

San Juan de Pasto, 20 agosto de 2019

Señores

**JUZGADO TERCERO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO**

Ciudad

Asunto: Ampliación de Respuesta a oficio 01479 del 13 de diciembre de 2019-  
Proceso ordinario laboral No. 2019-00034

Deseándole éxitos en sus labores diarias.

Con ocasión de la audiencia celebrada dentro del proceso de la referencia el pasado 18 de agosto de 2020, en la cual tuve oportunidad de comparecer como testigo de la parte demandante, me permito dar alcance a la respuesta que inicialmente emitió EMAS PASTO S.A. E.S.P. a su requerimiento identificado con Número 01479 del 13 de diciembre de 2019.

El alcance de esta respuesta se realiza en aras de complementar la información del señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ Identificado con C.C. No. 12.957.079, en los siguientes términos:

1. Se adjunta copia íntegra de la historia laboral del trabajador SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ. En este punto, y de acuerdo con la información consignada en folios 164 y 165 (carta de terminación de contrato de trabajo) la vinculación laboral de esta persona con EMAS PASTO S.A. E.S.P. culminó el 31 de diciembre de 2018.
2. Ahora bien, durante la vigencia de la relación laboral, una vez verificado el historial del señor Oviedo en nuestro sistema interno denominado "Sinergy", se certifica que EMAS PASTO S.A. E.S.P. pagó al trabajador incapacidades generadas desde el mes de abril a noviembre del 2015. A partir de diciembre del 2015 la empresa suspendió los pagos directos del auxilio de incapacidad por su parte y notificó al colaborador para que el pueda tramitar el recobro ante su Arl Axa Colpatria debido a que había superado el tiempo establecido. En este punto es necesario precisar que la relación de pagos que haya efectuado la ARL y el tiempo en que los mismos se desembolsaron ya es de exclusivo conocimiento del señor ABEL OVIEDO, puesto que dicha información ya no podía ser manejada o controlada por EMAS PASTO.
3. Frente al registro de incapacidades, se adjunta informe descargado de la plataforma de "Cafesalud" y "Eps Medimás" en el cual se puede verificar



reportes de incapacidades transcritas por el trabajador desde el 02 de diciembre del 2015 hasta el 09 de febrero del 2017 y desde el 17 de agosto del 2017 hasta el 24 de septiembre del 2018.

4. Desde el 01 de diciembre del 2015, y en fechas posteriores la Eps Cafesalud efectuó pago de incapacidades por enfermedad general en las cuentas de la compañía, incapacidades desde el 02 de diciembre del 2015 hasta el 13 de marzo del 2016, por un valor de \$1.823.886, este valor lo consignó la compañía en la cuenta de ahorros del colaborador el 25 de octubre del 2016. A continuación se puede verificar en detalle las incapacidades pagadas

Tipo Doc.	Número de Documento	Nombres Cotizantes	Nro. Incapacidad/ Licencia	Origen	Fecha Inicio	Fecha Fin	Días Otorg.	Días Acum.	Número de Autorizador	Valor Autorizador
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899158	Enfermedad General	3/07/2016	3/13/2016	7	76	578436903	\$ 160.867
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899156	Enfermedad General	2/29/2016	3/06/2016	7	69	578436503	\$ 114.905
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899156	Enfermedad General	2/29/2016	3/06/2016	7	69	578436502	\$ 45.962
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899155	Enfermedad General	2/17/2016	2/23/2016	7	62	578436302	\$ 160.867
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899153	Enfermedad General	2/10/2016	2/16/2016	7	55	578436102	\$ 160.867
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899151	Enfermedad General	2/03/2016	2/09/2016	7	48	578435902	\$ 160.867
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899150	Enfermedad General	1/27/2016	2/02/2016	7	41	578435802	\$ 68.943
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899150	Enfermedad General	1/27/2016	2/02/2016	7	41	578435801	\$ 91.924
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899148	Enfermedad General	1/20/2016	1/26/2016	7	34	578435401	\$ 160.867
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3899147	Enfermedad General	1/08/2016	1/14/2016	7	27	578435301	\$ 160.867
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3898227	Enfermedad General	12/29/2015	1/04/2016	7	20	578329401	\$ 107.390

CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3898227	Enfermedad General	12/29/2015	1/04/2016	7	20	578329412	\$ 42.956
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3898224	Enfermedad General	12/22/2015	12/28/2015	7	13	578328412	\$ 150.346
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3898220	Enfermedad General	12/15/2015	12/21/2015	7	6	578326812	\$ 150.346
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	3898197	Enfermedad General	12/02/2015	12/07/2015	6	0	578323712	\$ 85.912

**\$ 1.823.886**

5. La Eps Medimás paga las siguientes incapacidades a EMAS PASTO S.A. E.S.P., las cuales fueron transferidas al señor ABEL OVIEDO en el mes de febrero del 2018 por valor de \$1.499.990:

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombres del Cotizante	Origen	Fecha Inicio	Fecha Fin	Días Otorgados	Valor Autorizador
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	25/10/2017	04/11/2017	11	\$147.540
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	25/10/2017	04/11/2017	11	\$122.950
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	13/10/2017	24/10/2017	12	\$295.080
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	21/09/2017	02/10/2017	12	\$245.900
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	21/09/2017	02/10/2017	12	\$49.180
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	08/09/2017	20/09/2017	13	\$319.670
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	Enfermedad General	17/08/2017	31/08/2017	15	\$319.670

**\$ 1.499.990**



6. La Eps Medimás paga las siguientes incapacidades a EMAS PASTO S.A. E.S.P., las cuales fueron transferidas al señor ABEL OVIEDO en el mes de diciembre del 2018, más un ajuste pendiente, valor total pagado por incapacidades es por valor de **\$ 2.864.433**

Tipo de Documento	Número de Documento	Nombres del Cotizante	Nro. Incapacidad o Licencia	Origen	Fecha Inicio	Fecha Fin	Días Otorgados	Días Acumulados	Número de Autorizador	Valor Autorizador
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1321779	Enfermedad General	02/11/2018	08/11/2018	7	63	153974111	\$182.287
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1147702	Enfermedad General	12/09/2018	24/09/2018	13	13	131563109	\$338.533
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1297742	Enfermedad General	13/11/2018	19/11/2018	7	70	149069611	\$182.287
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1322589	Enfermedad General	23/11/2018	29/11/2018	7	77	154062911	\$182.287
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1194409	Enfermedad General	25/09/2018	24/10/2018	30	26	136978609	\$156.246
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1194409	Enfermedad General	25/09/2018	24/10/2018	30	26	136978610	\$624.984
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	689702	Enfermedad General	26/03/2018	04/04/2018	10	0	76905604	\$78.123
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1261955	Enfermedad General	26/10/2018	01/11/2018	7	56	145140910	\$130.205
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1261955	Enfermedad General	26/10/2018	01/11/2018	7	56	145140911	\$52.082
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1109235	Enfermedad General	30/08/2018	11/09/2018	13	0	151016708	\$26.041
CC	12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL	1109235	Enfermedad General	30/08/2018	11/09/2018	13	0	151016709	\$260.410
										<b>\$2.213.485</b>

7. Finalmente, se informa que el 01 de febrero del 2017 la EPS CAFESALUD envió a la dirección del señor OVIEDO un informe detallado de incapacidades en las cuales reporta lo siguiente:

- \* Incapacidades generadas desde el 02 de diciembre del 2015 hasta el 13 de marzo del 2016, las reconoció la EPS.
- \* Incapacidades generadas desde el 14 de marzo del 2016 hasta el 16 de mayo del 2016, Rechazadas por auditoría médica, no reconocidas.
- \* Incapacidades desde el 23 de mayo del 2016 hasta el 09 de febrero del





2017, informan que las incapacidades están a cargo de la ARL.

Sin otro particular, atenta a sus requerimientos.

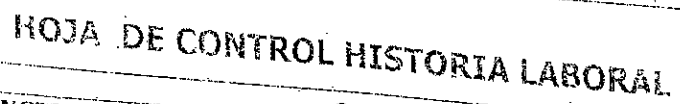


**INGRID LORENA RODRÍGUEZ NARVÁEZ**

Gerente Jurídica  
EMAS PASTO SA ESP

Adjunto: Historia laboral Segundo Abel Oviedo Perez  
Reporte de Incapacidades Segundo Abel Oviedo Perez - Eps Medimás  
Reporte de Incapacidades Segundo Abel Oviedo - Eps Cafesalud





RG-GA-20

$V_1$

MARZO 2011

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

Arlebo Perez Segundo Abel

**CEDULA**

12957079

[illegible]

FECHA DE ELABORACION

RESPONSABLE MANEJO HISTORIA LABORAL

DIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS



ISS  
ISS SANTANDER



# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma **minerva** 10-00

Ciudad <b>Pasto</b>	Fecha <b>01/12/2007</b>	Empleo o cargo solicitado <b>operario</b>	Código cargo <b>OVIPOA</b>
------------------------	----------------------------	--	-------------------------------

## I DATOS PERSONALES

Primer apellido <b>Quiroga</b>	Segundo apellido <b>Pérez</b>	Nombres <b>Segundo Abel</b>	
Profesión, ocupación u oficio <b>Operario</b>		Años de experiencia laboral <b>70 Años</b>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <b>\$ Mínimo</b>
Lugar de nacimiento <b>La Florida Nariño</b>		(*) Fecha de nacimiento <b>06 Feb 1937</b>	(*) Estado civil <b>Casado</b>
Dirección domicilio <b>Casa 6A # B-29</b>		Barrio <b>Niza I</b>	Teléfono <b>7203432</b>
Cédula de ciudadanía: N° <b>62.957079</b>		(**) Libreta militar N°	
Expedida en: <b>Nariño - Florida</b>		Distrito N°	
Licencia de conducción <b>52007-2628920</b>		¿Vivienda propia? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Está trabajando actualmente? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿En qué empresa? <b>"EMAS"</b>	
Nombre del arrendador		Teléfono	
Valor del arriendo <b>\$ 250.000</b>		Tipo de contrato <b>termino fijo</b>	



## II EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento <b>Escuela La Florida</b>	Ciudad <b>Pasto</b>	Ultimo grado cursado <b>primero</b>	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad		Tipo de formación Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	
¿Qué estudios realiza actualmente?				Horario:

## III EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa <b>Coemprander</b>	Dirección <b>C/179 # TSA-73</b>	Teléfono(s) <b>7270647</b>	
Nombre de su jefe inmediato <b>Aldo Efraín Ramírez</b>	Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>operario</b>		
Funciones realizadas <b>trabajar en los carros recolectores de "Emas"</b>			
Fecha de ingreso <b>07/MAY/1997</b>	Fecha de retiro	Sueldo inicial <b>\$ 433.700</b>	Sueldo final o actual <b>\$ 433.700</b>
Motivo del retiro			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial <b>\$</b>	Sueldo final <b>\$</b>
Motivo del retiro			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)									
AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	Textiles y Confecciones	<input type="checkbox"/>	Metalurgia	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>
GANADERIA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Cuero y Calzado	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>	EDUCACION	<input type="checkbox"/>
MINERIA	<input type="checkbox"/>	Papel y Cartón	<input checked="" type="checkbox"/>	Automotores	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>
PETROLEO / GASOLINA	<input type="checkbox"/>	Editorial y Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	Muebles	<input type="checkbox"/>	BODEGAJE	<input type="checkbox"/>	VIGILANCIA	<input checked="" type="checkbox"/>
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	Químico y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	Reciclaje	<input checked="" type="checkbox"/>	COMUNICACIONES	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
Alimentos y Bebidas	<input type="checkbox"/>	, Caucho y Plástico	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	<input type="checkbox"/>	FINCA RAIZ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Vidrio, Cerámica y Cemento	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCION	<input checked="" type="checkbox"/>	INFORMATICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) <b>Aura villota</b>		Profesión, ocupación u oficio <b>Ama de casa</b>		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
				Ciudad	
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante <b>3</b>		Parentesco <b>hija, hija, Esposa</b>		Edades <b>18-22-45</b>	
Nombre(s) padre(s)			Profesión, ocupación u oficio		

**VI. REFERENCIAS PERSONALES** (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

1.-	Nombre Carlos Betancurth	Ocupación Zubilado	Dirección B/ Niza 2	Teléfono 7273505
2.-	Nombre Nancy Villota	Ocupación Ama de casa	Dirección B/ Pandiá 40	Teléfono 7373552

## VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?		Anuncio <input type="checkbox"/>	Amigo <input type="checkbox"/>	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	
		Agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de la persona que lo recomienda				División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa méncionelos					

### Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

## Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)).

**Firma del solicitante**

Segundo Violado  
C.C. 12957079

## VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Candidato elegible próximamente        Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Contrátese a partir del		Sueldo \$
	Cargo		Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación



CC 12.957.079 de Pasto

Nombres:

Segundo Abel

Apellidos:

Oviedo Perez

Segundo Oviedo Perez

FIRMA DEL INTERESADO

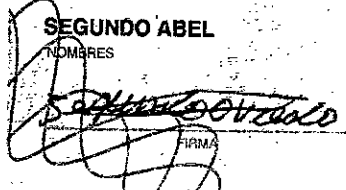

No. 17544570

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

QUE A LA FECHA, 31 DIC. 2007 EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO, CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DERECHO Y NUMERO DE CEDULA DE CIUDADANIA QUE ANTECEDEN:

«NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES»

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DEL DAS AUTORIZADO

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
12957079  
NUMERO  
OVIEDO PEREZ  
APELLIDOS  
SEGUNDO ABEL  
NOMBRES  
  
FIRMA  




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1951  
LA FLORIDA  
(NARIÑO)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1.62 B+ M  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
24-ABR-1973 PASTO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALBA BEATRIZ RENDON LOPEZ



A-2300100-53 106681-M-0012957079-20030527 04522 03148P 01 13085484



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12957079

OVIEDO PEREZ  
APELLIDOS

SEGUNDO ABEL  
NOMBRES



*Segundo Oviedo*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1951

LA FLORIDA  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

SEXO

24-ABR-1973 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almendra*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMENDRA GONZALEZ LOPEZ




A-2300100-53 106881-44-0012957079-20030527 04522 03146P 01 130885484



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
DIRECCION GENERAL DE TRANSPORTE Y TRANSITO TERRESTRE AUTOMOTOR

LICENCIA DE CONDUCCION 52001 - 2628920 I



DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CATEGORIA	
C 12957079		5 04	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
OVIEDO		PEREZ	
NOMBRE			
SEGUNDO ABEL			
SANGRE	RH	RESTRICCIONES	VENCIMIENTO
B	P		2009-JUL
		CODIGO ESCUELA	
		003-52001	
			



COEMPRENDER

## COOPERATIVA EMPRESARIAL DE RECICLADORES DE NARIÑO

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA  
EMPRESARIAL DE RECICLADORES DE NARIÑO  
"COEMPRENDER"

EN PLENO USO DE LAS FACULTADES LEGALES

### CERTIFICA:

Que el señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO**, identificado con CC No 12.957.079 de Pasto (N), trabaja para nuestra entidad Cooperativa Empresarial de Recicladores de Nariño, en el cargo de **OPERARIO** desde el 1º. De Marzo de 1.997 hasta la fecha, con contrato laboral a término fijo renovable.

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre del año dos mil siete (2007).

**ALDO EFRAÍN RAMÍREZ**  
Gerente

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
37.085.885

NUMERO

OVIEDO VILLOTA

APELLIDOS

ANGELA MAIDE

NOMBRES

*Angela Oviedo*  
FIRMA



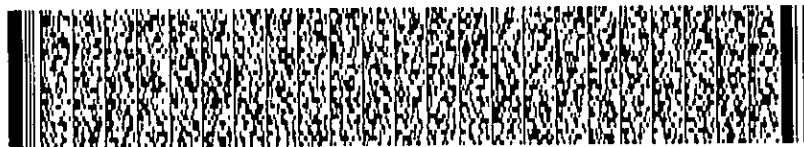
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1985  
PASTO  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO  
1.56 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
04-ABR-2003 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2300100-53117511-F-0037085885-20030905

04878 03248A 01 148655732

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

9890068

IDENTIFICACION No. 28

1 Parte básica	2 Parte compl.
850110	37157

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregimiento, etc.) NOTARIA SEGUNDA	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría PASTO NARIÑO	5 Código 4302
---	---	------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido OVIEDO	7 Segundo apellido VILLOTA	8 Nombres ANGELA MAIDE
9 Masculino o Femenino FEMENINO	10 <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	11 Día 10
	12 Mes ENERO	13 Año 1985
14 País COLOMBIA	15 Departamento, Int., o Com. NARIÑO	16 Municipio PASTO

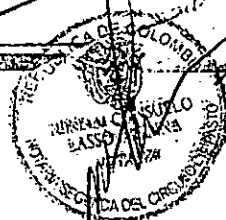
SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento HOSPITAL SAN PEDRO DE PASTO	18 Hora 10am
19 Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.) CERTIFICADO PARROQUIAL	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento SAGRADA FAMILIA
21 Apellidos (de soltera) VILLOTA	22 Nombres AURA EVANGELINA
23 Identificación (clase y número) C.C.	24 Edad actual 22
25 Nacionalidad COLOMBIANA	26 Profesión u oficio HOGAR
27 Apellidos OVIEDO PEREZ	28 Nombres SEGUNDO ABEL
29 Identificación (clase y número) C.C. 12.957.079	30 Edad actual 34
31 Nacionalidad COLOMBIANO	32 Profesión u oficio OBRERO

34 Identificación (clase y número) C.C. 12.976.857	35 Firma (autógrafa) Alberto Fajardo R
36 Dirección postal y municipio TAMASAGRA M 30 # 9	37 Municipio PASTO
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
42 Identificación (clase y número)	43 Firma (autógrafa)
44 Domicilio (Municipio)	45 Nombre
46 Fecha (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) Día 30 Mes ABRIL Año 1985	47

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro  
Firma DANIELA D. VILLALBA





HOJA DE CONTROL HISTORIA LABORAL

P.G-GA-20

v1

MARZO 2011

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

Oviedo Perez Segundo Abel

**CEDULA**

12.957079

FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIO (S)
28 May 2010	Acta de entrega de dotación	1
17 Sep 2010	Acta de entrega de dotación	2
29 Dic 2010	Acta de entrega de dotación	3
Jun 2011	Acta de entrega de dotación	4
14 Oct 2011	Acta de entrega de dotación	5

FECHA DE ELABORACION

RESPONSABLE MANEJO HISTORIA LABORAL

DIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS



## ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Yo, **OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL** identificado(a) con cédula de ciudadanía N°12957079, obrando en nombre propio, hago constar por medio de la presente acta, que recibo a entera satisfacción de EMAS PASTO S.A. ESP, la dotación correspondiente al los DOS PRIMEROS CUATRIMESTRES DEL AÑO 2010, en cumplimiento de lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo artículos 230 y siguientes.

Me comprometo a utilizar los Dos (2) Overoles, Dos (2) Gorras, Un (1) par Zapatos, Un (1) Impermeable, los uniformes serán utilizados en los días determinados y de acuerdo a las indicaciones establecidas por la Empresa durante los próximos ocho (8) meses siguientes a la entrega y a destinar la dotación al uso de las labores contratadas y de no hacerlo, eximo a la empresa de entregarme la dotación del siguiente periodo. (Artículo 233 CST) y a devolverlos en caso de desvincularme laboralmente de ella.

En caso de que se establezca la pérdida o daño intencional de la Dotación Entregada, el Trabajador deberá autorizar el descuento respectivo de su salario, para efectos de reponer la pérdida o daño de la prenda.

En constancia de lo anterior se firma este documento en San Juan de Pasto, a los 28 días del mes de Mayo de 2010

Firma Segundo Oviedo

CC. 12957079

CARGO: OPERARIO RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE

cc Historia Laboral empleado



## ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

Yo SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 12.957.079, obrando en nombre propio, hago constar por medio de la presente acta, que recibo a entera satisfacción de EMAS PASTO S.A. ESP, la dotación que estaba pendiente del los DOS PRIMEROS CUATRIMESTRES DEL AÑO 2010, en cumplimiento de lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo artículos 230 y siguientes.

Me comprometo a utilizar los Uno (1) par de botas pantaneras y uno (1) par de botas de cuero en los días determinados y de acuerdo a las indicaciones establecidas por la Empresa durante los próximos cinco (5) meses siguientes a la entrega y a destinar la dotación al uso de las labores contratadas y de no hacerlo, eximo a la empresa de entregarme la dotación del siguiente período. (Artículo 233 CST) y a devolverlos en caso de desvincularme laboralmente de ella.

En caso de que se establezca la pérdida o daño intencional de la Dotación Entregada, el Trabajador deberá autorizar el descuento respectivo de su salario, para efectos de reponer la pérdida o daño de la prenda.

En constancia de lo anterior se firma este documento en San Juan de Pasto, a los 17 días del mes de SEPTIEMBRE de 2010.

Firma

Segundo Oviedo

CC 12.957.079 CARGO: OPERARIO DE RECOLECCION

cc Historia Laboral empleado

**ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN**

Yo OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 12957079, obrando en nombre propio, hago constar por medio de la presente acta, que recibo a entera satisfacción de EMAS PASTO S.A. ESP, la dotación correspondiente al último cuatrimestre del año 2010, en cumplimiento de lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo artículos 230 y siguientes.

Me comprometo a utilizar el overol o el conjunto de 2 piezas, gorra y el par de botas en los días determinados y de acuerdo a las indicaciones establecidas por la Empresa durante los próximos cuatro meses siguientes a la entrega y a destinar la dotación al uso de las labores contratadas y de no hacerlo, eximo a la empresa de entregarme la dotación del siguiente período. (Artículo 233 CST) y a devolverlos en caso de desvincularme laboralmente de ella.

En caso de que se establezca la pérdida o daño intencional de la Dotación Entregada, el Trabajador deberá autorizar el descuento respectivo de su salario, para efectos de reponer la pérdida o daño de la prenda.

En constancia de lo anterior se firma este documento en San Juan de Pasto, a los 29 días del mes de DICIEMBRE de 2010.

Firma

*Segundo Abel Oviedo Perez*

CC.12957079 CARGO: OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

cc Historia Laboral empleado



Bogotá D. C, Enero 2 de 2011

Señor(a)

**OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**

Pasto

Estimado (a) señor(a):

En nombre de **EMAS PASTO SA ESP** queremos comunicarle que en el mes de Enero de 2011 su salario mensual fijo se ha incrementado a la suma de **\$535.600**, desde 1 de Enero de 2011.

En nombre de la compañía queremos agradecerle el empeño, dedicación y compromiso que demuestra día a día en las labores asignadas, seguros de que con su trabajo alcanzaremos las metas establecidas para este año.

Cordialmente,

  
**ALEXANDRA CASTELLANOS G.**  
Directora de Recursos Humanos

c. c. Hoja de Vida

**ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN**

Yo OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 12957079, obrando en nombre propio, hago constar por medio de la presente acta, que recibo a entera satisfacción de EMAS PASTO S.A. ESP, la dotación que se describe en el siguiente párrafo, correspondiente al primer cuatrimestre del año 2011, en cumplimiento de lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo artículos 230 y siguientes.

Me comprometo a utilizar los dos overoles, dos gorras tipo safari, una tula, dos pares de botas de cuero, un conjunto invernal y un par de botas pantaneras en los días determinados y de acuerdo a las indicaciones establecidas por la Empresa durante los próximos cuatro meses siguientes a la entrega y a destinar la dotación al uso de las labores contratadas y de no hacerlo, eximo a la empresa de entregarme la dotación del siguiente período. (Artículo 233 CST) y a devolverlos en caso de desvincularme laboralmente de ella.

En caso de que se establezca la pérdida o daño intencional de la Dotación Entregada, el Trabajador deberá autorizar el descuento respectivo de su salario, para efectos de reponer la pérdida o daño de la prenda.

En constancia de lo anterior se firma este documento en San Juan de Pasto a los días del mes de JUNIO de 2011.

Firma

Segundo Perez Abel

CC. 12957079 CARGO: OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

cc Historia Laboral empleado

**ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN**

Yo OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 12957079, obrando en nombre propio, hago constar por medio de la presente acta, que recibo a entera satisfacción de EMAS PASTO S.A. ESP, la dotación que se describe en el siguiente párrafo, correspondiente al segundo cuatrimestre del año 2011, en cumplimiento de lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo artículos 230 y siguientes.

Me comprometo a utilizar el overol o el conjunto dos piezas, un par de botas de cuero y una gorra tipo safari en los días determinados y de acuerdo a las indicaciones establecidas por la Empresa durante los próximos cuatro meses siguientes a la entrega y a destinar la dotación al uso de las labores contratadas y de no hacerlo, eximo a la empresa de entregarme la dotación del siguiente período. (Artículo 233 CST) y a devolverlos en caso de desvincularme laboralmente de ella.

