERECES A LAS CESANTIAS**, adeudada al momento del despido.

8. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$20.000.00 m/cte.), por concepto de **PRIMA DE SERVICIO**, adeudada al momento del despido.

9. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$10.000.00 m/cte.), por concepto de **VACACIONES**, adeudadas al momento del despido.

10. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la suma de UN MILLÓN DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.200. 000.00 m/cte.), por concepto de incapacidad laboral como consecuencia del accidente.

Carrera 5 No. 10 – 63 oficina 513 del edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia



Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

3

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

11. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la **INDEMNIZACIÓN POR FALTA DE PAGO DE PRESTACIONES** consagrada en el artículo 65 del C. S.T., por la suma de **DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ 16.800. 000.00 m/cte.)**, desde el 15 de febrero de 2020 hasta el 15 de septiembre de 2020 y las que en adelante se causen hasta su pago efectivo.

12. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, la **INDEMNIZACIÓN** del artículo 26 de la ley 361 de 1997, por el despido de un trabajador en estado de debilidad manifiesta sin autorización del Ministerio del Trabajo, por la suma **CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$14.400.000.00 m/cte.)**.

13. Que se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, a un día de salario por cada día de retardo por el no pago de las cesantías numeral 3 artículo 99 de la ley 50 del 1990, por la suma de **DIECISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$16.800.000.00 m/cte.)**, desde el 15 de febrero de 2020 hasta el 15 de septiembre de 2020 y las que en adelante se causen hasta su pago efectivo.

14. Que se **INDEXEN** las sumas adeudadas, indexadas por el periodo comprendido entre la fecha de la acusación y el pago efectivo.

15. Que se **CONDENE** a las demandadas a pagar cualquier otro derecho que aparezca probado en el proceso en uso de las facultades extra y ultra palita.

16. Que se **CONDENE** a la empresa demandada a pagar costas del Proceso y Agencias en Derecho.

PRETENSIONES SUBSIDIARIAS

1. Que como consecuencia de las anteriores declaraciones se **CONDENE** a las empresas **EQUIPOS CERTIFICADOS S. A. S.**, y la **CONSTRUCTORA COLPATRIA S.A.**, a reconocer y pagar las indemnizaciones, en caso de no conceder el reintegro efectivo.

2. Que se **ORDENE** a las demandadas a reconocer y pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, desde el 13 de febrero de 2020 hasta el 26 de agosto de 2020 y los que en adelante se causen.

Carrera 5 No. 10 – 63 oficina 513 del edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia



Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
 Celular: 320 731 8379
 Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
 Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

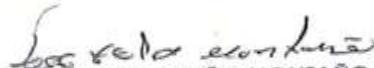
Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

Así mismo queda facultado para interponer recursos, intervenir en todas las instancias, interrogar y contra interrogar, pedir y aportar pruebas, formular tachas, cobrar ejecutivamente la Sentencia definitiva favorable, solicitar título judicial, cobrar título judicial, recibir dinero, cobrar cheques, desistir, conciliar, presentar avalúo, presentar inventario de bienes, renunciar, sustituir este poder total o parcialmente y reasumirlo, demás facultades del artículo 74 y Ss del Código General del Proceso.

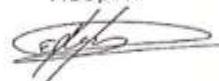
Bajo la gravedad del juramento, y el principio de la buena fe, artículo 83 de la Constitución política, manifiesta el señor **JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO**, que no tiene correo electrónico y que los testigos no cuentan con dirección electrónica de notificación.

Sírvase señor Juez, reconocer personería a mi apoderado.

Atentamente,


JOSE FELIX MONTAÑO MONTAÑO
 C. C. No. 1.116.237.310 de Tuluá

Acepto



EDWIN ANDRÉS SINISTERRA HURTADO
 C. C. No. 1.010.080.764 de Cali
 T.P. No. 313.767 del HCSJ

Carrera 5 No. 10 – 63 oficina 513 del edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Carrera 5 No. 10 – 63, edificio Colseguros
Celular: 320 731 8379
Correo: Edwinhurtado@hotmail.es
Cali - Colombia

Sinisterra Hurtado Abogados
Edwin Andrés Sinisterra Hurtado
Asesorías Jurídicas en Laboral, Seguridad Social, Administrativo, Civil y de Familia
Universidad Libre Seccional Cali

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO
En Cali a 22 SEP 2020
Compareció ante el Notario Diecinueve de esta Ciudad
Jose Felix Montano Montano
a quien Identifiqué con C.C. No. 1.116.259.310
expedida en Tulua y manifestó que el
anterior documento es cierto y que la firma y
huella que aparecen al ple, son suyas
COMPARECIENTE:

HERIBERTO SÁNCHEZ MEDINA
Notario Diecinueve de Cali