En caso de que se establezca la pérdida o daño intencional de la Dotación Entregada, el Trabajador deberá autorizar el descuento respectivo de su salario, para efectos de reponer la pérdida o daño de la prenda.

En constancia de lo anterior se firma este documento en Pasto a los 14 días del mes de octubre de 2011.

Firma

*Se firmo oviedo*

CC. 12957079

CARGO: OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

cc Historia Laboral empleado





Bogotá D. C, Diciembre 30 de 2011

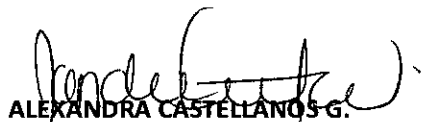
Señor(a)  
**OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**  
Pasto

Estimado (a) señor(a):

En nombre de **EMAS PASTO SA ESP** queremos comunicarle que en el mes de Enero de 2012 su salario mensual fijo se ha incrementado a la suma de **\$566.700**, desde 1 de Enero de 2012.

En nombre de la compañía queremos agradecerle el empeño, dedicación y compromiso que demuestra día a día en las labores asignadas, seguros de que con su trabajo alcanzaremos las metas establecidas para este año.

Cordialmente,



**ALEXANDRA CASTELLANOS G.**  
Directora de Recursos Humanos

c. c. Hoja de Vida



San Juan de Pasto, 15 de junio de 2012


## LA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

### HACE CONSTAR

Que el señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, identificado con cédula de ciudadanía número 12.957.079, se encuentra vinculado en esta empresa desde el primero (01) de enero de 2008 a la fecha, con tipo de contrato a término indefinido, desempeñándose actualmente como Operario de Recolección.

Que por su actividad recibe un salario fijo mensual de quinientos sesenta y seis mil setecientos pesos (\$566.700),

Esta constancia se expide para solicitud del interesado para crédito de vivienda.

  
ZULMA LILIANA MORALES QUINTERO

Armando G.

*Segundo Oviedo*



GH- 012-011

San Juan de Pasto, 20 de junio de 2012

## LA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

### CERTIFICACION

Que el señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, identificado con cédula de ciudadanía número 12.957.079, se encuentre en vacaciones desde el 26 de marzo al 17 de abril de 2012.

Lo anterior con el fin de dar claridad a las variaciones salariales presentadas en los desprendibles de nomina de los meses marzo y abril de 2012.

Esta constancia se expide a solicitud del Fondo Nacional del Ahorro para solicitud de crédito.

  
ZULMA LIRIANA MORALES QUINTERO  
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

Armando G.

*Segundo Oviedo*





GH-012-010

San Juan de Pasto, 20 de junio de 20112

### LA DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

#### CERTIFICA QUE:

El señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, identificado con la cédula de Ciudadanía número **12.957.079 de Pasto, (Nariño)**, labora en la compañía a partir del 01 de enero de 2008 a la fecha, con tipo de contrato a término **indefinido**, desempeñando el cargo de **Operario de Barrido y Recolección**, cumpliendo un horario de 8 horas diarias de lunes a sábado.

Que por su actividad recibe un salario básico mensual de quinientos sesenta y seis mil setecientos pesos (\$566,700).

Esta constancia se expide para solicitud de crédito de vivienda

**ZULMA LILIANA MORALES QUINTERO**  
Directora de Recursos Humanos

*Segundo Oviedo*

Diana B.



Bogotá D. C, Enero 2 de 2013

Señor(a)

**OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**

Pasto

Estimado (a) señor(a):

En nombre de **EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P.**, queremos comunicarle que en el mes de Enero de 2013 su salario mensual fijo se ha incrementado a la suma de **\$589.500**, desde 1 de Enero de 2013.

En nombre de la compañía queremos agradecerle el empeño, dedicación y compromiso que demuestra día a día en las labores asignadas, seguros de que con su trabajo alcanzaremos las metas establecidas para este año.

Cordialmente,

  
**ALEXANDRA CASTELLANOS G.**  
Directora de Recursos Humanos

c. c. Hoja de Vida

*Segundo Oviedo*

**NOTA INTERNA****RG-GG-01****V1****30/04/10**

GH-011-440

San Juan de Pasto, 09 de Septiembre de 2011

**PARA: SEGUNDO OVIEDO**, Operario de recolección**DE: EVELYNE RUIZ**, Inspectora de Higiene y Seguridad Industrial y S.O.**Asunto: PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA**

Cordial saludo.

Por medio de la presente me permito informarle que teniendo en cuenta la política de EMAS PASTO S.A. E.S.P. PARA EL MANEJO DEL CONSUMO DE ALCOHOL TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS TRABAJADORES, el día 26 de Agosto se realizo la prueba de Alcoholemia en donde el resultado que arrojo la prueba fue NEGATIVO.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,

**EVELYNE MARIEL RUIZ****Inspector de higiene y seguridad industrial y salud ocupacional***Segundo Oviedo*





## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

12/10/09

DRHH-016

San Juan de Pasto, 14 de marzo de 2013

**PARA: SEGUNDO OVIEDO**

**DE: DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS**

**ASUNTO:** Cobro coactivo y orden de Embargo secretaría de Tránsito

Cordial saludo.

Por medio del presente me permito informarle que el pasado 05 marzo de los presente se recibió en las oficinas de Recursos Humanos un Cobro Coactivo y Orden del Embargo de su salario por parte de la Secretaría de Tránsito, situación que desde nuestra carta de valores es inadmisibles por eso la invito a que de manera inmediata de solución a este impase para que no quede en tela de juicio el cumplimiento a de su parte de nuestros valores corporativos.

Particular que informo para los fines pertinentes,

  
ZULMA MORALES QUINTERO

*Segundo Oviedo*



## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

12/10/09

GH - 213

San Juan de Pasto, 06 de mayo de 2.014

**PARA:** SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ - Operario de Barrido y Recolección  
**DE:** ZULMA LILIANA MORALES-Directora de Recursos Humanos  
**ASUNTO:** Disfrute de vacaciones

Cordial saludo.

Le informo que a partir del 27 junio de 2.014 al 15 julio de 2.014, usted disfrutará de sus vacaciones correspondientes al periodo laborado del 01 enero de 2.013 al 31 diciembre de 2.013.

Reintegrándose a sus labores habituales el día Miércoles, 16 de julio de 2.014.

Atentamente,

  
**ZULMA LILIANA MORALES QUINTERO**  
Directora Talento Humano

*x Segundo Oviedo*



## ACTA DE ACUERDO

Entre la EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO S.A. E.S.P, representada legalmente por OSCAR PARRA ERAZO, de una parte, quien actúa como **EMPLEADOR** y **SEGUNDO OMERO** de otra parte, en calidad de **TRABAJADOR**, se ha celebrado el acuerdo de carácter laboral contenido en el presente documento y el cual se expresa a continuación:

1. De manera expresa las partes contratantes adoptan lo determinado en el concepto 160909 de 2.008, expedido por el Ministerio de la Protección Social, en el cual se establece que debe aceptarse cualquier medio de prueba para terminar el contrato de trabajo de manera unilateral con justa causa, por parte del **EMPLEADOR** cuando el **TRABAJADOR** se presenta bajo el efecto del consumo de licor y, ó estupefacientes.

2. El suscrito **TRABAJADOR**, expresamente y en forma libre y voluntaria **AUTORIZA** a la empresa para que acceda a la información médica y paramédica relacionada con el seguimiento y control según los factores de riesgo a los cuales está expuesto en el sitio de trabajo; autorización que específicamente va orientada a:

Acceso a Historia Clínica Ocupacional y a todos los datos que en ella se registran por parte del Personal de Salud del Área de Salud Ocupacional.

Acceso a Resultados de Pruebas Aplicadas con el fin de realizar seguimiento al estado de salud y control de los factores de riesgo a los cuales el trabajador está expuesto.

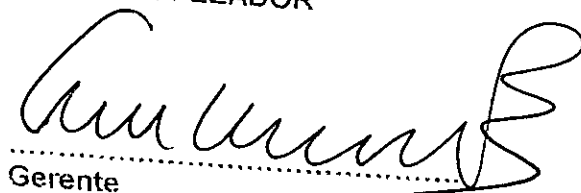
Así mismo, el **TRABAJADOR** otorga de manera expresa su consentimiento para que los resultados de cualquier prueba de farmacodependencia y/o alcohol que le sean practicadas sean conocidos por los representantes autorizados de la compañía para su revisión apropiada y así mismo manifiesta que mantendrá indemne a la Compañía, sus representantes legales, sus médicos, el personal de recursos humanos, a los laboratorios empleados y a todo el personal vinculado a las pruebas que se llegaren a realizar, de toda reclamación o demanda, por cualquier daño que pudiera alegar y que se derive de las pruebas practicadas, incluyendo la pérdida de empleo o cualquier otro tipo de acción que pudiera surgir como consecuencia de la práctica de la prueba, incluso si se comete un error en la administración o en el análisis de los resultados.

3. Con el objeto de evitar y eliminar definitivamente el expendio, intercambio ó consumo de drogas enervantes, estupefacientes, sustancias alucinógenas o bebidas alcohólicas dentro de las instalaciones de la empresa o en horario laboral, las partes convienen que, con el debido respeto por la persona y bienes del **TRABAJADOR**, pueda aquella, a través de sus directivos, superiores, jefes inmediatos o empleados de vigilancia, efectuar íntegramente pruebas de alcoholtemia, requisas e inspecciones al **TRABAJADOR**, sus implementos personales, lockers, maletines, etc. bien sea al ingreso o retiro de la empresa o dentro de las instalaciones de la misma.

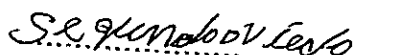
La presente autorización la concede el suscrito TRABAJADOR en forma libre, espontanea y voluntaria, sin que para ello haya recibido presiones indebidas del EMPLEADOR.

Para constancia se firma en Pasto el día 26 del mes de Agosto del año 2011.

POR EL EMPLEADOR

  
Gerente

EL TRABAJADOR

  
C.C. #

NO Registrado :	425
Fecha :	08-26-2011
Horario :	22:25
Resultado :	0.000 mg/l
Estado :	Limpio
Examinado :	<i>Seguimoboviedo</i>
Examen :	D. Nitro cl. 4-13
Examinado :	<i>Seguimoboviedo</i>
Examinador :	
Operario :	
Patente :	ABC012

San Juan de Pasto, 10 de diciembre de 2015

Señor (a)

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Operario de barrido y limpieza

Pasto

**Asunto:** Comunicación pago de auxilio de incapacidad

Cordial saludo

Como es de su conocimiento, hasta la fecha Usted se encuentra en estado de incapacidad por el término de **208** días. Durante ésta temporada en la que Usted ha estado inhabilitado física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su oficio habitual con nuestra compañía tiene derecho al reconocimiento de una prestación de tipo económico denominada "auxilio por incapacidad" la cual se realiza a cargo de la **Aseguradora de riesgos laborales AXXA COLPATRIA** a la cual se encuentra vinculado.

Para éste efecto me permito comunicarle que, de acuerdo con el Parágrafo 1º del Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual fue modificado mediante Decreto 2943 del 17 de diciembre de 2013, estarán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general, tanto en el sector público como en el privado; y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente. En el Sistema General de Riesgos Laborales, las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral.

Como puede observar, la incapacidad que le ha sido asignada supera el término establecido por la norma para que la misma sea asumida por EMAS PASTO en calidad de empleador, por ésta razón nos permitimos comunicarle que a partir del mes de diciembre Usted deberá tramitar el cobro de la prestación económica por concepto de incapacidad ante la **Aseguradora de riesgos laborales AXXA COLPATRIA** a la cual se encuentra vinculado, quien a su vez será la responsable de realizar el pago correspondiente durante el tiempo que se estime necesario hasta la orden de reintegro a sus labores.

No sobra aclarar que, si bien es cierto la empresa no le realizará el pago de la prestación económica por incapacidad a la que Usted tiene derecho, ésta situación no genera de forma alguna terminación de su contrato de trabajo. Esperamos su pronta recuperación, y quedamos atentos a sus dudas

Cordialmente,



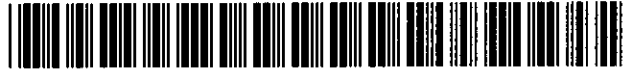
INGRID CAROLA MURIEL  
DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Directora de Talento Humano (E)

Rdo 11/12/15

Segundo viernes



Siente tu ciudad, vívela limpia



Al contestar por favor cite estos datos:  
Radicado No. 20175000002721

San Juan de Pasto, 05-10-2017

Señores:

**ARL AXA COLPATRIA**

Carrera 26 N° 19-07 Edificio Futuro local 207  
Pasto-Nariño

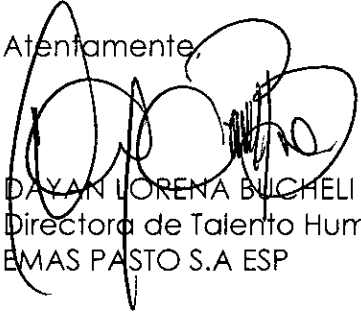
Asunto: NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN EMITIDO POR LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO.


Cordial saludo

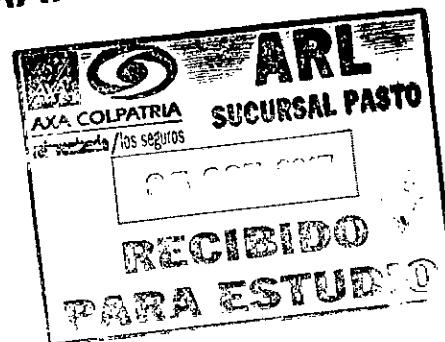
Nos permitimos remitir una copia del dictamen número: **2016-12957079-0304**, expedido por la junta regional de calificación de invalidez de Nariño, del señor **Segundo Abel Oviedo Perez** identificado con cédula de ciudadanía N° 12.957.079 para su respectivo conocimiento y fines pertinentes.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,

  
DAYAN LORENA BUCHELI REALPE  
Directora de Talento Humano  
EMAS PASTO S.A ESP

 **emas**  
**TALENTO HUMANO**



Anexo: (Copia de dictamen de la junta 4 folios)  
Proyectó: Dania Bastidas  
Revisó: Ingrid Lorena Rodríguez Narvaez



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto  
**www.emaspasto.com.co**



Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRABAJO  
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO NIT 900587628-9



San Juan de Pasto, 19 de Octubre del 2016

Señor (a)  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
**EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO**  
Ciudad

**Ref. NOTIFICACION DICTAMEN**

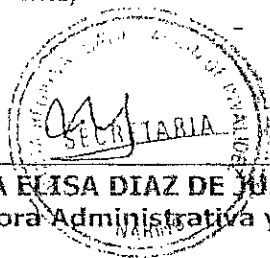
Cordial saludo.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito remitir a Usted el dictamen Número: **2016-12957079-0304**, expedido por la Junta en audiencia realizada el día 19 de Octubre del 2016.

Se advierte que contra el presente Dictamen procede el Recurso de Reposición ante ésta Junta, interpuesto dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de su desfijación de cartelera.

Proceda así mismo el Recurso de Apelación ante la Junta Nacional, el cual podrá interponerse directamente o como subsidio de reposición por intermedio de ésta Junta dentro del mismo término.

Atentamente,



**MARIA ELISA DIAZ DE JURADO**  
Directora Administrativa y Financiera

*Segundo Mantua*  
FIRMA COMPARECIENTE  
54.311-030 Pasto.  
017-ENE-2017



# JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

Nit. 900.587.628-9

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

Calificación basada en el Manual Único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 12-05-2014

### INFORMACION GENERAL

Nombre Entidad:	JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL NARIÑO	Tipo Entidad:	
Nombre Recaudador:	MARIA ELISA DIAZ DE JURADO	Cargo:	DIR. ADMIN Y FINANCIERA
Ciudad y Departamento:	PASTO - NARIÑO		
Dirección y Teléfono:	CALLE 12 No. 27-112 BARRIO SAN FELIPE	Tel:	7294552- 7294549
Correo Electrónico:	juntacalificacionregionalnar@gmail.com		

Nombre del Solicitante:	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO - EMAS
-------------------------	--------------------------------------

Fecha de recepción por la Junta de Calificación:	20	10	2016	Fecha de valoración:	26	10	2016
--	----	----	------	----------------------	----	----	------

Motivo de calificación:	PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
-------------------------	------------------------------

DICTAMEN NUMERO:	2016-12957079-0304	DE FECHA:	19 de Octubre 2016
------------------	--------------------	-----------	--------------------

### DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Apellidos:	OVIEDO PEREZ	Nombre:	SEGUNDO ABEL		
Documento de Identidad:	C.C.	Numero:	12.957.079		
Fecha de nacimiento:	DIA	MES	AÑO		
	16	10	1951		
Lugar de nacimiento:	Municipio:	LA FLORIDA	Departamento:	NARIÑO	
Dirección:	CALLE 16 No. 13-23	Municipio:	PASTO	Departamento:	NARIÑO
Celular:	317 8524678	Telefono:			
	Regimen de afiliación: 8155555				
AIRP:	PROTECCIÓN				
EPS:	CAFESALUD				
AIRN:	NO INFORMA				
Profesión/Oficio:	OPERARIO DE BARRIDO - EMAS		Tipo vinculación:	NO INFORMA	

### SECUENCIAS O PATOLOGIAS A CALIFICAR

1.-) INFARTO DE MIOCARDIO ANTIGUA
2.-) OSTEOARTROSIS
3.-) SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO
4.-) SINDROME DE MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
5.-) DIVERTICULOS DEL COLON IZQUIERDO
6.-) HEMORROIDES INTERNAS GI
7.-) GASTRITIS CRONICA
8.-) SINDROME DE COLON IRRITABLE

SECRETA

NAR

Fecha	Especialidad	Concepto

TEEN'S	Exam	Result

<b>DEFICIENCIA</b>					
<b>Descripción</b>	<b>Código</b>	<b>Número / Tabla</b>	<b>Clase D.</b>	<b>Graúo Severidad</b>	
<b>DEF. DE ENF. ARTERIAL CORONARIA</b>	IIC	2.5; 2.15.4; 7.2.2	III		82.0 %
<b>DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO DERECHO</b>	XIV	14.4; 14.4.6; 14.5	II		15.0 %
<b>DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO IZQUIERDO</b>	XIV	14.4; 14.4.6; 14.5	II		15.0 %
<b>DEF. POR ESÓRDENES DE COLÓN</b>	IV	4.4; 4.4.2; 4.7	III		16.5 %
<b>DEF. POR DESÓRDENES DEL RECTO</b>	IV	4.4; 4.4.2; 4.7	III		5.6 %
<b>DEF. DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR</b>	IV	4.4; 4.4.2; 4.6	V		5.0 %
				<b>Graúo Severidad de Parálisis Deficiencia:</b>	<b>60.32 %</b>

Descripción	Grado severidad %
DEFICIENCIA COMBINADA (DC) = $A + (100 - A) \cdot B / 100$	60-32 %

CALCULO VALOR FINAL DE LA DEFICIENCIA E.DG=50%	30.16 %
--	---------

Contenido	Categoría		Valor Máximo	Valor Asignado
Rol Laboral	Activo sin limitaciones para la actividad laboral	0.0	25	0.0
	Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral	5.0	25	0.0
	Rol laboral o puesto de trabajo adaptado	10.0	25	0.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo	15.0	25	15.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas	20.0	25	0.0
	Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral: restricciones completas	25.0	25	0.0
Autosuficiencia Económica	Autosuficiencia	0.0	7.5	0.0
	Autosuficiencia reajustada	1.0	2.5	1.0
	Precariamente autosuficiente	1.5	2.5	0.0
	Económicamente débiles	2.0	2.5	0.0
	Económicamente dependientes	2.5	2.5	0.0



Edad (en el momento de la calificación)	Menor de 18 años	2.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	1.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años	2.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 60 años	2.5	2.5	2.5
Otras áreas ocupacionales	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (Tabla 6)	4.0	20.0	0.0
	Comunicación (Tabla 7)	4.0	20.0	0.0
	Movilidad (Tabla 8)	4.0	20.0	2.0
	Cuidado personal (Tabla 9)	4.0	20.0	2.0
	Vida doméstica (Tabla 10)	4.0	20.0	2.0
TOTAL VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTROS ÁREAS OCUPACIONALES				24.5%

#### VALOR TOTAL CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Calculo valor final de la deficiencia	30.16%
Total valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales	24.50%
Valor total calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional	54.66%

Calificación de origen: COMUN

Fecha de estructuración de la deficiencia	DÍA	MESES	AÑOS
	5	10	2008

SEGUNDO MORALES GONZALEZ  
Lic. S.O. Reg. 1381  
Médico

ORTIZ LEILA CANTE CASAS  
Lic. 23061/GSI  
Abogada

SIGFREDO SUAREZ A  
Lic. S.O. Reg. 1373  
Médico

MARIA ELISA DIAZ DE JURADO  
Lic. 23061/GSI  
Abogada



ENRS

## HOJA DE CONTROL HISTORIA LABORAL

RG-GA-20

V1

MARZO 2011

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

Ouedo Perez Segundo Abel

CEDULA

12.957.079

FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIO (S)
10 En 2008	Formulario afiliación Seguro Salud	1
14 En 2008	Carta vinculación cuenta Colmena	2
21 En 2008	Certificado vinculación Santander	3
28 En 2008	Afiliación Comfamiliar	4
10 Mar 2008	Incapacidad	5
10 Ab 2008	Incapacidad	6
20 May 2008	Formulario afiliación Fondo Nacional de Ahorro	7
20 En 2009	Solicitud de vinculación ING	8
17 Feb 2009	Certificado individual de Seguros ACE.	9
18 Feb 2009	Certificado de ingresos y retenciones	10
20 Feb 2009	Formulario traslado	11
5 Mar 2009	Formato Accidentes de trabajo	12
5 Mar 2009	Formala medica (Incapacidad)	13
6 Mar 2009	Informe preaviso Accidente de trabajo	14
24 Jul 2009	Informe vacaciones	15
28 Nov 2009	Incapacidad	16
28 Nov 2009	Epicrisis	17
7 Dic 2009	Incapacidad	18
24 Mar 2010	Incapacidad	19
15 Jul 2010	Solicitud de vinculación ING	20
17 Jun 2010	Solicitud y Soportes retiro parcial Cesantías	21-30
15 Jul 2010	Certificado de ingresos y retenciones	31
1 Sep 2010	Autorización por incapacidad General	32
9 Sep 2010	Afiliación Comfamiliar	33
16 Feb 2011	Informe y liquidación de vacaciones	34
15 Mar 2011	Certificado de ingresos y retenciones	36
30 Jun 2011	Informe y liquidación de vacaciones	37-38

FECHA DE ELABORACION

RESPONSABLE MANEJO HISTORIA LABORAL

DIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS

000336 - NUM. ANEXOS: 2 SD

ISS NARIÑO \* PASTO (52001) (52001)  
CONSECUTIVO  
10/01/2008 05:55:11 P.M.  
Sujeto a revision.  
000336 (52001)SD 000336 (52001)SD  
FECHA RADICACION

REPUBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD  
FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S - REGIMEN CONTRIBUTIVO - PARA  
TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PUBLICOS  
FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA  
MAYUSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

URO SOCIAL  
Salud  
NIT. 860.013.816-1

CODIGO 006

TRASLADO DE OTRA EPS ☐ ENTIDAD DE PREVISION O EPS DE LA CUAL SE TRASLADA CODIGO

I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

TIPO DE AFILIACION: INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> COLECTIVA <input type="checkbox"/>	FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA A N O M E S D I A	No.
TIPO DOC. NUIP C N T E P R DV	PRIMER APELLIDO OUIEDO	
No. DE DOCUMENTO 12957079	SEGUNDO APELLIDO PEREZ	
1er. y 2do. NOMBRE JEGUNOO ABEL	FECHA NACIMIENTO 19510206	
SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DIRECCION RESIDENCIA C11 6 No 13-19 NIZA I	
MUNICIPIO PASTO	DEPARTAMENTO NARIÑO	
DIRECCION DONDE LABORA CPA 24 # 23-51		
MUNICIPIO PASTO	DEPARTAMENTO NARIÑO	
TELEFONO TRABAJO 7216169	FAX	TELEFONO RESIDENCIA
IPS QUE LE PRESTARA LOS SERVICIOS DE SALUD		CODIGO

II. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

1er. BENEFICIARIO	TIPO DOC. NUIP C N T E P R DV	PRIMER APELLIDO	
No. DE DOCUMENTO		SEGUNDO APELLIDO	
1er. y 2do. NOMBRE	FECHA NACIMIENTO A N O M E S D I A		
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> BISABUELO <input type="checkbox"/> TIO <input type="checkbox"/> SOBRINO <input type="checkbox"/> NIETO <input type="checkbox"/> BISNIETO <input type="checkbox"/> MENOR 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	IPS	
DIRECCION RESIDENCIA			
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
TELEFONO	COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CLASE DE DESAPROBACION	
2do. BENEFICIARIO	TIPO DOC. NUIP C N T E P R DV	PRIMER APELLIDO	
No. DE DOCUMENTO		SEGUNDO APELLIDO	
1er. y 2do. NOMBRE	FECHA NACIMIENTO A N O M E S D I A		
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> BISABUELO <input type="checkbox"/> TIO <input type="checkbox"/> SOBRINO <input type="checkbox"/> NIETO <input type="checkbox"/> BISNIETO <input type="checkbox"/> MENOR 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	IPS	
DIRECCION RESIDENCIA			
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
TELEFONO	COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CLASE DE DESAPROBACION	
3er. BENEFICIARIO	TIPO DOC. NUIP C N T E P R DV	PRIMER APELLIDO	
No. DE DOCUMENTO		SEGUNDO APELLIDO	
1er. y 2do. NOMBRE	FECHA NACIMIENTO A N O M E S D I A		
SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVALIDO <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> BISABUELO <input type="checkbox"/> TIO <input type="checkbox"/> SOBRINO <input type="checkbox"/> NIETO <input type="checkbox"/> BISNIETO <input type="checkbox"/> MENOR 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	IPS	
DIRECCION RESIDENCIA			
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
TELEFONO	COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CLASE DE DESAPROBACION	

OBSERVACIONES

DECLARACION JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) COTIZANTE(S) Y BENEFICIARIOS REPORTADOS NO ESTAN AFILIADOS A OTRA EPS.

III. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

TIPO DOC. NUIP C N T E P R DV	RAZON SOCIAL O NOMBRE EMAS SOCIAL
No. DE DOCUMENTO 900190876-3	
DIRECCION PRINCIPAL CPA 24 # 23-51	
MUNICIPIO PASTO	DEPARTAMENTO NARIÑO
TELEFONO 7216169	FAX
SUCURSAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA	CODIGO
ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES I.S.S	CODIGO ARP

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO 20080101	CARGO	INGRESO BASE 461.500
---------------------------	-------	----------------------

IV. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

ESTRATO SOCIOECONOMICO <input type="checkbox"/>	FIRMA AUTORIZADA	CIUDAD Y FECHA
	PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS	
REVISADO	APPROBADO	GRABADO



**COLMENA**  
BCSC

02

Pasto, Enero 14 de 2008

Señor(a):  
SEGUNDO A OVIEDO P  
Ciudad

Estimado(a) Señor(a):

Es muy grato para Colmena BCSC, y en especial para la oficina VALLE DE ATRIZ, contar con su vinculación a través de la cuenta de ahorros NOMINAS No. 24520451324.

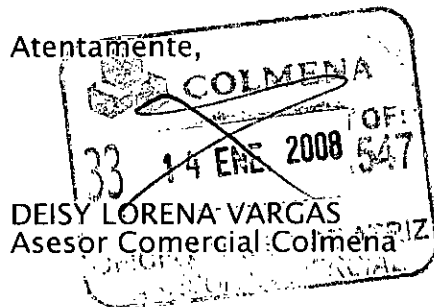
La cuenta presenta las siguientes características:

1. Para el manejo de su cuenta se requiere de 1 firma(s).
2. La condición de manejo es Individual.
3. La apertura ha sido por valor de \$ 0.00 en efectivo y/o \$ 0.00 en cheque.

Nos sentimos complacidos de contar con usted como cliente, para poder brindarle los beneficios de todos nuestros servicios bancarios, con la calidad que nos caracteriza y lograr estrechar cada vez más nuestra relación comercial.

Reciba una cordial bienvenida a Colmena BCSC.

Atentamente,



Para el abono de los valores impresos en este documento se requiere del sello de caja en el formato de consignación.

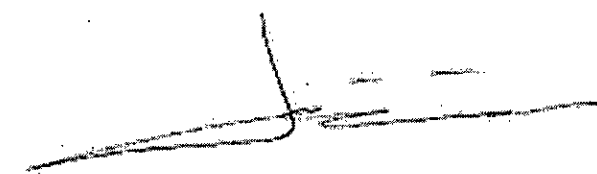


## CERTIFICA

Que el (la) señor (a) SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, identificado (a) con C.C No. 000012957079, se encuentra vinculado (a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SANTANDER** desde el 30 de mayo de 1997

Se expide la presente certificación a solicitud del (la) interesado (a) el 21 de enero de 2008, en la ciudad de Bogotá D.C.

**Cordial saludo,**



Javier Eduardo Niño Duran

Director de Reclamos y Servicios



## CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT 891:280,008 - 1

AFILIACION DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO AL SUBSIDIO FAMILIAR

**MARQUE CON UNA X**

- |                          |                                    |                                     |                        |   |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Afiliación por primera vez         | <input checked="" type="checkbox"/> | Cambio de Empresa      | No.   |
| <input type="checkbox"/> | Adición de nuevas personas a cargo | <input type="checkbox"/>            | Reíntegro a la Empresa | <input type="checkbox"/> Auxilio por Muerte |

### DATOS DE LA EMPRESA

DATOS DE LA EMPRESA				
NIT	SUBCODIGO	Razon Social de la Empresa o nombre del propietario	Direccion	Telefono
900190876		Emmas Social	Cra. 24 # 23 51	7216169

**DATOS DEL TRABAJADOR**

DATOS DEL TRABAJADOR												
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		Cedula de Ciudadania		Fecha de Nacimiento				
Oviedo		Perez		Segundo Abel		12957079		Año		Mes		Dia
Direccion del Trabajador		Ciudad		Sector		Telefono		Genero		Estado Civil		
C-6A No 13-29		Urb. <input type="checkbox"/> Rural: <input type="checkbox"/>		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>				
Fecha de Ingreso a la Empresa				Cargo que desempeña				Trabaja Tiempo Completo		No. De Horas / Mes		
Año		Mes		Dia		C-6A No 13-29		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Sueldo Basico		Comisiones		Tipo de vinculacion						Fecha de Terminacion		
\$ 461.500		\$		Contrato Termino indefinido <input type="checkbox"/> Tipo Fijo por Obra o Labor <input type="checkbox"/>						Año		
Otra empresa donde trabaja				NIT				Salario Mensual				
								\$				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE	
Conyuge	Código de Ciudadanía

NOMBRES DEL CONYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE									
Nombres y Apellidos Completos del Conyuge				Cedula de Ciudadanía		Fecha de Nacimiento			Recibe Subsidio Familiar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
						Año	Mes	Día	
Empresas donde trabaja				NIT			Salario Mensual		
							\$		

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS EXTRAMATRIMONIALES	
del Padre o la Madre	del Padre o la Madre

NOMBRES DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS EXTRAMATRIMONIALES									
Nombres y Apellidos Completos del Padre o la Madre			Cedula de Ciudadania	Fecha de Nacimiento			Recibe Subsidio Familiar		
				Año	Mes	Dia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Empresa donde trabaja			NIT			Salario Mensual			
			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			\$			

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

[illegible]

1989  
20 ENE 1989  
RECEPCION DE DOCUMENTO  
RECIBIDO

Ultima Empresa donde COMFAMILIAR le pago la cuota monetaria	NIT 814000747-00	FECHA RETIRO 30 04 200
		DIA MES AÑO

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO DECLARO QUE ESTE FORMULARIO HA SIDO EXAMINADO POR MI Y TODOS LOS DATOS QUE A MI SE REFIEREN SON EXACTOS.

Segundo Outeiro  
Firma del Trabajador C.C. No

Nombre o firma del Empleador o responsable

PARA CUALQUIER RECLAMO, SIN EXCEPCIÓN, FAVOR PRESENTAR COPIA DE ESTE FORMATO

OBSERVACIONES: *Check 1090 & Paid 6*

**NOTA IMPORTANTE:** Reclame su carnet para obtener los servicios que presta COMFAMILAR DE NARIÑO

ORIGINAL: COMFAMILIAR - COPIA: TRABAJADOR



05


**SEURO SOCIAL**  
**CLINICA MARIDIAZ**

## LICENCIA POR MATERNIDAD

Lugar de expedición			Tipo	Fecha de expd.		
SECC	UPZ.	CAB.		AÑO	MES	DÍA
			H			
			X	08	03	10

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	No. de Afiliación	No. Patronal
Ortíz	Pérez	Servicio	12954079	

Cod. Diagnost.	Contingencias	Fecha de Trab.	Fecha de iniciac.	Días de Incapacidad o Licencia		Prórroga
	EG. M. AT. EP. PRV.	AÑO MES DÍA	AÑO MES DÍA	EN LETRAS	EN NÚMEROS	SÍ
1009X	1 2 3 4 5		28/03/10	dos	(2)	

Firma y sello médico u odontólogo	Código	Firma y sello respon., Centro de At.	Código	Justificación	
				Transcripción	1
				Sustitución	2
				Rep. u. ucción	3

## LIQUIDACION SUBSIDIO. - PARA USO INTERNO DEL INSTITUTO:

			Salario base:	Días	Son (en letras)	
Mes	Categ.	Seman.				
						FIRMA Y C.C. DEL TRABAJADOR
			Firma y sello, Prestac. Económ.	Revisor Auditoría		

45589

## 0

## LICENCIA POR MATERNIDAD

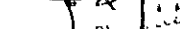
Lugar de expedición		
SECC.	UPZ.	CAB
09	1	01

Tipo	
II	
	2

Fecha de exped.		
AÑO	MES	DIA
08	04	10

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	No. de Afiliación	No. Patronal
Orviedo	Perez	Segundo A.	12957049	

Cod. Diagnosi.	Contingencias					Fecha acc. de Trab.	Fecha de iniciac.	Días de Incapacidad o Licencia		Prórroga
EG. M. AT. EP. PRV.	AÑO	MES	DIA	EN LETRAS	EN NUMEROS	SI				
AUG X	X	2	3	4	5	08/04/10	Diez	01	SI	

Firma y sello médico u odontólogo	Código
	5247957

<i>Firma y sello resp., Centro de At</i>	<i>Código</i>	<i>Justificación</i>	
		<i>Transcripción</i>	<i>1</i>
		<i>Sustitución</i>	<i>2</i>
		<i>Repucción</i>	<i>3</i>

LIQUIDACION SUBSIDIO. - PARA USO INTERNO DEL INSTITUTO:

			Salario base:	Días	Son (en letras)
Mes	Categ.	Seman.			
					FIRMA Y C.C. DEL TRABAJADOR
			Firma y sello, Prestac. Económ.	Revisor Auditoria	

ORIGINAL: PRESTACIONES ECONOMICAS - COPIA AZUL: AFILIADO - COPIA ROSADA: HISTORIA CLINICA

## FORMULARIO DE SOLICITUD

AFILIACIÓN ☒ TRASLADO ☐

Diligenciar en tinta negra

Fondo Nacional de Ahorro  
CRÉDITO A SUS SUEÑOSSector Público ☐ Sector Privado ☒

No. 1289284

## 1. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de solicitud	Día 20	Mes 05	Año 2008	Lugar	Pasto, Nariño		
Primer Nombre:	Segundo	Segundo Nombre:	Abel	Primer Apellido:	oviedo	Segundo Apellido:	Pérez
Lugar de Nacimiento	La Florida	Depto.	Nariño	País	colombia	Sexo:	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento:	Día 06	Mes 02	Año 1957	Tipo Doc.:	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
No. de Documento	12957079	Fecha de Expedición:	Día 24	Mes 04	Año 1973		
Lugar de expedición:	Pasto	Departamento	Nariño				
Estado Civil:	Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	No. Personas a cargo:	3				
Estudios Realizados:	Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	Profesión:					
Tipo de Vivienda:	Arrendada <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/>	Oficio:	Operario				
Dirección Domicilio:	Calle 6A N°13-29						
Ciudad:	Pasto	Depto.:	Nariño	Teléfono:	7203432		
Barrio:	NIZA I	E-mail:					
Via Correspondencia:	a) Casa <input checked="" type="checkbox"/> b) Oficina <input type="checkbox"/>	Celular:	3746074708				
Nombre cónyuge o compañero(a):	AURA EVANGELINA VILLOTA	Actividad Económica	Asalariado(a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/>				
Tipo Doc.:	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Número	30739277				
Estudios realizados:	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>						
Trabaja en:		Teléfono Oficina		Teléfono Casa			

2. VÍNCULO LABORAL ACTUAL (SOLO PODRÁN AFILIARSE PERSONAS QUE TENGAN VÍNCULO LABORAL VIGENTE)  
INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre o Razón Social Empleador:	Emas social						
NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Número 900790876	E-mail Empresa:					
Dirección sede de trabajo:	Cra 24 N° 23-57						
Ciudad:	Pasto	Depto.:	Nariño	Teléfono:	7276769	Fax:	7276769
Fecha de vinculación:	D 07 M 07 A 2008	Tipo de contrato:	Término Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>				
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		<b>EGRESOS MENSUALES</b>		<b>TOTAL ACTIVOS</b>			
Concepto	Valor	Concepto	Valor				
Salariales <input checked="" type="checkbox"/>	\$ 576.500	Vivienda <input checked="" type="checkbox"/>	\$ 250.000	\$ 150.000			
Horarios <input type="checkbox"/>		Alimentación <input checked="" type="checkbox"/>	\$ 700.000				
Comisiones <input type="checkbox"/>		Educación <input type="checkbox"/>		TOTAL PASIVOS			
Rentas <input type="checkbox"/>		Créditos <input type="checkbox"/>		\$ 350.000			

## 3. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz. Autorizo irrevocablemente al Fondo Nacional de Ahorro, FNA, para verificarla a través de los medios que considere conveniente. Asimismo, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual forma, autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales a la Central de Información del Sector Financiero, CIFI, o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

Declaro que he recibido la información comercial sobre los derechos y deberes que adquiere como Afiliado(a) al FNA y acepto la normativa de la Entidad.

## 4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que el origen de los recursos que entregaré al FONDO NACIONAL DE AHORRO corresponde a actividades lícitas que relaciono a continuación:  
CESANTÍAS y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta, con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

## 5. TRASLADO DE OTROS FONDOS

SÍ ☐ NO ☐

Firma Solicitante:

AUTORIZO AL FONDO NACIONAL DE AHORRO PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE TRASLADO DE MIS CESANTÍAS DEPOSITADAS EN

Estas Cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes Entidades o Empresas:

Emas social

Segundo Oviedo  
Documento Identidad No. 12957079

La calidad de Afiliado Activo Aportante se adquiere solo por aquellos trabajadores con vínculo laboral vigente y cuyas cesantías sean aportadas y reportadas al FNA.

Huella Dactilar



Huella negro sin repisar.

## NOTAS IMPORTANTES:

POR CADA FONDO EN EL QUE TENGA DEPOSITADAS CESANTÍAS, DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.  
POR CADA EMPLEO VIGENTE DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.

## ESPACIO PARA USO DEL FNA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICA INFORMACIÓN:	NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AUTORIZADO ÁREA COMERCIAL:	Tipo Documento Identidad Funcionario Área Comercial:			
		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
		No.			





ace seguros

ACE Seguros S.A.  
Nit. 860.026.518-6  
Calle 72 No. 10-51 Piso 7  
Bogotá D.C.  
Colombia

571 319-0300 PBX  
571 319-0400  
571 319-0408 Fax  
571 319-0304  
www.acelatinamerica.com

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS**  
**POLIZA N° ACC 10118**  
**CONFAMILIAR NARIÑO**

INFORMACION DEL TOMADOR / ASEGURADO			
TOMADOR: CO ESB - COMFAMILIAR NARIÑO		NIT: 891280008-1	
EMPRESA AFILIADA:	CO ESB-EMAS SOCIAL		
TITULAR ASEGURADO:	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	C.C.:	12957079
FECHA INICIO DEL SEGURO:	01 de Marzo de 2008	ULTIMA RENOVACION:	INICIO: 01/01/2009 TERMINACIÓN: 01/01/2010
FECHA EXPEDICION:	17 de Febrero de 2009	PRIMA TOTAL MENSUAL:	\$12.276,00

MODULO DE ACCIDENTES			
Nombre Asegurado	Inicio cobertura	Cobertura	Límite Asegurado
COBERTURA NO ADQUIRIDA	N.A.	MUERTE ACCIDENTAL (Pago Inmediato)	N.A.
		RENTA MENSUAL PARA GASTOS DEL HOGAR DURANTE 12 MESES	N.A.
		RENTA MENSUAL PARA GASTOS DE ESTUDIO PARA CADA HIJO MENOR DE 18 AÑOS POR 12 MESES	N.A.

MODULO DE VIDA			
Nombre Asegurado	Inicio cobertura	Cobertura	Límite Asegurado
SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	01/03/2008	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	14.291.369
		INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14.291.369
		ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES (50%)	7.145.684

MODULO DE RENTAS			
Nombre Asegurado	Inicio cobertura	Cobertura	Límite Asegurado
SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	01/03/2008	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION	71.579
		CIRUGÍA AMBULATORIA	71.579
		RTA POSTHOSPITALARIA ASEG. PPAL. (Igual # de días de Hosp. max 10, Mater. max 3) (Solo asegurado principal)	35.789

MODULO DE RENTA PADRES			
Nombre Asegurado	Inicio cobertura	Cobertura	Límite Asegurado
COBERTURA NO ADQUIRIDA	N.A.	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION	N.A.
		CIRUGÍA AMBULATORIA	N.A.

**NOTA:** EN CADA MODULO LA FECHA DE INICIO DE COBERTURA Y EL LIMITE ASEGURADO SE INDICAN EN EL MISMO ORDEN EN QUE APARECE EL NOMBRE DE LOS ASEGURADOS.



**ace seguros**

**ACE Seguros S.A.**  
Nit. 860.026.518-6  
Calle 72 No. 10-51 Piso 7  
Bogotá D.C.  
Colombia

571 319-0300 PBX  
571 319-0400  
571 319-0408 Fax  
571 319-0304  
[www.ancelatinamerica.com](http://www.ancelatinamerica.com)

**ASISTENCIA EXEQUIAL : COBERTURA NO ADQUIRIDA**  
**LISTA DE ASEGURADOS:**

**BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL**

**LOS DE LEY**

ANUALMENTE LA SUMA ASEGURADA Y EL COSTO MENSUAL DEL SEGURO SERÁN AJUSTADOS EN EL VALOR DEL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR.

ESTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO ESTA SUJETO A TODOS LOS TERMINOS, CONDICIONES Y EXCLUSIONES MENCIONADOS EN LA PÓLIZA, DE IGUAL FORMA SE REGISTRÁ POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO. LA MORA EN EL PAGO DE LA POLIZA DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA Y DARA DERECHO A LA COMPAÑÍA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO.

**ACE Seguros S.A.**  
**FIRMA AUTORIZADA**

## DATOS DEL AGENTE RETENEDOR

Numero Identificacion 900190876-3

Razon social EMAS SOCIAL S.A.

## DATOS DEL ASALARIADO

Numero Identificacion 12.957.079 Cod.Tipo doc. 13 Nombre OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

Periodo de la Certificacion ! Fecha Expedicion ! Lugar Retencion

2008/01/01 2008/12/31 ! 2009/02/18 ! PASTO Cod.Dpto. 52 Cod.Ciu. 001

## CONCEPTO DE LOS INGRESOS

CONCEPTO DE LOS INGRESOS	VALOR
Salarios y demas ingresos laborales	7,517,000.00
Cesantias e Intereses de Cesantias efectivamente pagadas	0.00
Gastos de representacion	0.00
Pensiones de Jubilacion, Vejez o Invalidez	0.00
Otros Ingresos	0.00

## VALOR TOTAL DE INGRESOS BRUTOS

7,517,000.00

Aportes obligatorios por salud	252,000.00
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	252,000.00
Aportes voluntarios a fondos de pensiones y cuentas AFC	0.00
VALOR TOTAL DE LA RETENCION	0.00

Firma de Retenedor LILIANA INSUSTY MUÑOZ

## DATOS A CARGO DEL ASALARIADO

CONCEPTO	Valor Recibido	Valor Retenido
Arrendamientos		
Honorarios, comisiones y servicios		
Rendimientos Financieros		
Enajenacion de Activos Fijos		
Loterias, Rifas, Apuestas y similares		
Otros		

TOTAL

TOTAL RETENCION AÑO GRAVABLE 2008

## IDENTIFICACION DE LAS PERSONAS LEGALMENTE A CARGO

CERTIFICADO QUE DURANTE EL AÑO GRAVABLE 2008

(1) Por lo menos el 80% de mis ingresos brutos ordinarios provinieron de una relacion laboral o legal y reglamentaria.

(2) Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500)UVT (\$99.243.000)

(3) No fui responsable del impuesto sobre las ventas.

(4) Mis ingresos totales fueron iguales o inferiores a tres mil trescientos (3.300)UVT. (\$72.778.000)

(5) Mis consumos mediante tarjeta de credito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800)UVT. (\$61.751.000)

(6) Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de dos mil ochocientos (2.800)UVT. (\$61.751.000)

(7) Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depositos o inversiones financieras no excedieron los cuatro mil quinientos UVT. (\$99.243.000)por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaracion de renta y complementarios por el año gravable 2008

C.C. o NIT

FORMULARIO DE SOLICITUD  
AFILIACIÓN ☐ TRASLADO ☒  
Diligenciar en tinta negra



Fondo Nacional de Ahorro  
CRÉDITO A SUS SUEÑOS

Sector Público ☐ Sector Privado ☒

No. 1621729

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de solicitud	Día 20	Mes 02	Año 2004	Lugar	Pasto
Primer Nombre: Segundo	Segundo Nombre:	Primer Apellido: Oviedo	Segundo Apellido:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento: Florida	Depto. Huila	País: Colombia	No. Personas a cargo: 1		
Fecha de Nacimiento: Día 06	Mes 02	Año 1951	Tipo Doc.: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
No. de Documento 12957079	Fecha de Expedición: Día 21	Mes 04	Año 11		
Lugar de expedición: Pasto	Departamento: Huila				
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/>					
Estudios Realizados: Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	Profesión: Obrero				
Tipo de Vivienda: Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/>	Oficio: Obrero				
Dirección Domicilio: C/CA No 13-29					
Ciudad: Pasto	Depto.: Huila	Teléfono:			
Barrio: Nueva	E-mail: 3104110677				
Vivir Correspondencia: a) Casa <input type="checkbox"/> b) Oficina <input checked="" type="checkbox"/>	Celular: 3116149896				
Nombre cónyuge o compañero(a): Aura Villota	Actividad Económica: Asalariado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>				
Tipo Doc.: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Número 30739277					
Estudios realizados: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>					
Trabaja en:	Teléfono Oficina	Teléfono Casa			

2. VÍNCULO LABORAL ACTUAL (SOLO PODRÁN AFILIARSE PERSONAS QUE TENGAN VÍNCULO LABORAL VIGENTE)  
INFORMACIÓN FINANCIERA

Nombre o Razón Social Empleador: Enxer Social					
NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número 900190876-3	E-mail Empresa:				
Dirección sede de trabajo: C/CA No 13-29					
Ciudad: Pasto	Depto.: Huila	Teléfono: 226169	Fax:		
Fecha de vinculación: D 01	M 01	A 2004	Tipo de contrato: Término Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		<b>EGRESOS MENSUALES</b>		<b>TOTAL ACTIVOS</b>	
Concepto	Valor	Concepto	Valor		
Salariales <input checked="" type="checkbox"/>	446.500	Vivienda <input type="checkbox"/>		\$ 74.000.000	
Honorarios <input type="checkbox"/>		Alimentación <input checked="" type="checkbox"/>	150.000	<b>TOTAL PASIVOS</b>	
Comisiones <input type="checkbox"/>		Educación <input type="checkbox"/>		\$	
Rentas <input type="checkbox"/>		Créditos <input type="checkbox"/>			

3. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información aquí suministrada es auténtica y veraz. Autorizo irrevocablemente al Fondo Nacional de Ahorro, FNA, para verificarla a través de los medios que considere conveniente. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual forma, autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor o reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales a la Central de Información del Sector Financiero, CIFI, o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

Declaro que he recibido la información comercial sobre los derechos y deberes que adquiere como Afiliado(a) al FNA y acepto la normativa de la Entidad.

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que el origen de los recursos que entregaré al FONDO NACIONAL DE AHORRO corresponde a actividades lícitas que relaciono a continuación: CESANTÍAS y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta, con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. TRASLADO DE OTROS FONDOS

SI ☒ NO ☐

Firma Solicitante:

AUTORIZO AL FONDO NACIONAL DE AHORRO PARA REALIZAR EL TRÁMITE DE TRASLADO DE MIS CESANTÍAS DEPOSITADAS EN

ING.

Estas Cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes Entidades o Empresas:

Enxer Social

Documento Identidad No. 12.750.000

La calidad de Afiliado Activo Aportante se adquiere solo por aquellos trabajadores con vínculo laboral vigente y cuyas cesantías sean aportadas y reportadas al FNA.

Huella Dactilar

Huellero negro sin repisar.

NOTAS IMPORTANTES:

POR CADA FONDO EN EL QUE TENGA DEPOSITADAS CESANTÍAS, DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.  
POR CADA EMPLEO VIGENTE DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.

ESPACIO PARA USO DEL FNA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICA INFORMACIÓN:	NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AUTORIZADO ÁREA COMERCIAL:	Tipo Documento Identidad Funcionario Área Comercial:			
Miguel B. Moraga		C.C.	C.E.	T.I.	NIT
Miguel B. Moraga		No.			



# HOSPITAL SAN PEDRO – UNIDAD ATENCION AL USUARIO

## FORMATO PARA INFORMACION DE PACIENTES VICTIMAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO.

INSTRUCTIVO: En caso de identificar un paciente victima de accidente de trabajo (ejemplos; accidente de transito en cumplimiento de funciones de la empresa donde trabaja, electrocuciones, lesiones de mano en máquinas, caídas en las empresas, etc.) favor remitir este formato a la **UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO**, diligenciando las preguntas. Es importante la identificación y el reporte de estos casos para efectuar la coordinación necesaria y realizar los trámites para el cobro respectivo de los servicios a la Aseguradora de Riesgos Profesionales (A.R.P), a la cual esta afiliado el paciente.

FECHA: HORA 06:00 PM DIA 05 MES Mayo AÑO 2009.

NOMBRE PACIENTE Segundo Ouredo Perez CARGO Recoleador

HISTORIA No 385136 C.C. 12.957.079 de Pasto.

EMAS. SA. Empresa Metropolitana de Aseo S.A. E.S.P.  
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA

Cra 24 # 23-51. Tel: 7216169.  
DIRECCION Y TELEFONO DE LA EMPRESA

La Positiva Compañia de Seguros / EPS. Nueva EPS.  
NOMBRE DE LA ASEGURADORA DE RIESGOS PROFESIONALES (A.R.P) Y EPS A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO

DESCRIPCION DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO  
Se encontraba recolectando basura en el barrio potrerillo en el tubo donde se paron cuando el carro recolector se transporto 1020 contra el piso en una bajada y aplasto el pie derecho contra el piso.

CODIGO DE ATENCION 57031398771188 CODIGO DE RADICADO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES  
Funcionario Enrique Aldana confirma código de atención y registro # 49138. 11:33 PM / 05-03-09).

Jina Navarro A. Usuario.  
FIRMA DEL FUNCIONARIO



Subsidiado

114

**Vinculado**

Contributivo



Otro

11

Soat

7

Historia Clínica No.

1295 70-79

FECHA:

DIA	MES	AÑO
05	03	09

Cama No.

**Empresa:**

NEED EPS

Nombre

Ouledo

Primer Apellido

Piet

Segundo Apellido

segundo

## Nombres

**Servicio:**

Worked -

CODIGO	PRESCRIPCION MEDICA EN NOMBRE GENERICO	CANTIDAD SOLICITADA			PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
		EN NUMEROS	EN LETRAS	DESPACHADA		
	Paciente al consulta al servicio de Urgencias el día 5 de marzo de 2009 por presentar Traxura en brazo de pie derecho en el horario de Trabajo; presenta intenso dolor e incapacidad de movimiento por lo cual se da Tratamiento Analgésico y recomendaciones, reposo e incapacidad por el día 6 de marzo de 2009, el Paciente refiere al el Traxura fue en horas laborales.					
					TOTAL \$	

Ivan San...  
MEDICO  
No. 40  
Universidade Tecnológica de Pereira

BOBROZ M.  
No. 975  
REGISTAL

**MEDICO**

DESPACHADO POR

RECIBIDO POR

COD. 007 - 0070 - 0001

Línea segura ARP  
Positiva compañía de seguros  
Bogotá 3307000  
Resto del país 01 8000 111170

INFORME PARA PRESUNTO ACCIDENTE  
DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O  
CONTRATANTE

Diligenciado el: 06/03/2009  
Id Furat: 25449094  
Fecha de impresión: 06/03/2009  
Número de radicación: 10892



Diligenciado Por:	EPS:
Contac Center	NUEVA EPS
AFP:	ARP:
SANTANDER	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S.

No documento:	Tipo de Doc:	Tipo de vinculación:	Nombre o razón social:	Código
900190876	N	Empleador	EMAS SOCIAL	
Dirección sede principal:		Actividad económica (Sede principal):		
CARRERA 24 NO 23-51		EMPRESAS DEDICADAS A LA ELIMINACION DE DESPERDICIOS Y AGUAS RESIDUALES, SANEAMIENTO Y EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES S		3900001

Teléfono:	Fax:	E-mail:	Departamento:	Municipio:	Zona:
7216169		sugbenabides@hotmail.com	NARIÑO	PASTO	U

Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?		Dirección del centro de trabajo:			
Actividad económica del centro de trabajo:		CARRERA 24 NO 23-51			
EMPRESAS DEDICADAS A LA ELIMINACION DE DESPERDICIOS Y AGUAS RESIDUALES, SANEAMIENTO Y EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES SIMILARES INCLUYE LA RECOLECCION, RELLENOS SANITARIOS Y/O RECICLAJE DE BASURAS INDUSTRIAL O ARTESANAL DE BASURAS, ARREGLO DE CUERPO				3900001	
Teléfono:	Fax:	E-mail:	Departamento:	Municipio:	Zona:
7216169			NARIÑO	PASTO	U

No documento:	Tipo de Doc:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Tipo de vinculación:
12957079	C	16/02/1951	M	Planta
Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
OVIEDO	PEREZ	SEGUNDO	ABEL	
Dirección:		Teléfono:	Fax:	Departamento:
CL 6 A 13 29		7313552		NARIÑO
Municipio:	Zona:	Ocupación:		
PASTO	U	OTRAS OCUPACIONES		
Código:	Fecha de ingreso a la empresa:	Salario mensual:	Jornada Habitual:	
9999	01/02/2000	496900	Turnos	

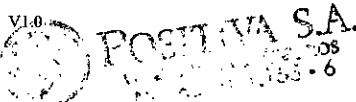
Fecha del accidente:	Hora del accidente:	Día de la semana:	Jornada en que sucede:
05/03/2009	18:00	Jueves	Normal
Realiza su labor:	Ocupación no habitual:	Tiempo laborado:	Lugar donde ocurrió el AT:
Si		04:00	Fuera de la empresa
Mecanismo o forma del AT:	Tipo de lesión:	Sitio:	Tipo de accidente:
Pisadas, choques o golpes	Golpe o contusión o aplastamiento	Áreas de producción	Propios del trabajo
Parte del cuerpo afectada:	Agente del accidente:	Departamento:	Municipio:
Pies	Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)	NARIÑO	PASTO
Zona AT:	Mortal:	Fecha mortal:	
U	No		

Descripción del AT:	
EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA, RECOLECTANDO BASURA Y EL TUVO DONDE SE PARO DEL CARRO ESTE ROZO CON EL PISO EN UNA BAJADA OCASIONANDO GOLPE EN EL PIE DERECHO OCASIONÁNDOLE INFLAMACIÓN. OBSERVACIONES: DIR ACC: CRA 4 CL 16 POTRERILLO. FECHA INGRESO: 01/01/2008, OCUPACIÓN: OPERARIO DE RECOLECCION	
Hubo personas que presenciaron el accidente?:	
No	
Testigo 1:	Tipo Doc:
Testigo 2:	Tipo Doc:
	Nº Documento:
	Nº Documento:

Responsable del informe:	Tipo Doc:	Nº Documento:
SUGELI BENAVIDES ALVAREZ	C	37087626

Seccional: CALLCENTER

52772834



MAR 2009

GHJ400-600

San Juan de Pasto, 24 de julio de 2009



Señor  
**SEGUNDO OVIEDO PEREZ**  
Operario de Recoleccion  
EMAS SOCIAL SA  
San Juan de Pasto

Asunto: Vacaciones

Cordial Saludo:

Por medio de la presente, me permito informarle que a partir del 1 al 20 de agosto de 2009, Usted entrara a disfrutar de sus vacaciones, del periodo comprendido entre el primero (01) de enero al treinta y uno (31) de diciembre de 2008, debiendo reintegrarse el 21 de agosto de 2009

Le solicitamos acercase a la oficina de la Dirección Administrativa para su respectivo Pago.

Atentamente

  
**AMALIA BURBANO GUERRERO**  
Coordinadora Gestión Humana

*Segundo Oviedo*

Copia: Ing. Juan Miguel Guerron, Profesional Aseo y Control Mantenimiento

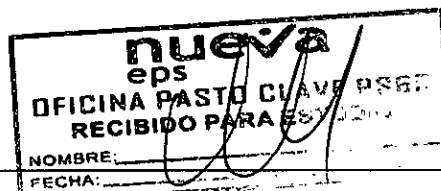
Tania B.

**NUEVA EPS S.A**  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD**  
**EMISION DE INCAPACIDAD**

Pág. 1 de 1

<b>Estado</b>	Radicada		
<b>Oficina</b>	0066 PASTO ZONA	<b>Nro Incapacidad</b> 0000253869	<b>No. de Solicitud</b>
<b>Cotizante</b>	C 12957079	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	<b>Tipo Trabajador</b> Dependiente
<b>Plan</b>	001	<b>Edad</b> 58	
<b>Fecha Recepción</b>	24/11/2009	<b>Fecha de Expedición</b>	23/11/2009
<b>Empleador</b>	814000704 EMAS SA ESP		
<b>IPS</b>	3355 PROINSALUD		
<b>Médico</b>			
<b>Fecha Inicio</b>	23/11/2009	<b>Días de Incapacidad</b> 8	<b>Fecha Terminación</b> 30/11/2009
<b>Prórroga</b>	No	<b>Traslape</b>	No
<b>Hospitalización</b>	No		
<b>Diagnóstico</b>	K922		
<b>Contingencia</b>	ENFERMEDAD GENERAL		
<b>Tipo Incapacidad</b>	AMBULATORIA		
<b>Clase Incapacidad</b>	NINGUNO DE LOS ANTERIORES		

*Pues  
Tm  
no 2 4/10*



Nombre de quien autoriza o transcribe la incapacidad


Firma y sello de quien expide o transcribe la incapacidad

liado: Al acumular los primeros 130 días de incapacidad, favor acercarse a la Carrera 85 k N° 46A - 66, Complejo Logístico San

Sin el número de autorización otorgado por la E.P.S., esta incapacidad no podrá ser descontada en la autoliquidación

**EL ORIGINAL DE ESTA INCAPACIDAD ES EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA LA LIQUIDACION DE LA MISMA**

**EMPLEADOR E.P.S.**

	<b>PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.</b>	<b>EPICRISIS</b>	<b>CODIGO:</b> FRGEN - 44	<b>FECHA DE ELABORACION:</b> 02 de Enero de 2006
			<b>VERSION:</b> 01	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b> 15 de Enero de 2007
			<b>HOJA:</b> 1 DE 1	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO

Segundo Abel Oviedo

SEXO ☒ M ☐ F

EDAD 58 Años 0 Meses 0 Días

MAGISTERIO ☐ A ☐ B ☐ P

EPS N EPS ☐ ☐ ☐

OTRO CONTRATO \_\_\_\_\_

PARTICULAR \_\_\_\_\_

TIPO CE No. DE IDENTIFICACION 12957039

No. CAMA 108

SERVICIO DE INGRESO: 1. Urgencias ☒ 2. Consulta Externa ☐  
3. Remitido ☐ 4. Nacido en la Institución ☐

FECHA INGRESO 21/1/06 HORA 11:06 h:h m:m

SERVICIO DE EGRESO Hospitalizado

FECHA EGRESO 23/1/06 HORA 14:00 h:h m:m

DEL INGRESO  
MOTIVO DEL INGRESO (MC): caída de 2 días de evolución

ESTADO GENERAL AL INGRESO (EA): consiste en dolor intenso en epigastrio  
de características náuseas

ANTECEDENTES: NO

REVISION POR SISTEMAS: NO

EXAMEN FISICO: TA: 120/80 FC: 98 T: 36.5  
abd: dolor a la palpación de epigastrio

DIAGNOSTICO Hemorragia Gastrointestinal

DEL INGRESO: \_\_\_\_\_

CONDUCTA: se hospitaliza

Ayudas Diagnósticas Endoscopia de ve digética  
N.úrica

DE LA EVOLUCION: Satisfactoria

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

ESTADO DEL EGRESO VIVO ☒ MUERTO ☐

DEL EGRESO (Diagnósticos definitivos)  
Dx. PRINCIPAL 1. Hemorragia Gastrointestinal

Dx. DE EGRESO 2. \_\_\_\_\_

Dx. DE EGRESO 3. \_\_\_\_\_

CONDUCTA: se da de alta con medicación  
para control por consulta externa con médico internista

INCAPACIDAD: \_\_\_\_\_

Paula H. Hernandez  
MEDICO  
R.M. 3539

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE ELABORO LA EPICRISIS

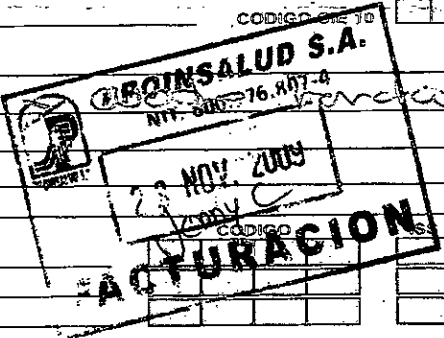
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL ESPECIALIZADO QUE ATENDIO

REGISTRO MEDICO No. \_\_\_\_\_

TIPO DE IDENTIFICACION  
CC = CEDULA DE CIUDADANIA CE = CEDULA EXTRANJERIA PA = PASAPORTE RC = REGISTRO CIVIL TI = TARJETA DE IDENTIDAD

ELABORADO POR: Subgerente de Salud  
REVISADO POR: Control y Aseguramiento del S.G.C.  
APROBADO POR: Gerente General

USUARIO



ing. del 18  
del 12  
p.e.

**NUEVA EPS S.A**  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD**  
**EMISION DE INCAPACIDAD**

Pág. 1 de 1

**Estado** Radicada

**Oficina** 0066 PASTO ZONA **Nro Incapacidad** 0000262638 **No. de Solicitud**

**Cotizante** C 12957079 **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** **Tipo Trabajador** Dependiente

**Plan** 001 **Edad** 58

**Fecha Recepción** 09/12/2009 **Fecha de Expedición** 07/12/2009

**Empleador** 814000704 EMAS SA ESP

**IPS** 3091 E.S.E. Hospital San Pedro

**Médico**

**Fecha Inicio** 07/12/2009 **Días de Incapacidad** 5 **Fecha Terminación** 11/12/2009 ✓

**Prórroga** No **Traslape** No **Hospitalización** No

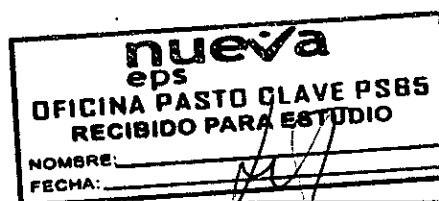
**Diagnóstico** T240

**Contingencia** ENFERMEDAD GENERAL ✓

**Tipo Incapacidad** AMBULATORIA

**Clase Incapacidad** NINGUNO DE LOS ANTERIORES

OK



Recibido  
Tareas  
Dic 9/09

Nombre de quien autoriza o transcribe la incapacidad

Firma y sello de quien expide o transcribe la incapacidad

liado: Al acumular los primeros 130 días de incapacidad, favor acercarse a la Carrera 85 k N° 46A - 66, Complejo Logístico San  
Sin el número de autorización otorgado por la E.P.S., esta incapacidad no podrá ser descontada en la autoliquidación  
**EL ORIGINAL DE ESTA INCAPACIDAD ES EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA LA LIQUIDACION DE LA MISMA**

EMPLEADOR E.P.S.

**NUEVA EPS S.A**  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD**  
**EMISION DE INCAPACIDAD**

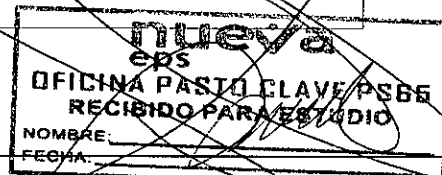
**nueva**  
**eps**

Pág. 1 de 1

**Estado** Sin pago Eps  
**Oficina** 0066 PASTO ZONA **Nro Incapacidad** 0000321664 **No. de Solicitud**  
**Cotizante** C 12957079 **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** **Tipo Trabajador** Dependiente  
**Plan** 001 **Edad** 59  
**Fecha Recepción** 25/03/2010 **Fecha de Expedición** 24/03/2010  
**Empleador** 814000704 EMAS SA ESP  
**IPS** 3786 FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO  
**Médico**  
**Fecha Inicio** 24/03/2010 **Días de Incapacidad** 3 **Fecha Terminación** 26/03/2010  
**Prórroga** No **Traslape** No **Hospitalización** No  
**Diagnóstico** K529  
**Contingencia** ENFERMEDAD GENERAL  
**Tipo Incapacidad** AMBULATORIA  
**Clase Incapacidad** NINGUNO DE LOS ANTERIORES

**Causal de Negación**

Los tres (3) primeros días de incapacidad son a cargo del empleador.  
Decreto 1406 de 1999, artículo 40



Nombre de quien autoriza o transcribe la incapacidad

Firma y sello de quien expide o transcribe la incapacidad

liado: Al acumular los primeros 130 días de incapacidad, favor acercarse a la Carrera 85 k N° 46A - 66, Complejo Logístico-San  
Sin el número de autorización otorgado por la E.P.S., esta incapacidad no podrá ser descontada en la autoliquidación  
**EL ORIGINAL DE ESTA INCAPACIDAD ES EL UNICO DOCUMENTO VALIDO PARA LA LIQUIDACION DE LA MISMA**

**EMPLEADOR E.P.S.**





## Solicitud de Vinculación ING Fondo de Pensiones y/o ING Fondo de Cesantía - Trabajadores Dependientes

Ciudad o Municipio PASTO Fecha solicitud 20/06/15 Fecha primer pago AAAA/MM/DD No. 8735302

## Pensiones obligatorias

☐ Vinculación Inicial ☐ Traslado Régimen ☐ Traslado AFP Entidad anterior (ISS o Cajas/AFP anterior)

## Cesantías

☐ Vinculación Inicial ☒ Traslado AFP (ley 50) ☐ Traslado Retroactivas PO R UENIR

## Información personal

Primer Apellido OUJED Segundo Apellido PEREZ  
Primer Nombre SEGUNDO Segundo Nombre ABEL  
Sexo ☒ M ☐ F Fecha nacimiento 19/5/1986 Lugar nacimiento (Ciudad o Municipio) LA FLORES  
Pais nacimiento COLOMBIA Nacionalidad ☒ Colombiano ☐ Extranjero Tipo documento ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. (Carne Diplomático) ☐ T.I.  
Doc. de identidad No. 12957079 Fecha expedición 19/04/12 Lugar expedición PASTO

## Información de localización

Dirección y barrio de residencia CL 6A 13 29, NIZA 1  
Ciudad residencia PASTO Departamento NARIÑO  
Teléfono residencia — Teléfono celular 3208064811 Dirección y barrio envío correspondencia CL 6A 13 29, NIZA 1  
Ciudad envío correspondencia PASTO Departamento NARIÑO  
E-mail (Dirección correo electrónico) —

Autorizo el envío de extracto al e-mail registrado, de lo expreso constancia que autorizo la remisión de los extractos a que hubiera lugar por e-mail según la información que me comprometo a actualizar. ☐ Si ☒ No.

## Información complementaria y financiera

Ocupación o cargo SUPERARIO Cód. ocupación — Profesión — Ingreso/ Salario mensual \$ 515000  
Egreso mensual \$ 200000 Total activos \$ — Total pasivos \$ — Otros ingresos \$ —  
Descripción otros ingresos — Salario integral ☐ Si ☒ No Tipo Trabajador ☒ Sector Público ☐ Sector Privado ☐ Pensionado Temporal ☐ Cooperado

Declaro que mis bienes proceden de ☒ Salario ☐ Honorarios ☐ Inversiones ☐ Otro Cual? — Declarante ☐ Si ☒ No.

• Me comprometo a entregar información veraz y verificable y autorizo a que sea consultada y reportada mi información en centrales de riesgo. • Me comprometo a actualizar mi información por lo menos una (1) vez al año.

Usted maneja o administra dineros del sector público? ☐ Si ☒ No En caso afirmativo detalle origen y destinos de los mismos —Persona con reconocimiento público (PRP)? ☐ Si ☒ No Persona expuesta políticamente (PEP)? ☐ Si ☒ No

## Información beneficiarios de la pensión

Apellidos	Nombres	Sexo M F	Tipo documento CC, CE, TI, RC	Número Documento de Identidad	Fecha nacimiento	Parentesco
<u>LOS DE LEY</u>					<u>AAAA/MM/DD</u>	
					<u>AAAA/MM/DD</u>	

Códigos Parentesco: 1: Cónyuge 2: Compañero (a) Permanente 3: Padres 4: Hijos 5: Hijos inválidos 6: Hermanos inválidos. Los beneficiarios relacionados serán validados de acuerdo a la ley.

## Datos empleador

Nombre razón social / Denominación social EMPRESA METROPOLITANA DE PASTO DE PASTO  
Tipo documento ☒ NIT. ☐ C.C. ☐ C.E. No. identificación empleador 819000704 Teléfono empresa 7216169  
Teléfono 2 o fax empresa — Dirección empresa donde labora —  
Ciudad empresa donde labora PASTO Departamento NARIÑO

## Firmas

Firma del representante legal del empleador —  
Firma del afiliado SEGUNDO PEREZ  
Firma del afiliado 12957079

Declaro bajo juramento, que los antecedentes del trabajador incluidos en la presente solicitud, son los que corresponden con la información suministrada. El empleador recibió copia de este contrato y se encuentra notificado del pago de lo contrario incurrirá en sanciones por mora. La copia del empleador debe ser entregada a Recursos Humanos o a la dependencia que haga sus funciones.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo, la presente declaración:

**PENSIONES OBLIGATORIAS**

Hago constar bajo la gravedad del juramento que la presente selección la he efectuado bajo las siguientes consideraciones: a) de manera libre, espontánea y sin presiones; b) la información a ella incorporada es cierta y verificable; c) he sido asesorado ampliamente respecto del régimen de transición y en consecuencia, entiendo y acepto que renuncio a sus beneficios; d) si al 1 de abril de 1994 tenía 55 años o más (hombres), o 50 o más años de edad (mujeres), declaro que conozco la obligación de cesar 500 semanas dentro del régimen para acceder a sus beneficios; e) he sido asesorado en todos los aspectos del régimen en particular, emisión y trámite de bonos pensionales y condiciones para pensión f) conozco el derecho de retracto que me asiste dentro de los cinco días hábiles siguientes a la firma de vinculación y g) autorizo para que se realicen los trámites tendientes a la emisión de mi bono pensional.

Por medio de la presente, comunico a ustedes que he escogido a ING Pensiones y Cesantías, para que administre mis cesantías, para tal efecto le solicito que se sirva realizar el depósito correspondiente en dicha entidad. Anexo fotocopia de la cédula.

## Espacio reservado para ING Pensiones y Cesantías

Asesor — Nombres y Apellidos Asesor — No. identificación —

San Juan de Pasto, 17 de junio de 2010

Doctor  
OSCAR PARRA ERAZO  
Gerente  
EMAS PASTO  
San Juan de Pasto

Asunto: Solicitud Parcial de Cesantías

Cordial Saludo:

Me dirijo a Usted, con le fin de solicitarle se sirva autorizar el pago de mis cesantías parciales, lo anterior previos trámites ante el Ministerio de Trabajo.

Fundamento mi solicitud en el Artículo 256, Numeral 1 del Código Laboral. El cual reza "Los trabajadores individualmente, podrán exigir el pago parcial de su auxilio de cesantía para la adquisición, construcción, mejora o liberación de bienes raíces destinados a su vivienda, o educación, siempre que dicho pago se efectúe por un valor no mayor del requerido para tales efectos." o para Educación

El retiro de dichas Cesantías es de un millón quince mil pesos (\$1.015.000), para Estudios de mi hija

Atentamente,

*Segundo Abel Oviedo Perez*  
SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ  
C.C. 12.957.079 PASTO  
56 años  
Trabajador

*Revisado  
Ta B  
Jun 17/2010  
OK Buso  
Tamb*



CERTIFICACIÓN DESTINACIÓN DE CESANTÍAS Y  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, Segundo Abel Ovedo y identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 12457-079, en mi condición de Empleado (a) de la EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP, certifico que la suma de \$1.015.000 PESOS M/CTE (\$=) autorizada como retiro parcial de cesantías será destinada a Estudio (- comprar, mejorar, liberar de hipoteca su vivienda o la de su cónyuge o su compañero (a) permanente. - Pagar la matrícula de la carrera universitaria o posgrado del trabajador, el de su cónyuge o compañero permanente o los hijos. Pago de matrículas en instituciones y programas técnicos conducentes a certificados de aptitud ocupacional ACREDITADOS). En el evento en que la suma autorizada para el retiro parcial de cesantías no sea destinada al fin señalado, **AUTORIZO** de manera expresa y previa a mi Empleador descontar de mis salarios y prestaciones sociales y de la prima legal a la que tengo derecho el valor total de la misma dentro de los montos permitidos por la Ley, de conformidad con lo señalado en el artículo 149 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo, por concepto de deudas laborales y a partir de la nomina del mes en que se establezca que los dineros no tuvieron la finalidad para la que fueron solicitados.

Si finalizada la relación laboral la suma aludida no se hubiese cancelado de manera total **AUTORIZO** a mi Empleador descontar el saldo a mi cargo en la liquidación de mis derechos laborales.

Para constancia de lo anterior se firma a los 17 días del mes de junio de 2010.

x Segundo Abel Ovedo y  
FIRMA

CC 12.457-079

Operario de Bordo y Moleku (Cargo)

CE 73 / 2.010

## LA SECRETARIA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EMSSANAR


### HACE CONSTAR:

Que **ANGELA MAIDE OVIEDO VILLOTA**, identificado con cédula de ciudadanía N° 37.085.885 de Pasto, se encuentra matriculada en el Programa Técnico Laboral de **ASISTENCIA EN GESTIÓN DOCUMENTAL**.

El valor total del Técnico es de \$1.015.000 (Un millón quince mil pesos m/l), que deberán ser consignados en la cuenta de ahorros número **879 476 826 – 51** de Bancolombia, a nombre de la Fundación de Servicios Educativos de Emssanar CETEM.

Resolución # 2175 del 17 de  
Noviembre de 2008

GOBERNACION DE NARIÑO



MARÍA MERCEDES LÓPEZ N.



San Juan de Pasto, Junio 16 de 2.010

MarioLN



FUNDACION SERVICIOS EDUCATIVOS DE EMSSANAR CETEM  
Nit. 900258441-8

RECIBO DE PAGO No:

6919

Fecha: 27/08/2010

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres CC T.I. C.E. OTRO

Oviedo Urrutia Angela Porde 37.035.285

Dirección: Calle 6A # 1529 NPro Teléfono: 320.606.4811

Programa: AechPUO Código: Semestre: 1 Promoción: 8

CONCEPTO		VALOR	PERIODO DE PAGO			
			I	II	III	IV
INSCRIPCION PROGRAMA	<input type="checkbox"/>	CURSOS Y SEMINARIOS	<input type="checkbox"/>			
PENSION	<input checked="" type="checkbox"/>	INTERESES MORATORIOS	<input type="checkbox"/>			
MATERIAL EDUCATIVO	<input type="checkbox"/>	CONSTANCIAS Y CERTIFICADOS	<input type="checkbox"/>			
OTROS	<input type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES: Conceda con cheque # 901410.						
TOTAL:		1.015.000				

VALOR EN LETRAS: Un millón quinientos mil / 0000

FUNDACION EMSSANAR

NIT. 814006325-9

CENTRO DE ESTUDIOS EMSSANAR

CAJERO

TESORERO

POR FAVOR CONSERVE ESTE RECIBO, PUEDE SER REQUERIDO PARA TRAMITES POSTERIORES

CANCELADO



ING PENSIONES Y CESANTÍAS  
**HACE CONSTAR**

Que el (la) señor (a) SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, identificado (a) con C.C No. 000012957079, está afiliado (a) al **ING FONDO DE CESANTIAS**, cuenta 000001923409 desde el 16 de febrero de 2009 y a la fecha presenta un saldo de \$695,422.07 \*\*Seiscientos Noventa y Cinco Mil Cuatrocientos Veintidos Pesos 07/100\*\*.

Se expide la presente certificación a solicitud del (la) interesado (a) el 15 de junio de 2010, en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordial saludo,

**Clara Sofia Salas**  
Gerente de Servicio



Dirección General Carrera 13 N° 27-75  
Fax: 339 30 00 Extensión 4920  
A.A: 241800  
Bogotá D.C., Colombia  
www.porvenir.com.co

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**


**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**, identificado(a) con C.C. 12,957,079, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE CESANTIAS PORVENIR** con un saldo a la fecha de \$ 622,778.23, siendo la empresa **METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S A ESP** quien realizó su último aporte a esta cuenta.

Saldo Portafolio Largo Plazo	\$ 0.00
Saldo Portafolio Corto Plazo	\$ 622,778.23
<b>Saldo Total</b>	<b>\$ 622,778.23</b>

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de junio de 2010.

  
**LILYANA JIMENA CALA RUANO**  
**AUXILIAR II**  
**PASTO**



**EMAS**

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P.

Nit. 814.000.704-1

San Juan de Pasto 08 de Julio de 2010

Señores

**ING ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS S.A.**

San Juan de Pasto

Asunto: Retiro Parcial de Cesantías

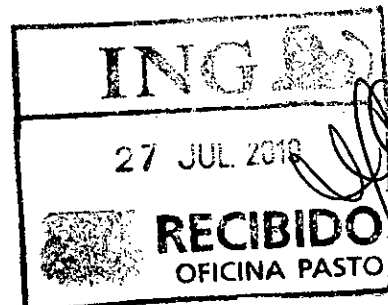
Cordial Saludo

Remito a usted original de la resolución 2593 del 24 de Junio de 2010, expedida por el ministerio de la protección social para retiro parcial de las cesantías de nuestro funcionario SEGUNDO ABEL OVIEDO identificado con cedula de ciudadanía No 12.957.079 de Pasto por valor de Un Millón Quince Mil Pesos \$ (1.015.000) para cancelar matricula de su hija ANGELA MAIDE OVIEDO Identificada con cedula de ciudadanía N 37.085.885 de pasto en el programa de ASISTENCIA EN GESTION DOCUMENTAL en la FUNDACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS EMMSANAR- CETEM. Nit 900258441-8

Agradezco de antemano su colaboración

Atentamente;

**SANDRA EUGENIA NARVAEZ POLANCO**  
Directora de Recursos Humanos



ARMANDO G

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

Una empresa del

**Grupo Sala**

Soluciones Ambientales para Latinoamérica



Cra. 24 No. 23-51  
Tel: (57 2) 7216169 - Fax: (57 2) 7212460  
www.emaspasto.com  
Pasto - Colombia  
NUIR: 1-52001-000-3



San Juan de Pasto, 17 de junio de 2010

Señor (a)  
Coordinador(a) de Atención al Ciudadano y Trámites de Nariño  
Ministerio de la Protección Social  
Ciudad

República de Colombia  
Ministerio de la Protección Social  
Dirección Territorial de Nariño

LIBRETA Y ORDEN

23 JUN 2010

OFICINA DE CORRESPONDENCIA

Fecha: JUN 2010 B I D O

Nº de Folios: \_\_\_\_\_

Auxiliar Administrativo - Dirección

Con toda atención solicitamos a ese Despacho autorización para liquidar y pagar el Auxilio Parcial de Cesantías de nuestro (s) trabajador (es)

Red 351

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	EDAD	VALOR
Segundo Abel Ovedo P.	12957 079	56 Años	\$ 1.015.000

Por haber presentado ante el (la) Empleador (a), la prueba exigida para establecer la verdad y necesidad de su solicitud, certificamos que la destinación que le dará a este derecho prestacional: El (la) empleador (a) La Empresa asume la responsabilidad sobre la vigencia y cumplimiento de inversión.

Nos acogemos a lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 2076 de 1967 y el artículo 102 de la Ley 50 de 1990, por hallarse cumplidos los requisitos del Decreto referido solicitamos su aprobación.

Atentamente,

FIRMA Y SELLO EMPLEADOR (A) (O EMPRESA)

*[Firma manuscrita]*

Oscar Pantoja, Gerente ENAS PASTO S.A. E.S.P



Republica de Colombia  
Ministerio de La Protección Social  
Dirección Territorial De Nariño

24 JUN 2010

San Juan de Pasto,

Resolución N°

2593-2010

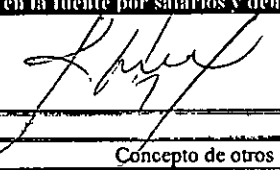
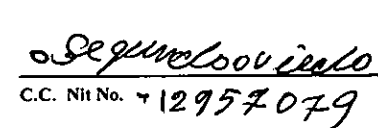
Por medio de la presente y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 2076 de 1967, artículo 102 de la Ley 50 de 1990 y Resolución 2605 del 27 de julio de 2009, SE AUTORIZA EL PAGO PARCIAL DE CESANTIAS, de los trabajadores antes mencionados.

*[Firma manuscrita]*

ADRIANA CALVACHI ARCINIEGAS  
Coordinadora de Atención al Ciudadano  
y Trámites de Nariño

*[Firma manuscrita]*

TECNICO ADMINISTRATIVO

<b>Certificado de Ingresos y Retenciones</b> <b>Año Gravable 2009</b>		<b>220</b>			
Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones		4. Número de formulario <b>261</b>			
5. Número de identificación tributaria (NIT): <b>814000704</b>	6. DV: <b>- 1</b>	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
11. Razón social <b>EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. ESP</b>					
24. Tipo de documento <b>13</b>	25. Número de Identificación <b>12,957,079</b>	Apellidos y Nombres <b>26 OVIEDO   27 PEREZ   28 SEGUNDO   29 ABEL</b>			
30. DE: 2009   01   01    31. A: 2009   12   31		32. Fecha de Expedición <b>2010   07   15</b>		33. Lugar donde se practicó la retención <b>PASTO</b>	
				34. Cód Dpto. <b>52</b>	35. Cód Ciudad Municipio <b>001</b>
36. Número de Agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan: <b>11</b>					
<b>Concepto de los Ingresos</b>				<b>Valor</b>	
Salarios (no incluya los valores de las casillas 38 a 41)				37	7,173,054
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo				38	69,497
Gastos de representación				39	0
Pensión de jubilación, vejez o invalidez				40	0
Otros ingresos originados en la relación laboral				41	813,614
<b>Total de ingresos brutos (Sume casillas 37 a 41)</b>				<b>42</b>	<b>8,056,165</b>
<b>Concepto de los aportes</b>				<b>Valor</b>	
Aportes obligatorios por salud				43	271,374
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional				44	271,374
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC				45	0
<b>Valor de la retención en la fuente por salarios y demás pagos laborales</b>				<b>46</b>	<b>0</b>
Firma del Retenedor 					
<b>Datos a cargo del asalariado</b>					
<b>Concepto de otros ingresos</b>				<b>Valor recibido</b>	<b>Valor retenido</b>
Arrendamientos				47	54
Honorarios, comisiones y servicios				48	55
Intereses y rendimientos financieros				49	56
Enajenación de activos fijos				50	57
Loterías, rifas, apuestas y similares				51	58
Otros				52	59
<b>Totales: (valor recibido: sume casillas 47 a 52), (valor retenido: sume casillas 54 a 59)</b>				<b>53</b>	<b>60</b>
<b>Total retenciones año gravable 2009 (Sume casillas 49 + 60)</b>				<b>61</b>	
Item	62. Identificación de los bienes poseídos				63. Valor Patrimonial
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2009 <b>64</b>					
<b>Identificación de las personas legalmente a cargo</b>					
Item	65. c.c. o. NIT	66. Apellidos y Nombres		67. Parentesco	
1					
2					
3					
4					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><p>Certifico que durante el año gravable de 2009:</p><ol style="list-style-type: none"><li>por lo menos el 80% de mis ingresos brutos provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria.</li><li>Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. (\$106.934.000)</li><li>No fui responsable del impuesto sobre las ventas.</li><li>Mis ingresos totales fueron iguales o inferiores a tres mil trescientos (3.300) UVT. (\$78.413.000)</li><li>Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT (\$66.535.000)</li><li>Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma dos mil ochocientos (2.800) UVT. (\$66.535.000).</li><li>Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los cuatro mil quinientos (4.500) UVT (\$106.934.000)</li></ol><p>Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable de 2009.</p></div><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 300px;"><p>Firma del asalariado:</p><p></p><p>C.C. Nit No. <b>12957079</b></p></div></div>					

Fecha de Emisión: 17/09/2010

Pág: 1 de 1

NUEVA EPS S.A.

**AUTORIZACION POR INCAPACIDAD GENERAL**

Fecha de Generación 01/09/2010

Oficina

Empleador NT 814000704 EMAS SA ESP

Nro Autorizacion Eps 000078564

0

Identificacion	Nombre Cotizante	Salario Base	Dias Inc	Dias Pag	Valor Subsidio	Vir Ajuste Sentencia	Valor Autorizado
CC 12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL						
Nro.Incapacidad	F Inicio	F Termino	Periodo				
0000253869	23/11/2009	30/11/2009	11/2009	\$555,000	8	5	61,670
						21,145	82,815
CC 12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL						
Nro.Incapacidad	F Inicio	F Termino	Periodo				
0000262638	07/12/2009	11/12/2009	12/2009	\$555,000	5	2	24,668
						8,458	33,126

**ORIGINAL**

Totales 86,338 29,603 115,941

TOTAL AUTORIZADO 115,941

**ESTA AUTORIZACIÓN PODRA SER COBRADA A NUEVA EPS DIRECTAMENTE**

1. Para el cobro del valor autorizado, debe diligenciar el formato de la solicitud de pago que se distribuye en nuestras oficinas, o realizar una cuenta de cobro anexando los originales de las liquidaciones.
2. Recuerde que para su mayor comodidad y seguridad, el pago se hará directo en abono a una cuenta de Ahorros o Corriente, de la cual usted deberá anexar certificado original, solo por primera vez, para su registro en base de datos.
3. Para cualquier inquietud al respecto se podrá comunicar con la Coordinación de Prestaciones Económicas al PBX 4193000.



**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO**  
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NIT.891.280.008 - 1

## FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO

**MARQUE CON UNA X**  
**LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO AL RESPALDO**

**Afflicción por primera vez**

11

### Cambio de Empresa

□

### Audiio por Muerte

11

### **Adición de nuevas personas a cargo**

☒

### Reintegro a la Empresa

□

### DATOS DE LA EMPRESA

DATOS DE LA EMPRESA					
NIT	Subcódigo	Razón Social de la Empresa o nombre del propietario	Dirección	Teléfono	Ciudad
211409970911	111	Empresa Metropolitana de Aspo E.S.P.			

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Primer Apellido						Segundo Apellido		Nombres		Cedula de Ciudadanía		Fecha de Nacimiento		
												Año	Mes	Día
<i>Oviedo</i>						<i>Perez</i>		<i>Segundo Abel</i>		<i>12957079</i>		<i>19</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
Dirección						Sector	Teléfono Fijo y Celular		Género	Estado Civil				
<i>Calle #29-13</i>						Urb. <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	<i>320 606 4811</i>		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vuelto <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>				
Correo Electrónico:		Ciudad:		Municipio:										
<i>Vizto</i>		<i>Rosita</i>												
Fecha de Ingreso a la Empresa						Cargo que desempeña				Trabaja Tiempo Completo		No. De Horas / Mes		
Año		Mes		Día		<i>Operario de Emas</i>				Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<i>240</i>		
Sueldo Básico		Comisiones		Tipo de vinculación										
<i>515.000</i>		\$ .		Contrato Terminó indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Tipo Fijo por Obra o Labor <input type="checkbox"/>										
Otra empresa donde trabaja						NIT				Salario Mensual				
						[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				\$				

**DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE**

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE										
Nombres y Apellidos Completos del Conyuge			Cedula de Ciudadania	Fecha de Nacimiento			Recibe Subsidio Familiar			
				Año	Mes	Dia	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Auro Evangelina Villota			30739277	19	6	3	0	2	2	6
Empresa donde trabaja				NIT			Salario Mensual			
				<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			

**DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS EXTRAMATRIMONIALES**

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS EXTRAMATRIMONIALES									
Nombres y Apellidos Completos del Padre o la Madre				Cedula de Ciudadanía		Fecha de Nacimiento			Recibe Subsidio Familiar
						Año	Mes	Día	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Empresa donde trabaja				NIT			Salario Mensual		
				<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			\$		

**PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR**

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	CAPAC.	PARENTESCO						
			AÑO	MES	DÍA		FEMENINO	MASCULINO	NORMAL	INVALIDOS	HIJOS	PADRES	HERMANOS	HILASTROS	
SARA SOFIA OVIEDO Villota.			2000	10	20		X	X		X					

**Última Empresa donde COMFAMILIAR le pago la cuota monetaria**

NIT		FECHA RETIRO		
		DIA	MES	AÑO

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO DECLARO QUE ESTE FORMULARIO HA SIDO EXAMINADO POR MI Y TODOS LOS DATOS QUE A MI SE REFIEREN SON EXACTOS

Seguintes são as

Firma del Trabajador C.C. No 129439439

Nombre o firma del Empleador o responsable

**EMAS**

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P.

NIT. 814.000.704-1

GH-011-0101

San Juan de Pasto, 16 de febrero de 2011

Señor

**SEGUNDO ABEL OVIEDO**

Operario de Barrido y Recoleccion

EMAS PASTO SA ESP

San Juan de Pasto

Asunto: Vacaciones

Cordial Saludo:

Por medio de la presente, me permito informarle que a partir del 28 de Febrero al 18 de marzo de 2011 disfrutará de sus vacaciones, del periodo comprendido entre el 1 enero a 31 diciembre de 2009, debiendo reintegrarse el 19 de marzo de 2011.

Le solicito acercase a la oficina de Recursos Humanos con el fin de tramitar su pago que se cancelará el 25 de febrero de 2011

Atentamente

**SANDRA EUGENIA NARVAEZ POLANCO**  
Directora Recursos Humanos

Copia: Ing. Marthaisabel Parra Benavides, Jefe de Aseo

*Segundo Oviedo*

Armando G.





EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. ESP

## GRUPO SALA

## COMPROBANTE DE PAGO DE VACACIONES

Febrero 1 al 28 de 2011

Cod. Empleado : 00010781

Apellidos y Nombres : OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

Identificación : C.C 12,957,079

Fecha de Ingreso : 01/01/2008

Tipo Empleado : 001 NOMINA MENSUAL

Tipo Contrato : Indefinido

Regimen : Ley 50

Cargo : OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

Nro Contrato : 1

Cta Bancaria : COLMENA 24520451324 AHORROS

Centros Costos : 52001-321-32130Pasto-Unidad de Servicio de Recolección Domiciliaria-Proceso Operativo de Recolección

Fecha Inicial : 28/02/2011

Fecha Final : 21/03/2011

Fecha Regreso : 22/03/2011

Días Legales : 15

Días Tomados : 22

Bases Salariales

Seg. Soc Mes : 695,908

Seg. Soc Vacacion : 598,080

Retencion Fuente : 0

Tipo Retencion : T 0

Alivio Tributario : 0

30% Seg. Soc Rete : 22,954

Sueldo : 535,600

Base Beneficio Rete : 0

Base Liq. Vacaciones : 535,600

Periodo Causacion: 01/01/2009 a 31/12/2009

Base Liq. Vac. Flex : 0

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	DEVENGADO	DEDUCIDO	SALDO TOTAL DEL PRESTAMO
0010	SUELDO BASICO	29.00	517,747		
1310	AUXILIO DE TRANSPORTE	27.00	57,240		
1730	VACACIONES DISFRUTADAS	22.00	393,012		
2500	APORTE SALUD EGM	-30.00		-22,954	
2520	APORTES PENSION IVM	-30.00		-22,954	
2580	ANTICIPO SALUD	-21.00		-16,746	
2581	ANTICIPO PENSION	-21.00		-16,746	
2620	DESCUENTO LIBRANZAS DAVIVIENDA	-150.00		-83,332	

TOTAL

967,999

-162,732

NETO A PAGAR:

\$ 805,267

SON: OCHOCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Elaboro:

Reviso:

Aprobo :

Recibido por :

C.C. No.12,957,079



Certificado de Ingresos y Retenciones  
Año Gravable 2010

220

Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones

4. Número de formulario

286

5. Número de identificación tributaria (NIT):

814000704

6. DV

- 1

7. Primer apellido

8. Segundo apellido

9. Primer nombre

10. Otros nombres

11. Razón social

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. ESP

24. Tipo de documento  
13

25. Número de identificación

12.957.079

Apellidos y Nombres

26. OVIEDO

27. PEREZ

28. SEGUNDO

29. ABEL

Periodo de la Certificación

30. DE: 2010 | 01 | 01

31. A: 2010 | 12 | 31

32. Fecha de Expedición

2011 | 03 | 15

33. Lugar donde se practicó la retención

PASTO

34. Cód. Dpto.  
52

35. Cód. Ciudad  
Municipio 001

36. Número de Agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan:

Concepto de los ingresos	Valor
Salarios (no incluya los valores de las casillas 38 a 41)	37 7,168,000
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el periodo	38 1,396,000
Gastos de representación	39 0
Pensión de jubilación, vejez o invalidez	40 0
Otros ingresos originados en la relación laboral	41 0
<b>Total de ingresos brutos (Suma casillas 37 a 41)</b>	<b>42 8,564,000</b>
Aportes obligatorios por salud	43 287,000
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional	44 287,000
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC	45 0
<b>Valor de la retención en la fuente por salarios y demás pagos laborales</b>	<b>46 574,000</b>

SIN FIRMA AUTOGRAFA ARTICULO 10 DECRETO 836 DE 1991

Datos a cargo del asalarado

Concepto de otros ingresos	Valor recibido	Valor retenido
Arrendamientos	47	54
Honorarios, comisiones y servicios	48	55
Intereses y rendimientos financieros	49	56
Enajenación de activos fijos	50	57
Loterías, rifas, apuestas y similares	51	58
Otros	52	59
<b>Totales: (valor recibido: suma casillas 47 a 52). (valor retenido: suma casillas 54 a 59)</b>	<b>53</b>	<b>60</b>

Item	Identificación de los bienes poseídos	Valor Patrimonial
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2010

Item	Identificación de las personas legalmente a cargo	Parentesco
1	65: c.c. o NIT	66: Apellidos y Nombres
2		
3		
4		

- Certifico que durante el año gravable de 2010:
- por lo menos el 80% de mis ingresos brutos provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria.
  - Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT. (\$110.498.000)
  - No fui responsable del impuesto sobre las ventas
  - Mis ingresos totales fueron iguales o inferiores a tres mil trescientos (4.073) UVT. (\$100.013.000)
  - Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT. (\$68.754.000)
  - Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma dos mil ochocientos (2.800) UVT. (\$68.754.000).
  - Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los cuatro mil quinientos (4.500) UVT (\$110.498.000)

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable de 2010

Firma del asalarado:

*Segundo Oviedo*  
C.C. NIT No. 12957079

Original Asalarado

Note: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de renta y complementarios para los asalados que lo firmen

GH-011-0241

San Juan de Pasto, 30 de Junio de 2011

Señor  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
Operario de Residuos Barrido y Recoleccion  
EMAS PASTO SA ESP  
San Juan de Pasto

Asunto: Vacaciones

Cordial Saludo:

Por medio de la presente, me permito informarle que desde el 01 al 25 de julio de 2011, disfrutará de sus vacaciones, del periodo comprendido entre el 1 enero a 31 diciembre de 2010, debiendo reintegrarse el 26 de julio de 2011.

Le solicito acercase a la oficina de Recursos Humanos con el fin de tramitar su pago que se cancelará el 10 de julio de 2011

Atentamente



**SANDRA EUGENIA NARVAEZ POLANCO**  
Directora Recursos Humanos

Armando G.

*Segundo Oviedo*

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos





EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. ESP

## GRUPO SALA

## COMPROBANTE DE PAGO DE VACACIONES

Julio 1 al 30 de 2011

Cod. Empleado : 00010781

Apellidos y Nombres : OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

Identificacion : C.C 12,957,079

Fecha de Ingreso : 01/01/2008

Tipo Empleado : 001 NOMINA MENSUAL

Tipo Contrato : Indefinido

Regimen : Ley 50

Cargo : OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

Nro Contrato : 1

Cta Bancaria : COLMENA 24520451324 AHORROS

Centros Costos : 52001-321-32130Pasto-Unidad de Servicio de Recolección Domiciliaria-Proceso Operativo de Recolección

Fecha Inicial : 01/07/2011

Fecha Final : 25/07/2011

Fecha Regreso : 26/07/2011

Días Legales : 15

Días Tomados : 25

Bases Salariales

Seg. Soc Mes : 505,380

Seg. Soc Vacacion : 606,456

Retencion Fuente : 0

Tipo Retencion : T 0

Alivio Tributario : 0

30% Seg. Soc Rete : 20,215

Sueldo : 535,600

Base Beneficio Rete : 0

Base Liq. Vacaciones : 535,600

Periodo Causacion: 01/01/2010 a 31/12/2010

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	DEVENGADO	DEDUCIDO	SALDO TOTAL DEL PRESTAMO
1730	VACACIONES DISFRUTADAS	25.00	446,605		
2500	APORTE SALUD EGM	-25.00		-20,215	
2520	APORTES PENSION IVM	-25.00		-20,215	
2620	DESCUENTO LIBRANZAS DAVIVIENDA	-30.00		-83,332	
3237	DESCUENTO COOPERATIVA COOTRAMUPASTO LTDA	15.00		-74,141	
TOTAL			446,605	-197,903	

NETO A PAGAR:

\$ 248,702

SON: DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE

## SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE CESANTÍAS

fna  
AHORRO  
FONDO DE CESANTÍASCiudad/Departamento: PASTO NARIÑOCONSECUTIVO  
CLIENTE No.Tipo documento de identidad: ☒ SC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ NIT

Número de documento:

12957079

1. INFORMACIÓN PERSONAL			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Segundo	Abel	Oviedo	Perez
Fecha nacimiento:	Dpto:	Ciudad:	País:
06/02/1957	Nariño	La Florida	Colombia
Fecha expedición doc. identidad:	Dpto:	Ciudad:	Reside en el exterior: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO País:
24/04/1973	Nariño	Pasto	Colombia
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Estado civil actual: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Número de personas a cargo: 05	
Nivel de estudios: Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	Profesión u Oficio:		
Dirección domicilio: Calle 6a # 13-29	Barrio: caicedo Bato Estrato: 1		
Dpto: Nariño Ciudad: Pasto	Tiempo en el domicilio: Años 4 Meses 48	Vivienda propia sin hipoteca <input type="checkbox"/> Propia con hipoteca <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input checked="" type="checkbox"/>	
Teléfono(s) domicilio: Celular(es): 3278540638		Correo electrónico: angelisa.f.85@hotmail.com	

2. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPARECERÍA PERMANENTE			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Aura	Evangelina	Villota	
Tipo documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIT		Número: 30739277	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Correo electrónico: @
Actividad económica: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Nombre empresa o persona natural: manos amigas		Teléfono(s) domicilio: Teléfono(s) oficina: No(s) Celular(es): 3278540638	

3. VÍNCULO LABORAL ACTUAL			
Identificación Entidad o Empresa: CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> No: 819000704	Sector: Público <input type="checkbox"/> Privado <input checked="" type="checkbox"/>		
Nombre o razón social Entidad o Empresa: EMPRESA MENOPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P.			
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Salario: \$ 566.700		Cargo actual: Operario Barido y P. Fecha de vinculación: 01/01/2008	
Dirección sitio de trabajo: Cra 24 No 23-51		Dpto: Nariño Ciudad: Pasto	
Teléfono(s) fijo(s): 7216169		Ext.: 120 Fax: 7216169 Correo elec. empresa: emas.pasto@gmail.com	
¿Es servidor público? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Maneja Recursos públicos? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Es reconocido públicamente? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si es reconocido públicamente, seleccione por cual de las siguientes actividades: Política <input type="checkbox"/> Farandula <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>
		Lider Comunal <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Deportista <input type="checkbox"/> Contratista Estatal <input type="checkbox"/>	
		Tiene vínculos con persona(s) públicamente reconocida(s)? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS	EGRESOS MENSUALES	TOTAL ACTIVOS
\$ 634.000		\$ 500.000 =	\$ 0
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Moneda:		Tipo de operaciones:	
Productos financieros que posea en moneda extranjera:			
Tipo de producto:		Identificación del producto:	
Entidad:		Monto:	
Ciudad:		País:	

5. TRASLADO DE OTROS FONDOS			
DILIGENTE ESTA SECCIÓN ÚNICAMENTE SI DESEA QUE EL SALDO ACTUAL QUE USTED PONE POR CONCEPTO DE CESANTÍAS EN OTROS FONDOS, SEA TRASLADADO AL FNA. TENGA EN CUENTA QUE POR CADA FONDO EN EL QUE TENGA DEPOSITADAS CESANTÍAS DEBE DILIGENCIAR UN FORMULARIO.			

6. AFILIACIÓN			
<input type="checkbox"/>			
¿O TRASLADO? <input checked="" type="checkbox"/> NOMBRE DEL FONDO QUE ADMINISTRA ACTUALMENTE SUS CESANTÍAS: ING			
Estas cesantías corresponden a mi trabajo en las siguientes entidades o empresas:			
1. Emas	2.	3.	

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES VOLUNTARIAS			
<input checked="" type="checkbox"/> Autorizo al FNA a enviarme información institucional y comercial, a través de:			
<input checked="" type="checkbox"/> Autorizo al FNA a enviarme extractos de mi cuenta de Cesantías, a través de:			
<input checked="" type="checkbox"/> Solicito que la correspondencia sea enviada a mi dirección de:			
Correo Electrónico		Celular	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Domicilio <input type="checkbox"/>		Sitio de trabajo <input type="checkbox"/>	

ORIGEN Y DESTINO DE LOS RECURSOS Y DE INFORMACIÓN: Declaro que los recursos que se entregaron al FNA por concepto cesantías provienen de actividades lícitas. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta con dineros provenientes de actividades ilícitas, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro que la información que he suministrado en este formulario es exacta, completa y verídica, por lo tanto entiendo que la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas en la Ley y en la reglamentación interna de la entidad. Declaro que he recibido información comercial sobre los derechos y deberes que adquiere como Afiliado(a) al FNA y acepto la normatividad de la entidad.

AUTORIZACIONES: Autorizo irrevocablemente al FNA, para verificar la información aquí suministrada, a través de los medios que considere conveniente. Igualmente, me obligo a actualizar los datos reportados en este formulario, una vez se produzcan cambios en ellos o que el FNA lo requiera. De igual manera, autorizo al FNA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a sus filiales, a las centrales de información del sector financiero (CIFIN-Datacredito) o a cualquier otra que administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Autorizo al FNA para realizar el trámite de traslado de cesantías. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad que el FNA considere pertinente.

Firma Solicitante

Documento de identidad No.:

Nota: "Los trabajadores pertenecientes al sector privado afiliados al FNA, así como los servidores públicos que se afilien voluntariamente, solo podrán trasladar sus cesantías a una Sociedad Administradora de Cesantías transcurridos tres (3) años a partir de la afiliación, siempre que no tengan crédito vigente con el FNA (Art. 5 y 8 de la Ley 432 de 1998)".

Impresión dactilar. Dedo  
indicado en documento identidad

Huella negra sin repisar

ESPACIO EXCLUSIVO FNA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	GO	II	2012
PUNTO DE ATENCIÓN: PASTO		NOMBRE PERSONA AUTORIZADA ÁREA COMERCIAL: M. CLAUDIA MENEZES	
FIRMA:		CE No: 30746906	

GC-FO-008 / V1

① EMPLEADOR



DAVIVIENDA

## FORMATO DE TRANSACCIONES

CLASE DE PRODUCTO / SERVICIO

☐ CUENTA AHORRO ☐ CUENTA CORRIENTE ☐ FONDOS ☐ TAS DE CRÉDITO ☐ CDT ☒ CRÉDITOS ☐ TRANSF. INTERNACIONAL
MODALIDAD DE PAGO CRÉDITOS  
CHEQUES LOCALES
☐ CUOTA NORMAL ☐ ANTERIOR CUOTAS (CARTERA HIPOTECARIA) ☐ DISMINUCIÓN PLAZO ☐ DISMINUCIÓN CUOTA ☐ CANCELACIÓN CRÉDITO

COD. BANCO	NÚMERO DEL CHEQUE	NÚMERO DE CUENTA DEL CHEQUE	VALOR

Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior, y el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar.

No. CHEQUES



TOTAL \$



## PAGOS DIRIGIDOS TARJETA DE CRÉDITO

FECHA DE TRANSACCIÓN (AAAA-MM-DD)	DOCUMENTO No.	VALOR

RETIROS / TRANSF. INTERNACIONALES /  
TARJETAS DE CRÉDITO / CHEQUE DE GERENCIA  
(REDEMOCIONES / REMOVIEMIENTOS)

## TRANSFERENCIA A

☐ CUENTA AHORRO ☐ FONDOS ☐ CRÉDITOS  
☐ CUENTA CORRIENTE ☐ TARJETAS DE CRÉDITO ☐ SERVICIO O CONVENIO

N° PRODUCTO DESTINO



Para retiro en Cheque de Gerencia relacione a continuación el nombre del Beneficiario:

## DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

SEGUNDO UICCO

TELÉFONO 3156859552

CARGO

PAGO PROCESADO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

☒ CÉDULA DE CIUDADANÍA☐ CÉDULA DE EXTRANJERÍA☐ TARJETA DE IDENTIDAD

No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

12957059

Firma

Firma



9200100036379193

No. PRODUCTO / REFERENCIA

591010600060481-2

EFECTIVO

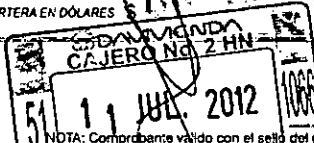
\$ 1.823.972

TARJETA DE CRÉDITO CON FACTURACIÓN EN DÓLARES

CARTERA EN PESOS \$



CARTERA EN DÓLARES \$



NOTA: Comprobante válido con el sello del cajero.

NOTA: El Banco Davivienda actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Finclema Davivienda, Davivaleores y Finclema, por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre.



# DAVIVIENDA

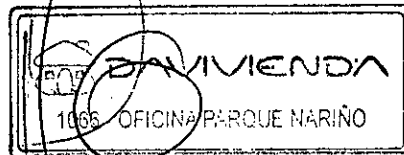
## CERTIFICA

Que el Señor **OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**  
con Cédula de Ciudadanía No. **12957079**  
tuvo con esta entidad una obligación denominada Crediexpress Fijo  
radicada bajo el No. 5910106000604812

Dicha obligación fue otorgada en 2009/05/05 y a la fecha se encuentra  
cancelada y a Paz y Salvo en cuanto a intereses, capital y seguros.\*

La presente certificación se expide a solicitud de quién interese

SANJUANDEPASTO-NARIÑO  
2012/07/12



**FIRMA AUTORIZADA**  
Banco Davivienda

\*Esta constancia no implica pago directo del cliente.

**NUEVA EPS S.A**  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD**  
**EMISION DE INCAPACIDAD**

**nueva**  
**eps**

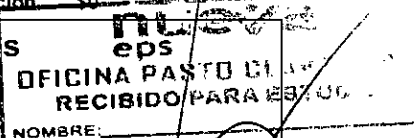
NIT. 900.156.264-2

Pág. 1 de 1

Estado	Transcrita				
No.de Autorización	Nro Incapacidad 0000815262				
Oficina	0066 PASTO ZONAL TIPO 4	No. de Solicitud			
Cotizante	C 12957079	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	Edad 61	Tipo Trabajador Dependiente	
Fecha Recepción	23/03/2012	Fecha de Expedición	22/03/2012		
Empleador	NT 814000704	EMAS SA ESP			
IPS	3091 E.S.E. Hospital San Pedro				
Días de Incapacidad	2	Fecha Inicio	22/03/2012	Fecha Terminación	23/03/2012
Prórroga	NO				
Diagnóstico	S499				
Contingencia	ENFERMEDAD GENERAL				
Tipo de Incapacidad	AMBULATORIA		Procedimiento Estético	NO	
Profesional Reg Med	522742	Ingreso Base de liquidación	\$0		

**Número de autorización para descuento en aportes**

Valor Autorizado \$0      Días Autorizados 0      Consecutivo Autoriz.



Señor(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado están sujetos a verificación, por lo tanto, ~~ellos pueden ser modificados~~  
Señor(a) aportante, si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podrá realizarlo a través de nuestro portal web [www.nuevaeps.com.co](http://www.nuevaeps.com.co) o en su ciudad en la oficina de atención más cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operación, deberá adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez:  
Persona Jurídica: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia del RUT y del representante legal, registro de Cámara y Comercio (original no mayor a 30 días) o certificado de existencia y representación legal, además de la certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.  
Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador y una certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

*Roberto*  
*23 Marzo 2012*  
*8:52 am*



## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

12/10/09

GH-012- 101

Pasto, 12 de marzo de 2012

**PARA:** SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ :Operario de Barrido y Recoleccion

**DE:** Dirección de Recursos Humanos

**ASUNTO:** Vacaciones

Por medio de la presente, me permito informarle que desde el 26 de marzo al 17 de abril de 2012 disfrutará de sus vacaciones , del periodo comprendido entre el 1 enero a 31diciembre de 2011, debiendo reintegrarse el 18 de abril de 2012.

Le solicito acercase a la oficina de Recursos Humanos con el fin de tramitar su pago que se cancelará el 23 de marzo de 2012

EL-LAYTHY BARAKATSAFA HUSEIN

*Segundo Oviedo*



776

Ofic. Radicacion | Poliza No. | Fecha Inicio de Vigencia | Fecha Fin de Vigencia | Fecha Diligenciamiento AAAA/MM/DD | Numero Solicitud  
677866

☐ Plan Vida Integral ☐ Plan Vida Clasico Contributivo ☐ Plan Vida Clasico No Contributivo ☐ Plan Vida Deudores ☐ Accidentes personales colectivos  
☐ Poliza Nueva ☐ Ingreso ☐ Modificacion ☐ Renovacion

**INFORMACION DE INTERMEDIACION**

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Lider Razon Social o Nombre del Asesor, Código Asesor, % Participacion | Otro Asesor que participe en el seguro. Indique los datos del Lider Razon Social o Nombre del Asesor, Código Asesor, % Participacion  
(Primero Nombres, luego Apellidos)

**INFORMACION GESTOR**

Gestores que participan en el seguro. Indique los datos del Lider Razon Social o Nombre del Gestor  
(Primero Nombres, luego Apellidos)

Código Gestor, % Participacion

**INFORMACION DEL TOMADOR**

Tipo de Identificación | Numero de Identificación | Razon Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos) | Tipo de Institucion  
☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT ☐ IFE | 814000704-1 | EMAS PASTO SA E.S.P. | ☐ Publica Nueva ☒ Privada

Porcentaje de crecimiento | Forma de pago | Sistema de ajuste  
☒ SI ☐ NO % | ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual | ☐ Anual (Cobro de Prima Fin Vigencia) ☐ Mensual (Cobro de Prima en el Mes)

Direccion Correspondencia | Correo Electronico | Telefono (sin indicativo)  
Carrera 24 Numero 23-51 | armando.guerrero@emaspasto.com | 7216169

**INFORMACION DEL AFILIADO PRINCIPAL**

Tipo de Identificación | Numero de Identificación | Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos) | Sexo | Fecha de Nacimiento AAAA/MM/DD  
☐ T.I. ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. | 12957079 | Segundo Abel Ouedo | ☐ F ☒ M | 1951-02-06

Peso (Kg) | Estatura (en Cms) | Ciudad | Departamento | Telefono (Sin indicativo) | Celular  
56 | 162 | Pasto | Nariño | | 7216169

Direccion Correspondencia | Correo Electronico  
Calle 6 # 13-29 Pizarra |

**INFORMACION DEL SEGURO** (El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).

\*\* El amparo basico y los amparos adicionales en vida grupo aplicaran de igual manera para el Asegurado Principal y su grupo asegurado.

Valor Solicitado Vida Grupo	Amparos Vida Grupo Coberturas	Amparos Adicionales Coberturas
Asegurado Principal \$	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente	Accidentes Personales Valor asegurado \$
Conyuge \$	<input type="checkbox"/> Indemnizacion Adicional por Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental \$
Hijos \$	Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hermanos \$	<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves %	<input type="checkbox"/> Invalidez Accidental
Otros \$	<input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (valor anual) Valor Asegurado \$	Renta Valor asegurado \$
Parentesco de otros con el Asegurado Principal	<input type="checkbox"/> Bono Canasta (valor anual) \$	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalizacion \$
	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida)	Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta
		EPS
		Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		VALOR PRIMA \$
		Segun forma de pago pactada

**Accidentes Personales Colectivos**

Per favor diligenciar los siguientes campos en el caso de contratar un seguro de Accidentes Personales.

<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	Valor asegurado \$	<input type="checkbox"/> Gastos de Curacion	Valor asegurado \$	% Crecimiento
<input type="checkbox"/> Invalidez Accidental	\$	<input type="checkbox"/> Renta Diaria	\$	Clasificacion Ocupacional <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> Invalidez por Enfermedad	\$	Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	VALOR PRIMA \$
				Segun forma de pago pactada

**INFORMACION DE OTROS ASEGURADOS**

Tipo de Identificación	Numero de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha de Nacimiento AAAA/MM/DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (Cms)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Identificación Tipo / Numero	Nombre y Apellidos	%	Parentesco
CC 3785 865	Angela Elaine Card	33	hija
CC 30 739 277	Aura Evangelina Vinto	33	compa
CC 1085273613	Paula Andrea Oviedo	33	hija

Identificación Tipo / Numero	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

### DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (preguntas de la declaracion de asegurabilidad - usted o alguno de su grupo asegurado)

- ¿Tiene(n), ha(n) tenido o te(s) han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertension arterial, colesterol o trigliceridos altos (que requiera tratamiento) derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar, bronquitis cronica, cancer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o HIV positivo, insuficiencia renal, esclerosis multiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glandula tiroides, diabetes, pancreatitis, colitis, hepatitis B o C, hernia de nucleo pulposo, cirrosis, retardomental, trastornos psiquiatricos, paralisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, sufre(n) de alguna otra enfermedad(es) o consume(n) drogas estimulantes, ha(n) estado en tratamiento para alcoholismo o drogadiccion, presente en la actualidad enfermedad o perdida funcional o anatomica de algun organo, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse labores propias de su ocupacion? ☐ SI ☐ NO ¿Cual? ¿Quien?
- ¿Alguno de los solicitantes es piloto de aeronaves o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como torero, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultraliviano, planeadores y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo u otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? ☐ SI ☒ NO
- ¿Alguno de sus hermanos(as), padre o madre sufre o ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades del corazon, hipertension, enfermedad cerebro vascular, cancer, enfermedades renales, hiperlipidemias, diabetes o cualquier enfermedad hereditaria? ☐ SI ☒ NO

En caso que usted o alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro (hermanos(as), padre o madre) deban contestar positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1, 2 y 3 debe diligenciar la siguiente informacion:

Numero de Identificación	Nombre del Medico tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta AAAA MM DD	Fecha Última Consulta AAAA MM DD

Observaciones

### CLAUSULA DE GARANTIA

El seguro entrara en vigor cuando en virtud de la aprobacion y evaluacion de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo y el Tomador registre el descuento de la prima del seguro en su sistema (nominal) y pague la prima.

Declaro(amos) que gozamos de buena salud y que la informacion que suministramos en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupacion esta permitida por la ley y no ejerzocemos actividades ilicitas ni de alto riesgo.

Acepto(amos) que esta declaracion sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedicion de la póliza o certificacion expresa de cobertura.

**AUTORIZACION PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA Y OTROS:** En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o juridica que hay sido consultada por mi(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., copia de mi(nuestra) historia clinica o de cualquier informacion que ella considere necesaria aun despues de fallecido, para la contratacion del presente seguro o para la atencion de cualquier reclamacion que afecte cualquiera de los amparos del mismo. Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar informacion con fines estadisticos entre las Companias aseguradoras o con otra entidad que me (nos encuentre (encontremos) afiliado(amos) y para que con fines comerciales comparta y reciba informacion referente a mi(nosotros) con entidades vinculadas. Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra informacion confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demas servicios que surjan de esta relacion comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

**TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA:** DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1152 DEL CODIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRA LA TERMINACION DEL CONTRATO.

**DECLARACION Y ACEPTACION DEL TOMADOR**

- Ninguna de las personas cuyos seguros se solicita esta incapacitada o ausente del trabajo por enfermedad o accidente.
- La Póliza solamente podra amparar a personas que pertenezcan al grupo que se ha definido en esta solicitud.
- Esta solicitud, lo mismo que los documentos individuales que SURAMERICANA requiera y acepte formaran parte del contrato.
- Beneficiarios: Los que designe el Asegurado o en su defecto los previstos en el articulo 1142 delCodigo del Comercio.
- El seguro entrara en vigor cuando en virtud de la aprobacion de esta solicitud y de los documentos requeridos, SURAMERICANA expida la póliza respectiva y el Tomador pague la prima.

*De Paulina Oviedo*

Certificamos que el Asesor me(nos) explico coberturas y exclusiones del contrato, y la informacion contenida en la solicitud. Ademas haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro



Firma del Afiliado o Tomador  
Numero de Identificación 12957079

Huella Índice Derecho  
Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) \_\_\_\_\_



No. 101229039

**CÓDIGO 013**

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO**

**PARTE II. INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)**

2	COTIZANTE	Origen de la Afiliación	Parentesco	Discapacidad	Tipo de Discapacidad	Grado de Discapacidad	Incapacidad Permanente	Tipo de Incapacidad	Grado de Incapacidad	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ANTERIOR / ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR										INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE Y SI LA NOVEDAD QUE REPORTA ES LA # 47, FAVOR DILIGENCIAR:					
										Nombre de la Entidad o EPS										Fecha de Retiro EPS Anterior		Excepción de Novedad		Justificación	
																				D D M M A A A A		SI NO		SI NO	
		Traslado de EPS	Compañerista	SI	NO	Medic	Sever	NO	NO	NO											Estado Civil del Cotizante <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo				
	BENEF. 1																				Identificación Cónyuge				
	BENEF. 2																				Tipo de Identificación Cónyuge <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.				
	BENEF. 3																				Cotiza al SGSSS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	BENEF. 4																				Número de Afiliación Cónyuge				

SI LA NOVEDAD ES QUE ESTAN REPORTANDO SON LAS Y 17 Y 18. POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS: Fecha de Salida del País      Fecha de Ingreso al País      Soportes:      Pasaporte:		SI LA NOVEDAD ES 19 Y 25. FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS: Fecha de Fallecimiento      Persona que Reporta la Novedad	SI LA NOVEDAD ES 30 Y 31 DILIGENCIE LA INFORMACIÓN DEL NUEVO CONTRATANTE A CARGO C.C.C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.O. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> INM <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Nombres y Apellidos: _____ Número de Identificación: _____
--	--	--	--

OBSERVACIONES	Traslado de Nueva EPS.
---------------	------------------------

<p><b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del colizante y beneficiario, dispuesta es real, incluyendo los datos relacionados con su EPS, en concordancia con la información que se encuentra en la base de datos de la EPS.</p> <p><i>Segundo Ojeda</i></p> <p>Firma del Colizante Tipo y No. <i>12957079</i></p>	<p><b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que los beneficiarios reportados en el formulario de declaración son los que se encuentran en la base de datos de la EPS, en concordancia con la información que se encuentra en la base de datos de la EPS.</p> <p><i>Segundo Ojeda</i></p> <p>Firma del Colizante Tipo y No. <i>12957079</i></p>	<p><b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del colizante y beneficiario, dispuesta es real, incluyendo los datos relacionados con su EPS, en concordancia con la información que se encuentra en la base de datos de la EPS.</p> <p><i>Segundo Ojeda</i></p> <p>Firma del Colizante Tipo y No. <i>12957079</i></p>	<p><b>DECLARACIÓN JURAMENTADA:</b> Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del colizante y beneficiario, dispuesta es real, incluyendo los datos relacionados con su EPS, en concordancia con la información que se encuentra en la base de datos de la EPS.</p> <p><i>Segundo Ojeda</i></p> <p>Firma del Colizante Tipo y No. <i>12957079</i></p>
---	---	---	---

**SEÑOR COTIZANTE:** Feroz lee y verifica la información contenida en el presente Formulario antes de firmarlo. Debe anexar los documentos soporte para afiliación como cotizante con su grupo familiar. En caso contrario la afiliación será rechazada transcurridos los 72 horas.

<b>PARTE III. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS</b>									
<b>Tipo de Identificación Empleador</b> <input checked="" type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.		<b>Número de Identificación</b> 81410001704		<b>Nombre o Razón Social o Entidad Pensional</b> Emas Pasto S.A.		<b>Sector de la Empresa</b> Privada <input checked="" type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>			
<b>Dirección Sede Principal</b> Cra 24 No 23-51		<b>Municipio</b> Pasto		<b>Departamento</b> Nariño		<b>Ubicación Laboral</b> <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		<b>Teléfono</b> 3216169	
<b>Correo Electrónico Empresa</b> diana.bedoya@emaspasto.com		<b>Página Web Empresa</b> -		<b>Actividad Económica</b> Recolección y asco		<b>Administradora Riesgos Profesionales</b> Mapera			
<b>No. Empleados</b> -		<b>Contacto Nómina - Nombre del Jefe de Nómina o R.H.</b> -		<b>Correo Electrónico del Jefe de Nómina o R.H.</b> -		<b>No. Resolución de Pensión</b> -		<b>Fecha Resolución</b> -	

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE</b> (Si la novedad reportada es 10, 12, 13, 32, 35, 37, 38, 39, 44, 45 y 46, favor diligenciar)									
Fecha de Ingreso a la Empresa <b>01/10/2012</b>		Ocupación o Cargo <b>Operario</b>		Salario <input checked="" type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Integral <input checked="" type="checkbox"/> Variable		Ingreso Base IBC <b>\$ 566700</b>		Administradora de Fondo de Pensiones <b>Colpensiones</b>	
Dirección Laboral <b>Kra 24 No 23 SI</b>				Teléfono Laboral <b>7216169</b>		Fax Laboral —		Celular Laboral —	
Correo Electrónico Laboral <b>diego.hernandez@masquero.com</b>				Municipio Laboral <b>Pasta</b>		Departamento Laboral <b>Nariño</b>		Zona Laboral Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad del juramento declaro que la información correspondiente a ARP, AFP y laboral es correcta y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406, Artículo 4"

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO NÚMERO

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL


<b>PARTE IV. SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV</b>									
Actividad Económica			Principal Municipio Donde Desarrolla su Actividad			Productor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Agropecuario <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nivel de <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria (Bachillerato) <input type="checkbox"/> Superior (Tecnólogo o Profesional) <input type="checkbox"/> Último Grado Aprobado Escolaridad <input type="checkbox"/> Básico (Primaria) <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Especializada	
Poesse Vivienda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tamaño de la Empresa <input type="checkbox"/> 1 Empleado <input type="checkbox"/> 2 a 9 Empleados <input type="checkbox"/> 10 o más Empleados		Ingresos Base de Cotización \$		Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón / Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia		Experiencia Laboral <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses	
Sistema de Clasificación de Ingresos <input type="checkbox"/> Ingreso Real <input type="checkbox"/> Certificación Contador Público <input type="checkbox"/> Certificación Prestación de Servicios <input type="checkbox"/> SEI			Administradora Riesgos Profesionales			Administradora de Fondo de Pensiones			
Cotización se Paga a Través de Agrupadora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Nombre o Razón Social de la Agrupadora			Número de Identificación Agrupadora		Dirección Agrupadora		
Teléfono Agrupadora		Fax Agrupadora		Correo Electrónico Agrupadora		Ciudad Agrupadora		Departamento Agrupadora	
								Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	

PARTE V. RIB - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES INDEPENDIENTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO Y COTIZANTES PAGO SOLO SALUD									
Grupo <input type="checkbox"/> Indígenas	<input type="checkbox"/> Artistas, Autores, Compositores	<input type="checkbox"/> Desmovilizado	<input type="checkbox"/> Población en Centros Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Población en Centros Carcelarios	<input type="checkbox"/> Grupo Poblacional no Determinado				
Poblacional <input type="checkbox"/> Población Infantil a Cargo del ICBF	<input type="checkbox"/> Disceapitado	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Migratorios	<input type="checkbox"/> Población Rural no Migratoria	<input type="checkbox"/> Población Rural Migratoria	<input type="checkbox"/> No Aplica			
Ingreso Mensual \$	Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Usufructo u Ocupación	Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria (Bachillerato) <input type="checkbox"/> Superior (Tecnólogo o Profesional) <input type="checkbox"/> Básico (Primaria) <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Especializada	Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón/ Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia						
Número de Notaría Donde Declaró <input type="text"/>	Fecha de Declaración <input type="text"/>	Municipio de Declaración <input type="text"/>			Actividad Económica <input type="text"/>				

Tipo de identificación del Tercero <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D.				Identificación del Tercero que Realiza el Aporte		DV		Nombre del Tercero	
DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que soy el tercero que realiza los aportes del cotizante sin ingresos pago por tercero, registrado en este formulario y en constancia firmo a continuación "Resolución No. Artículo 2"									
REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL						FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL			

<b>PARTE VI. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA</b> Fuerza de Ventas / Consumidor Integral Nombre y Apellidos <u>Higuera</u> Identificado con: _____		Director Seccional / Coordinador Comercial Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____	
Procesado Comercial - Línea de Frente - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha _____ Procesoado _____	Radicado - Línea de Frente - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha _____ Radicación _____	Digitalizado - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha _____ Digitalización _____	Aprobado - Mesa de Control Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha _____ Aprobación _____
Auditoría Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha _____ Auditoría _____		Línea de Atención al Usuario: 6511000 VCO-DNO-FR-2.1 V2 2011/01/17	



		<b>Certificado de Ingresos y Retenciones</b> <b>Año Gravable 2012</b>		<b>220</b>	
Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones				4. Número de formulario <b>212</b>	
5. Número de identificación tributaria (NIT): <b>814000704</b>		6. DV <b>- 1</b>	7. Primer apellido 	8. Segundo apellido 	9. Primer nombre 
10. Otros nombres 					
11. Razón social <b>EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. ESP</b>					
24 Tipo de documento <b>13</b>	25. Número de identificación <b>12,957,079</b>		Apellidos y Nombres <b>26 OVIEDO   27 PEREZ   28 SEGUNDO   29 ABEL</b>		
Período de la Certificación <b>30. DE: 2012   01   01   31. A: 2012   12   31</b>		32. Fecha de Expedición <b>2013   02   27</b>		33. Lugar donde se practicó la retención <b>PASTO</b>	
34. Cód. Dpto. <b>52</b>				35. Cód. Ciudad Municipio <b>001</b>	
36. Número de Agencias, sucursales, filiales o subsidiarias de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan: <b>1</b>					
<b>Concepto de los Ingresos</b>					
Salarios (no incluya los valores de las casillas 38 a 41)				37	7,624,000
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas en el período				38	80,000
Gastos de representación				39	0
Pensión de jubilación, vejez o invalidez				40	0
Otros ingresos originados en la relación laboral				41	1,929,000
<b>Total de ingresos brutos (Suma casillas 37 a 41)</b>				42	9,633,000
<b>Concepto de los aportes</b>					
Aportes obligatorios por salud				43	323,000
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional				44	323,000
Aportes voluntarios, a fondos de pensiones y cuentas AFC				45	0
<b>Valor de la retención en la fuente por salarios y demás pagos laborales</b>				46	0
SIN FIRMA AUTOGRAFA ARTICULO 10 DECRETO 836 DE 1991					
<b>Datos a cargo del asalariado</b>					
<b>Concepto de otros ingresos</b>				<b>Valor recibido</b>	<b>Valor retenido</b>
Arrendamientos				47	54
Honorarios, comisiones y servicios				48	55
Intereses y rendimientos financieros				49	56
Enajenación de activos fijos				50	57
Loterías, rifas, apuestas y similares				51	58
Otros				52	59
<b>Totales: (valor recibido: suma casillas 47 a 52), (valor retenido: suma casillas 54 a 59)</b>				53	60
<b>Total retenciones año gravable 2012 (Suma casillas 46 + 60)</b>				61	61
62. Identificación de los bienes poseídos					
63. Valor Patrimonial					
Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2012					
<b>Identificación de las personas legalmente a cargo</b>					
65. c.c. o NIT		66. Apellidos y Nombres			67. Parentesco
1 2 3 4		1 2 3 4			1 2 3 4
Certificado que durante el año gravable de 2012: 1. Por lo menos el 80% de mis ingresos brutos provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria. 2. Mi patrimonio bruto era igual o inferior a cuatro mil quinientos (4.500) UVT, (\$117.221.000) 3. No fui responsable del impuesto sobre las ventas. 4. Mis ingresos totales fueron iguales o inferiores a cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT, (\$106.099.000) 5. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de dos mil ochocientos (2.800) UVT (\$72.937.000) 6. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma dos mil ochocientos (2.800) UVT, (\$72.937.000). 7. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los cuatro mil quinientos (4.500) UVT (\$117.221.000) Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable de 2012.					
Firma del asalariado:				C.C. Nit No.	

Original: Asalariado

Nota: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de renta y complementarios para los asalariados que lo firmen

*Segundo Oviedo*

	<b>SOLICITUD DE PERMISO Y/O LICENCIA LABORAL</b>
---	--

**anexo 1: Descuentos y Pagos**

Nombre del Empleado:		DI:	
Cargo:		Area:	
Municipio:	Fecha de solicitud:		
FECHA INICIO DE LICENCIA:		FECHA TERMINACION DE LICENCIA:	

yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, mediante el presente escrito AUTORIZO expresa y previamente a mi empleador para que a partir del momento de mi reintegro descuento de mis salarios y/o prestaciones sociales, los valores aportados en mi nombre por concepto de PENSION Y FONDO SOLIDARIDAD durante el tiempo de mi licencia.

En el evento en que finalizada la relación laboral no se hubiese alcanzado a descontar la totalidad de la anterior suma de dinero, EMAS PASTO SA ESP se encuentra autorizada para descontar la totalidad de dicho saldo en la liquidación de mis derechos laborales.

Firma y Cédula del empleado:

CC. \_\_\_\_\_

Posee: Libranza      SI \_\_\_ NO \_\_\_      Crédito con FE :      SI \_\_\_ NO \_\_\_

yo \_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía Numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, me comprometo durante la duración de la licencia a cancelar personalmente ante la entidad crediticia, dentro de los términos fijados y a través de los medios transaccionales de la Entidad Bancaria, Caja Compensación, Cooperativa o Fondo de empleados, las cuotas mensuales acordadas con dicha entidad, en caso de no hacerlo asumiré los intereses de mora correspondientes. Finalmente me comprometo a entregar copias de las consignaciones realizadas al profesional administrativo de mi sede un vez me reintegre a mis labores.

Firma y Cédula del empleado:

CC. \_\_\_\_\_

Para constancia de lo anterior se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y Cédula del empleado:

CC. \_\_\_\_\_

*[Handwritten Signature]*

# Protección

Pensiones y Cesantías

FONDOS DE PENSIONES OBLIGATORIAS

CLL 49 # 63 - 100

MEDELLÍN

## HACE CONSTAR QUE:

El(la) Señor(a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** con número de identificación **12.957.079**, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **30 de mayo de 1997**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de marzo de 2013.

Cordialmente,

  
Jhon Eduard Parra Lara  
Jefe de área administración de información de los clientes  
PROTECCION S.A.



## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

12/10/09

GH-013- 141

Pasto, 12 de abril de 2013

**PARA:** SEGUNDO OVIEDO

**DE:** Dirección de Recursos Humanos

**ASUNTO:** Vacaciones

Por medio de la presente, me permito informarle que desde el 15 de abril al 6 de mayo de 2013 disfrutará de sus vacaciones, del periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de diciembre de 2012, debiendo reintegrarse el 7 de mayo de 2013.

Le solicito acercase a la oficina de Recursos Humanos con el fin de tramitar su pago que se cancelará el 25 de Abril de 2013

  
ZULMA LILIANA MORALES QUINTERO

*Segundo Oviedo*



## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

12/10/09

San Juan de Pasto, 23 de junio de 2015

**PARA: OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**

**DE: DAYAN LORENA BUCHELI DIRECTORA DE TALENTO HUMANO**

**ASUNTO:** Disfrute de vacaciones

Le informo que a partir del 30 de junio al 16 de julio de 2015, usted disfrutará de 15 días de vacaciones.

Reintegrándose a sus labores habituales el día viernes 17 de julio de 2015

**Nota:** El día que se retira a disfrutar sus vacaciones acercarse a auxiliar de talento humano para realizar registro de firma.

  
**DAYAN LORENA BUCHELI**  
Directora de Talento Humano

*Segundo Perez Abel*  
*12957079*

10781

OK

**ANEXO 1**

**FORMATO PARA SOLICITUD DEL AUXILIO DE VACACIONES**

<b>REPORTE DE NOVEDADES DE NÓMINA</b>	
Fecha de elaboración:	22-06-2015
<b>1. Información básica</b>	
Nombre	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL
Departamento	NARIÑO
Ciudad/Sucursal	PASTO
Fecha	30-06-2015
<b>2. Detalle de Vacaciones</b>	
Correspondiente al Periodo comprendido : 30-06-2015 A 16-07-2015	
Número de Periodos Causados: 1	
Número de días disfrutados: 15	
Fecha de salida: 30-06-2015	
Fecha de reintegro a las actividades: 16-07-2015	
Auxilio de vacaciones	SI X NO
<b>3. Retiros</b>	
Fecha:	____/____/____
Motivo	Renuncia Voluntaria <input type="checkbox"/>
	Abandono del cargo <input type="checkbox"/>
	Terminación del contrato <input type="checkbox"/>
<b>4. Otras Novedades</b>	
Fecha Inicial:	____/____/____ Fecha Final: ____/____/____
Motivo	Incapacidades
	Licencias Remuneradas
	Licencias No Remuneradas
	Suspensiones
	Ausencias
<b>5. Aprobaciones</b>	
Informado por: LUISA FERNANDA CORTES	Cargo: Auxiliar talento humano.
Solicitada por: <i>Segundo Oviedo</i>	Cargo:
Aprobada por: Dayan Bucheli	Cargo: Directora de Talento Humano
<b>4. Confirmación de registro en el sistema</b>	
Firma:	





## Acta de Reunión

RG-GG-02

V3

21/11/2014

### Objetivo De La Reunión

Entrega relación de incapacidades pagadas por CAFESALUD al trabajador SEGUNDO ABEL OVIEDO

<b>Fecha:</b>	25 de octubre de 2016	<b>Sala:</b>	Dirección jurídica
<b>Hora Inicio:</b>	3:00 pm	<b>Hora Finalización:</b>	3:15 pm
<b>Nombre De La Reunión:</b> Entrega información			

Asistentes		
Nombre	Identificación	Firma
AURA EVANGELINA VILLOTA	CC. 30.739.277 (Esposa de ABEL OVIEDO identificado con CC 12.957.079)	<i>Aura E Villo</i> 30739277
INGRID LORENA RODRIGUEZ NARVÁEZ	Directora Jurídica EMAS PASTO S.A. E.S.P.	

Ausentes			
Nombre	Cargo	Firma	Excusa

### Desarrollo De La Reunión

En la fecha mencionada, se reúnen las personas mencionadas con el fin de hacer entrega de la siguiente información:

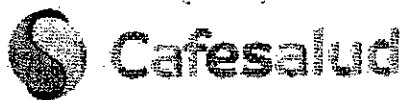
- = CAFESALUD ha realizado el pago de incapacidades generadas por señor SEGUNDO ABEL OVIEDO desde el 02 de diciembre de 2015 hasta el día 13 de marzo de 2016, de conformidad con la relación adjunta y que es parte integral de la presente acta.
- = Que la suma de éstas incapacidades asciende al valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTITRÉS OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS (\$1.823.886).
- = Que éste valor se consignó a las cuentas de EMAS PASTO S.A. E.S.P.; no obstante la empresa trasladará dicha consignación a la cuenta de ahorros de Banco Caja Social a nombre del señor SEGUNDO ABEL OVIEDO, destinada al pago de su nómina mensual.
- = Que la consignación se hará efectiva en el transcurso del día de hoy, veinticinco de octubre de 2016. (Se adjunta relación de incapacidades y valores reconocidos.)

### Compromisos

Elaborada Por: Ingrid Lorena Rodriguez Narváez.

12957079	Oviedo Perez Segundo Abel	3899158	Enfermedad General	3/07/2016	3/13/2016	7	76	578436903	160867	7
		3899156	Enfermedad General	2/29/2016	3/06/2016	7	69	578436502	45962	2
								578436503	114905	5
		3899155	Enfermedad General	2/17/2016	2/23/2016	7	62	578436302	160867	7
		3899153	Enfermedad General	2/10/2016	2/16/2016	7	55	578436102	160867	7
		3899151	Enfermedad General	2/03/2016	2/09/2016	7	48	578435902	160867	7
		3899150	Enfermedad General	1/27/2016	2/02/2016	7	41	578435801	91924	4
								578435802	68943	3
		3899148	Enfermedad General	1/20/2016	1/26/2016	7	34	578435401	160867	7
		3899147	Enfermedad General	1/08/2016	1/14/2016	7	27	578435301	160867	7
		3898227	Enfermedad General	12/29/2015	1/04/2016	7	20	578329412	42956	2
								578329401	107390	5
		3898224	Enfermedad General	12/22/2015	12/28/2015	7	13	578328412	150346	7
		3898220	Enfermedad General	12/15/2015	12/21/2015	7	6	578326812	150346	7
		3898197	Enfermedad General	12/02/2015	12/07/2015	6	0	578323712	85912	4

201603	Pago por tesoreria	ILM271773	\$160.867	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201602	Pago por tesoreria	ILM271773	\$45.962	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201603	Pago por tesoreria	ILM271773	\$114.905	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201602	Pago por tesoreria	ILM271773	\$160.867	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201602	Pago por tesoreria	ILM271773	\$160.867	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201602	Pago por tesoreria	ILM271773	\$160.867	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201601	Pago por tesoreria	ILM271773	\$91.924	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201602	Pago por tesoreria	ILM271773	\$68.943	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201601	Pago por tesoreria	ILM271773	\$160.867	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201601	Pago por tesoreria	ILM271773	\$160.867	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201512	Pago por tesoreria	ILM271773	\$42.956	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201601	Pago por tesoreria	ILM271773	\$107.390	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201512	Pago por tesoreria	ILM271773	\$150.346	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201512	Pago por tesoreria	ILM271773	\$150.346	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
201512	Pago por tesoreria	ILM271773	\$85.912	7/05/2016	Giro Electronico	AHORROS	24521302285	BANCO CAJA SOCIAL	Entregado
TOTAL A FAVOR			\$1.823.886						



Bogotá D.C., 17 de Julio de 2016

Señores:  
COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.  
Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4  
Tel: 071 - 324 11 11 y 2502  
BOGOTÁ D.C. (BOGOTÁ)

**ASUNTO: FIRMEZA DE DICTAMEN - CALIFICACIÓN DE ORIGEN**  
**CASO: SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ - CC 12957079**  
**DICTAMEN: 3397163**


Respetados señores,

Revisadas nuestras bases de datos y sistemas de información, se evidenció que esta EPS calificó en primera oportunidad como de origen laboral el diagnóstico M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL padecido por el señor(a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, dictamen que fue debidamente notificado a su entidad.


Por lo anterior y teniendo en cuenta que esa entidad no presentó controversia en los términos del artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012 (1), se concluye que el referido dictamen cobró firmeza y por tanto es definitivo.

Finalmente, es importante señalar que las prestaciones que pueda requerir el usuario derivadas de los diagnósticos definidos como de origen laboral, están a cargo de esa entidad, según lo establecido en el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 1562 de 2012.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD



  
Rad No 2016-808-000841-2  
Fecha 26/07/2016 03:59:06 p.m. Us Rad EVELING PAREDES  
Destino: DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitente: (EMP) CAFESALUD  
Fecha actual: 26/07/2016 03:58 13 p.m.  
Empresa: EMAS PASTO S.A. E.S.P.

Folios: 1

**CC: AFILIADO SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** Dir: CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3158340509 - PASTO (NARIÑO)

**CC: AFP PROTECCION S.A.** Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

**CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP** Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO

(1) Artículo 142. Calificación del estado de invalidez. (...) En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes" (...)

*Handwritten:*  
Am E m n  
307 39277  
317 8524618



Bogotá D.C. 11 de Mayo de 2017

Señor(a):  
**AXA COLPATRIA**  
Avenida 15 N° 104 - 33  
Teléfono: (57-1) 653 8400  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ



Red No 2017-606-000312-2  
Fecha 18/05/2017 03:18:29 p.m. Us Rad EVELING PAREDES  
Destino: DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitente: (EMP) AXA COLPATRIA  
Fecha actual: 18/05/2017 03:12:50 p.m.  
Empresa: EMAS PASTO S.A. E.S.P.

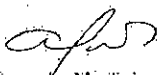
Asunto: **Aclaración al dictamen Nro 3397163**

Respetado Señor(a):

Con nuestro cordial saludo le informamos que revisamos el caso del señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, CC 12957079**, quien presentó una enfermedad cuyo origen fue calificado en primera oportunidad por esta EPS. La presente se envía, dado que en su momento se notificó a Colmena ARL, entidad a la que reportaron se encontraba el afiliado el usuario. Por favor tomar esta comunicación como notificación de calificación en primera oportunidad.

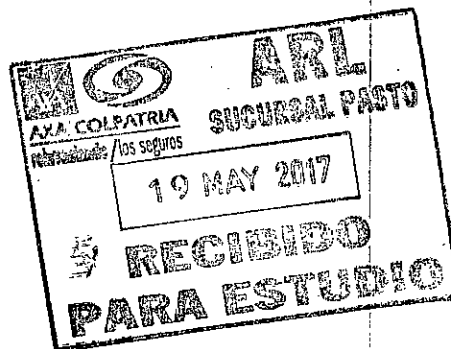
Por lo anterior, para todos los efectos se tendrá como parte integral del dictamen este documento que subsana el error cometido.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Anexo Dictamen

Folios:



CC: Afiliado **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** Dir: CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3158340509 - PASTO-NARIÑO

CC: AFP PROTECCION S.A. Dir: CRA 7, No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO



Bogotá D.C, 14 de Junio de 2017

Señores:

**JUNTA REGIONAL NARIÑO**

**Calle 19 A No. 31C-28 primer Piso Barrio Las Cuadras**

**Tel: 7312758**

**PASTO (NARIÑO)**

Asunto: Desacuerdo contra dictamen

Referencia: **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CC 12957079**


Respetados señores:

De la manera más cordial estamos remitiendo expediente del usuario **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** identificado con CC No. 12957079, toda vez que la **ARL AXA COLPATRIA** mediante comunicado del 25/05/2017, manifiesta su inconformidad frente al dictamen emitido por EPS **CAFESALUD** el 18/05/2016, en el cual se define como de origen **LABORAL** para el diagnóstico **SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL**.

Por lo anterior, de manera atenta solicitamos respetuosamente se realice el trámite correspondiente por Junta Regional de Calificación de Invalidez con el fin de dirimir la controversia planteada por **AXA COLPATRIA** según la normatividad vigente. De acuerdo con lo estipulado en el artículo 17 de la ley 1562 de 2012.

Para finalizar, informamos que el pago de los honorarios de la Junta Regional de Calificación de Invalidez estará a cargo de **AXA COLPATRIA**, de conformidad con el artículo 20 del Decreto 1352 de 2013, por lo cual nos permitimos poner en conocimiento de dicha entidad.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Folios: 1

Elaboró: **MARIA LILIANA QUIROGA**

CC: **ARL AXA COLPATRIA** Dir: CL 22 NORTE # 5bn 94 Tel: 3155904847 CALI-VALLE


CC: **AFP PROTECCION S.A.** Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

CC: **EMPRESA EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP** CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO(NARIÑO)

CC: **Afiliado SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3158340509 PASTO (NARIÑO)

Remite: <b>MEDICINA LABORAL</b> <b>CAFESALUD EPS</b> BOGOTÁ		RURAL EXPRESS S.A.S. LRA 20030414-0010 - 19-03-2003 TV-70 D43 41 De La Empresa Seguros D.C. Pbx: (57) 71717020	
Destinatario: <b>EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO</b> CR 24 23 51		N° Guía: <b>8892232</b> 16/06/2017 6:54:27 am 37	
CONTROVERSIAS JUNTAS		CP: 23000 Ref: EMPLEA IDENTIFICACION 12957079	CP: 520004 Radicado: 37



  
Red No 2017-606-000430-2  
Fecha 29/06/2017 02:48:14 p.m. Us Rad. EVELING PAREDES  
Destino: DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitente (EMP) CAFESALUD  
Fecha actual: 29/06/2017 02:40:32 p.m.  
Empresa: EMAS PASTO S.A. E.S.P.



Siente tu ciudad, vívela limpia



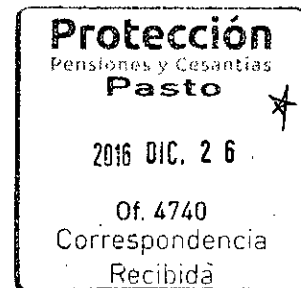
San Juan de Pasto, 26 de diciembre de 2016

Señores:

**FONDO DE PENSIONES PROTECCIÓN**

Carrera 25 N° 20-45

Pasto-Nariño



Ref: Información.

Por medio del presente, me permito informar que el señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** identificada con C.C. No. 12.957.079, quien trabaja en la Empresa Metropolitana de Aseo de Pasto EMAS PASTO S.A. E.S.P., ha presentado dificultades en su estado de salud, situación que le ha generado varias incapacidades; en consecuencia, se solicitó ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, el estudio de su historia clínica para obtener el dictamen de pérdida de la capacidad laboral, la cual se encuentra en trámite.


Lo anterior en calidad de aviso, de acuerdo a lo establecido en el artículo 29 del decreto 1352 de 2013.


Cordialmente,

  
**DIANA MARCELA ROSERO RODRIGUEZ**

Gerente suplente

EMAS PASTO S.A. E.S.P.

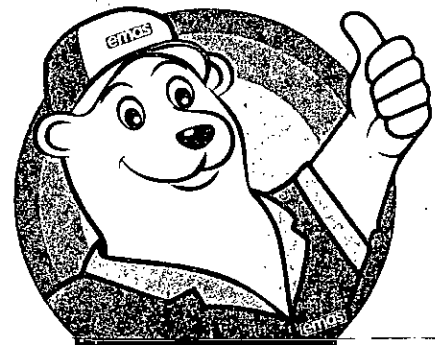
  
VoBo: Ingrid Rodriguez  
Directora Jurídica

  
VoBo: Dayan Bucheli  
Directora de Talento Humano



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto

[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)





**COOPERATIVA DE TRABAJADORES Y JUBILADOS DEL  
MUNICIPIO DE PASTO, LTDA**

FECHA: 06-October-08

Yo Segundo Abel Cordero P. C.C.No. 12957079  
de Pasto, en mi condición de **FUNCIONARIO(A) DE LA  
EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO EMAS**, solicito mi ingreso  
como asociado (a) de la Cooperativa de Trabajadores y Jubilados  
del Municipio de Pasto, Ltda, y a la vez AUTORIZO al señor Pagador  
de EMAS, para que en cumplimiento con los artículos 142, 143 y 144  
de la Ley 79 de 1988, se sirva descontar de mi sueldo mensual los  
valores a pagar a la Cooperativa, por aportes sociales mensuales,  
la suma de (en letras) Tiente y siete Pesos  
M/Cte. (\$ 37.000), el mismo que se incrementará anualmente  
de acuerdo a los estatutos. Así mismo, de las obligaciones que por  
créditos obtenga en la Cooperativa, en condición de asociado(a)  
debidamente inscrito.

En caso de terminación de contrato laboral por cualquier causa,  
autorizó descontar de mis prestaciones sociales e indemnizaciones  
el saldo respectivo: (Artículo 344 del C.S. del T.)

**ACEPTO Y AUTORIZO EL DESCUENTO**

X = Se firmó por el

**FIRMA**

**C.C.** 12957079

**APROBADO EN ACTA No.:** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_





Siente tu ciudad, vívela limpia



San Juan de Pasto, 02 de febrero de 2017

Señores

**FONDO NACIONAL DEL AHORRO**

Administradora de Cesantías

La Ciudad

Asunto: Pago parcial de cesantías

Autorizamos liquidar y realizar el pago parcial de cesantías a nombre de nuestro (a) trabajador (a):

Nombre: **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Cédula de ciudadanía: **12.957.079 de Pasto (Nariño)**

Valor solicitado: **CINCO MILLONES QUINIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS M/CTE. (\$5.502.811)**

Inversión: **COMPRA DE VIVIENDA.**

Por haber presentado a EMAS PASTO S.A. ESP con número de identificación tributaria 814000704-1, la prueba exigida para establecer la verdad y la necesidad de la solicitud, certificamos que la destinación que le dará a este derecho prestacional es cierta, y nosotros asumiremos la responsabilidad sobre la vigilancia y el cumplimiento de la inversión destino a **COMPRA DE VIVIENDA.**

La empresa se compromete a vigilar la inversión conforme a lo dispuesto en el artículo 3 del decreto 2076 de 1967 resolución 3368 de 1994 y decreto ley 663 de 1993 artículo 166.

Atentamente,



**DAYAN LORENA BUCHELI REALPE**  
Directora de Talento Humano

*Segundo Oviedo*

Dania B.



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto

[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)



San Juan de Pasto, 02 de febrero de 2017

Doctora:

**DAYAN LORENA BUCHELI REALPE**

Directora de Talento Humano

EMAS PASTO S.A E.S. P

Asunto: **Retiro Parcial de Cesantías**

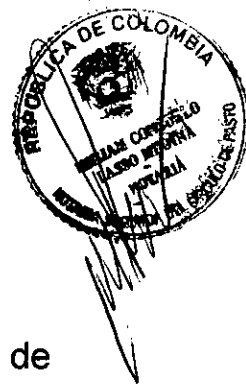
Cordial saludo,

Por medio de la presente le solicito autorizar el retiro parcial de mis cesantías por valor: **CINCO MILLONES QUINIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS M/CTE. (\$5.502.811)**, depositadas en el **FONDO NACIONAL DEL AHORRO** las cuales serán destinadas para **COMPRA DE VIVIENDA**, como consta en los documentos que anexo.

De antemano le agradezco su amable atención.

Atentamente,

*X Segundo Abel Oviedo Perez*  
**SÉGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
C.C. 12.957.079 de Pasto (Nariño)

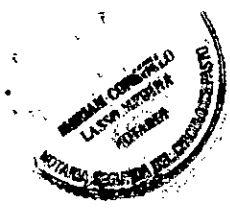


## PROMESA DE COMPRAVENTA DE BIEN INMUEBLE

Entre nosotros: **ALVARO SANTIAGO SALAS BOLAÑOS** mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Pasto, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.233.191.354 de Pasto, actuando en nombre y representación propia, quien para los efectos del presente contrato se denominara **EL PROMETIENTE VENDEDOR**, de una parte; y de la otra **AURA EVANGELINA VILLOTA Y SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, mayores de edad, domiciliados y residentes en la ciudad de Pasto, identificados con cedula de ciudadanía No.30.739.277 de Pasto y 12.957.079 De la Florida respectivamente, actuando en nombre y representación propia quienes en adelante se denominaran **LOS PROMETIENTES COMPRADORES**, hemos celebrado el presente contrato de promesa de compraventa que se rige por las siguientes clausulas: **PRIMERA: OBJETO-. EL PROMETIENTE VENDEDOR** transfiere a titulo de venta a **LOS PROMETIENTES COMPRADORES**, el derecho de dominio y la propiedad plena que tiene y ejerce sobre el siguiente inmueble: una casa ubicada en la calle 6 Numero 13-29 Barrio Niza, con matricula inmobiliaria No. 240-158622 cuyos linderos se hayan contenidos en la escritura publica No. 6623 del primero de Diciembre de 1998 de la **NOTARIA CUARTA DE PASTO**. **SEGUNDA: No obstante** la cabida y linderos aquí anotados, el inmueble que se promete vender se entregan como cuerpo cierto, incluyendo todas las mejoras presentes, anexidades, usos, costumbres y servidumbres que legal y naturalmente le corresponden. **TERCERA:** El inmueble materia del presente contrato fue adquirido por los prometientes vendedores, mediante escritura publica No. 641 del veinte de abril del 2001, de la Notaria primera de Pasto. **CUARTA:** El precio de venta del inmueble que **EL PROMETIENTE VENDEDOR** transfiere a los **PROMETIENTES COMPRADORES** por medio de este documento, es por la suma de **CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MC. (\$55.000.000)**; suma que **EL PROMETIENTE COMPRADOR** pagara **AL PROMETIENTE VENDEDOR**, así: a) \$ 35.000.000 QUE PRESTA EL BANCO CAJA SOCIAL Y EL SALDO RESTANTE SERA CANCELADO POR LOS PROMETIENTES COMPRADORES. **QUINTA: AL PROMETIENTE VENDEDOR,**

**PROMESA DE COMPRAVENTA DE BIEN INMUEBLE**

Entre nosotros: ALVARO SANTIAGO SALAS BOLANOS mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Pasto, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.233.191.354 de Pasto, actuando en nombre y representación propia quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL PROMETENTE VENDEDOR**, de una parte, y de la otra **AURA EVANGELINA VILLOTA Y SEGUNDO ABEL OJEDO PEREZ**, mayores de edad, domiciliados y residentes en la ciudad de Pasto, identificados con cédula de ciudadanía No. 30.739.217 de Pasto y 12.957.079 De la Florida respectivamente actuando en nombre y representación propia quienes en adelante se denominarán **LOS PROMETIENTES COMPRADORES**, hemos celebrado el presente contrato de promesa de compraventa que se rige por las siguientes cláusulas: PRIMERA OBJETO.- **EL PROMETENTE VENDEDOR** transfiere a título de venta a **LOS PROMETIENTES COMPRADORES**, el derecho de dominio y la propiedad plena que tiene y ejerce sobre el siguiente inmueble: una casa ubicada en la calle 5 Número 13-29 Barrio Niza, con matrícula inmobiliaria No. 240-158822 cuyos linderos se hayan contenidos en la escritura pública No. 6823 del número de Diciembre de 1998 de la NOTARIA CUARTA DE PASTO. SEGUNDA: No obstante la esbida y linderos aquí anotados, el inmueble que se promete vender se entregará como cuerpo cierto, incluyendo todas las mejoras presentes, anexidades, usos, costumbres y servidumbres que legal y naturalmente le corresponden. TERCERA: El inmueble materia del presente contrato fue adquirido por los prometientes vendedores, mediante escritura pública No. 641 del veinte de abril del 2001 de la Notaría primera de Pasto. CUARTA: El precio de venta del inmueble que **EL PROMETIENTE VENDEDOR** transfiere a los **PROMETIENTES COMPRADORES** por medio de este documento es por la suma de CINCUENTA Y CINCO MILTONES DE PESOS M.C. (\$55.000.000); suma que **EL PROMETIENTE COMPRADOR** pagará a **EL PROMETIENTE VENDEDOR**, así: a) \$ 35.000.000 QUE PRESTA EL BANCO CALA SOCIAL Y EL SALDO RESTANTE SERA CANCELADO POR LOS PROMETIENTES COMPRADORES. QUINTA: AL PROMETIENTE VENDEDOR.



actualmente arriendan la casa mencionada **AL PROMETIENTE COMPRADOR**, se hace aclaración que ellos seguirán cancelando el canon mensual por el pago de arrendamiento que vienen realizando, hasta que se haga efectivo el pago por la venta del inmueble. **SEXTA:** las partes acuerdan firmar la escritura pública correspondiente el día en que **EL BANCO CAJA SOCIAL** autorice el debido préstamo y los **PROMETIENTES COMPRADORES** cancelen el saldo restante al **PROMETIENTE VENDEDOR**. **SEPTIMA:** Los gastos que se ocasionen en la escritura de este inmueble y gastos externos, serán cubiertos en su totalidad por los **PROMETIENTES COMPRADORES**. **OCTAVA:** Las partes acuerdan en imponer una multa por la suma de **CINCO MILLONES DE PESOS (\$5.000.000)** que pagara la parte que incumpla una o todas las clausulas contenidas en el presente contrato en favor a la parte que permanezca fiel a el hasta el dia 28 de Febrero del año 2017.

En constancia se firma en la ciudad de pasto, a los Diecisiete (17) días del mes de octubre de dos mil quince (2015).

**EL PROMETIENTE VENDEDOR**

Santiago Salas

**ALVARO SANTIAGO SALAS BOLAÑOS**

Dirección: calle 17 No. 29-57 Pasto

Tel.3113582648



## LOS PROMETIENTES COMPRADORES

Aura Evangelina Villota

**AURA EVANGELINA VILLOTA**

Calle 6 No. 13-29 Pasto

Segundo Abel Oviedo Perez

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Calle 6 No. 13-29 Pasto



LOS PROMETIDOS O EMPAREJADOS

AURA EVANGELINA VILLOTA

Calle 8 No. 13-29 Pasto

SEGUNDO ADEL VILLOTA RIVERA

Calle 9 No. 13-29 Pasto



**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE  
DOCUMENTO PRIVADO**

**Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



24144

En la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, República de Colombia, el primero (01) de febrero de dos mil diecisiete (2017), en la Notaría Dos (2) del Círculo de Pasto, compareció:

ALVARO SANTIAGO SALAS BOLAÑOS, identificado con la cédula de ciudadanía / NUIP #1233191354 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.



Santiago Salas


6qkdwqcauqnl


01/02/2017 - 11:27:12:727

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Este folio se asocia al documento de PROMESA DE COMPRAVENTA, en el que aparecen como partes ALVARO SALAS y que contiene la siguiente información CASA UBICADA EN LA CALLE 6 No 13-29 BARRIO NIZA.

  
MIRIAM CONSUELO LASSO MEDINA  
Notaria dos (2) del Círculo de Pasto







SUPERINTENDENCIA  
DE NOTARIADO  
& REGISTRO

## Certificado de Tradición en Línea Original

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos - Agilizador

### DATOS DEL PAGO

Recibo No: 201701097616

Referencia/CUS: 17013116793628317

Fecha: 31 de Enero de 2017 a las 11:31:50

Valor: \$15,700

CIRCULO EMISOR: 240

KIOSKO: 46010

Certificado Comprado por: \_\_\_\_\_ Documento: CC\_ NIT\_ : \_\_\_\_\_

Los certificados se expiden de acuerdo a los datos suministrados

### CERTIFICADO GENERADO

PIN 17013116793628317

MATRICULA: 158622

PASTO-240

El PIN tiene una vigencia de treinta(30) días a partir de su adquisición. Para verificar este certificado visite [www.snrobotondepago.gov.co/certificado/](http://www.snrobotondepago.gov.co/certificado/) con el número PIN generado en la Opción Validar Certificado.

Puede descargar la Circular del Super Intendente de Notariado y Registro con la validez de este documento en [www.certificadonlinea.com](http://www.certificadonlinea.com) en el menú "Descargar Circular"



**OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE PASTO**  
**CERTIFICADO DE TRADICION**  
**MATRICULA INMOBILIARIA**

Certificado generado con el Pin No: 17013116793628317

Nro Matrícula: 240-158622

Página 1

Impreso el 31 de Enero de 2017 a las 11:31:27 AM

**"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"**

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 240 - PASTO DEPTO: NARIÑO MUNICIPIO: PASTO VEREDA: PASTO

FECHA APERTURA: 09-11-1999 RADICACIÓN: 1999-18717 CON: ESCRITURA DE: 08-11-1999

CODIGO CATASTRAL: 52001010401620060000 COD CATASTRAL ANT: SIN INFORMACION

ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

**DESCRIPCION: CABIDA Y LINDEROS**

Contenidos en ESCRITURA Nro 6623 de fecha 01-12-1998 en NOTARIA 4A de PASTO LOTE CALLE 6 13-29 con area de 51 M2 (SEGUN DECRETO 1711 DE JULIO 6/84).

**COMPLEMENTACION:**

**DIRECCION DEL INMUEBLE**

Tipo Predio: URBANO

1) CALLE 6 #13-29

**MATRICULA ABIERTA CON BASE EN LA(S) SIGUIENTE(S) (En caso de integración y otros)**

240 - 30113

**ANOTACION: Nro 001** Fecha: 08-11-1999 Radicación: 1999-18717

Doc: ESCRITURA 6623 DEL 01-12-1998 NOTARIA 4A DE PASTO

VALOR ACTO: \$750,000

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 101 COMPRAVENTA PARCIAL 51 M2

**PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio, I-Titular de dominio incompleto)**

DE: RAMOS VALENCIA SILVIO ORLANDO

CC# 12954241

**A: ERAZO ERAZO JOSE CIRILO ALFREDO**

CC# 2613816 X

**ANOTACION: Nro 002** Fecha: 29-08-2000 Radicación: 2000-10681

Doc: ESCRITURA 244 DEL 13-04-2000 NOTARIA 1A. DE PASTO

VALOR ACTO: \$3,000,000

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 101 COMPRAVENTA

**PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio, I-Titular de dominio incompleto)**

DE: ERAZO ERAZO JOSE CIRILO ALFREDO

CC# 2613816

**A: OCAIA MARTINEZ AYDA LUCIA**

CC# 30723612 X

**ANOTACION: Nro 003** Fecha: 24-04-2001 Radicación: 2001-6598

Doc: ESCRITURA 641 DEL 20-04-2001 NOTARIA PRIMERA DE PASTO

VALOR ACTO: \$3,000,000

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 101 COMPRAVENTA TOTAL. MODO DE ADQUIRIR.

**PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio, I-Titular de dominio incompleto)**

DE: OCAIA MARTINEZ AYDA LUCIA

CC# 30723612

**A: SALAS BOLAÑOS ALVARO SANTIAGO**

X MENOR

**NRO TOTAL DE ANOTACIONES: \*3\***



**OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE PASTO**  
**CERTIFICADO DE TRADICION**  
**MATRICULA INMOBILIARIA**

Certificado generado con el Pin No: 17013116793628317

Nro Matrícula: 240-158622

Página 2

Impreso el 31 de Enero de 2017 a las 11:31:27 AM

**"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"**

No tiene validez sin la firma del registrador en la última página

**SALVEDADES:** (Información Anterior o Corregida)

Anotación Nro: 0

Nro corrección: 1

Radicación: 2011-240-3-732

Fecha: 16-07-2011

SE ACTUALIZA FICHA CATASTRAL CON LA SUMINISTRADA POR EL I.G.A.C., SEGUN RES. NO. 8589 DE 27-11-2008 PROFERIDA POR LA S.N.R  
(CONVENIO IGAC-SNR DE 23-09-2008)

**FIN DE ESTE DOCUMENTO**

El interesado debe comunicar al registrador cualquier falla o error en el registro de los documentos

USUARIO: Realtech

TURNO: 2017-240-1-7492

FECHA: 31-01-2017

EXPEDIDO EN: BOGOTA

El Registrador: DIEGO ARMANDO BACCA CASTRO

**SUPERINTENDENCIA  
DE NOTARIADO  
& REGISTRO**  
la guarda de la fe pública

## EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO

### HACE CONSTAR

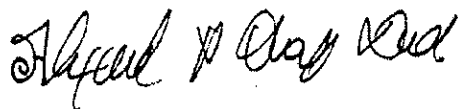
Que según el extracto de cesantías procesado por el sistema, el(la) señor(a) OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL identificado(a) con cédula de ciudadanía número 12.957.079 es afiliado(a) desde hace 60 meses con la(s) siguiente(s) entidad(es):

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP (ACT APORTANTE ) \$5.502.811

A la fecha tiene un saldo de CINCO MILLONES QUINIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS CON 00/100 PESOS M/CTE (5.502.811).

Lo anterior según extracto de cesantías anexo.

Dada en Bogotá a los dos(2) días del mes de febrero de 2017.



**ALEXANDRA PATRICIA OLAYA DAJER**  
Jefe División Cesantías (E)

Generado por : ANA MATILDE TORO ANDRADE

[www.fna.gov.co](http://www.fna.gov.co)

Carrera 65 No. 11-83 Zona Industrial Puente Aranda - Bogotá

Nit: 899 999 284-4 Conmutador: 3810150

Call Center en Bogotá (57+1)3077070

Línea Gratuita Nacional 01 8000 52 7070




GA-FO-050 V1

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL DE**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**


NUMERO **12.957.079**  
**OVIEDO PEREZ**  
 APELLIDOS  
**SEGUNDO ABEL**  
 NOMBRES

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-1951**  
**LA FLORIDA**  
 (NARIÑO)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.62** **B+** **M**  
 ESTATURA G.S. RH SEXO  
**24-ABR-1973 PASTO**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-2300100-00423272-M-0012957079-20130130 0032256465A 1 6802208643

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.191.354

SALAS BOLAÑOS

APELLIDOS

ALVARO SANTIAGO

NOMBRES

Santiago Salas

ARMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1998

PASTO  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

08-JUN-2016 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



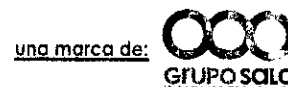
P-2300150-00838052-M-1233191354-20160623

0050235570G 2

46136219



Siente tu ciudad, vívela limpia



San Juan de Pasto, 06 de marzo de 2017

Señores

**FONDO NACIONAL DEL AHORRO**

Administradora de Cesantías

La Ciudad

Asunto: Pago parcial de cesantías

Autorizamos liquidar y realizar el pago parcial de cesantías a nombre de nuestro (a) trabajador (a):

Nombre: **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Cédula de ciudadanía: **12.957.079 de Pasto (Nariño)**

Valor solicitado: **SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$767.155)**

Inversión: **COMPRA DE VIVIENDA.**

Por haber presentado a EMAS PASTO S.A. ESP con número de identificación tributaria 814000704-1, la prueba exigida para establecer la verdad y la necesidad de la solicitud, certificamos que la destinación que le dará a este derecho prestacional es cierta, y nosotros asumiremos la responsabilidad sobre la vigilancia y el cumplimiento de la inversión destino a **COMPRA DE VIVIENDA.**

La empresa se compromete a vigilar la inversión conforme a lo dispuesto en el artículo 3 del decreto 2076 de 1967 resolución 3368 de 1994 y decreto ley 663 de 1993 artículo 166.

Atentamente,

  
**DAYAN LORENA BUCHELT REALPE**  
Directora de Talento Humano

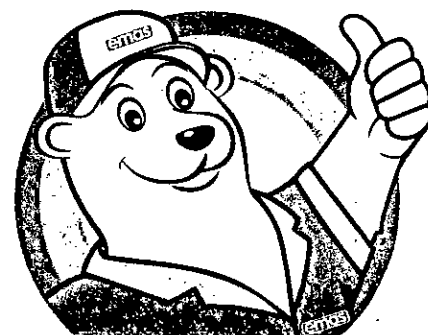
*Segundo Oviedo*

Dania B.



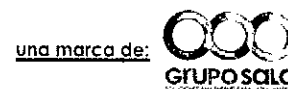
Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto

[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)





Siente tu ciudad, vívela limpia



San Juan de Pasto, 06 de marzo de 2017

Señores

**FONDO NACIONAL DEL AHORRO**

Administradora de Cesantías

La Ciudad

Asunto: Pago parcial de cesantías

Autorizamos liquidar y realizar el pago parcial de cesantías a nombre de nuestro (a) trabajador (a):

Nombre: **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Cédula de ciudadanía: **12.957.079 de Pasto (Nariño)**

Valor solicitado: **SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$767.155)**

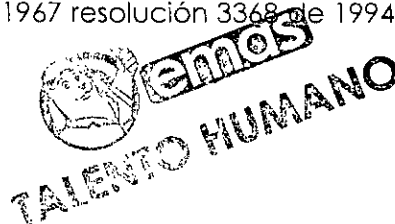
Inversión: **COMPRA DE VIVIENDA.**

Por haber presentado a EMAS PASTO S.A. ESP con número de identificación tributaria 814000704-1, la prueba exigida para establecer la verdad y la necesidad de la solicitud, certificamos que la destinación que le dará a este derecho prestacional es cierta, y nosotros asumiremos la responsabilidad sobre la vigilancia y el cumplimiento de la inversión destino a **COMPRA DE VIVIENDA.**

La empresa se compromete a vigilar la inversión conforme a lo dispuesto en el artículo 3 del decreto 2076 de 1967 resolución 3368 de 1994 y decreto ley 663 de 1993 artículo 166.

Atentamente,

  
**DAYAN LORENA BUCHELI REALPE**  
Directora de Talento Humano



*Am. Juan Uribe*  
**30739277**

Dania B.



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casena Empopasto

[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)





San Juan de Pasto, 06 de marzo de 2017

Doctora:

**DAYAN LORENA BUCHELI REALPE**

Directora de Talento Humano

EMAS PASTO S.A E.S. P

Asunto: **Retiro Parcial de Cesantías**

Cordial saludo,

Por medio de la presente le solicito autorizar el retiro parcial de mis cesantías por valor: **SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. (\$767.155)**, depositadas en el **FONDO NACIONAL DEL AHORRO** las cuales serán destinadas para **COMPRA DE VIVIENDA**, como consta en los documentos que anexo.

De antemano le agradezco su amable atención.

Atentamente,

*Segundo Oviedo*  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
C.C. 12.957.079 de Pasto (Nariño)

*Am Emma*  
30739277

## EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO

### HACE CONSTAR


Que según el extracto de cesantías procesado por el sistema, el(la) señor(a) OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL identificado(a) con cédula de ciudadanía número 12.957.079 es afiliado(a) desde hace 60 meses con la(s) siguiente(s) entidad(es):

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP (ACT APORTANTE ) \$767.155

A la fecha tiene un saldo de SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO CIENCUENTA Y CINCO PESOS CON 00/100 PESOS M/CTE (767.155).

Lo anterior según extracto de cesantías anexo.

Dada en Bogotá a los ventiocho(28) días del mes de febrero de 2017.



**ALEXANDRA PATRICIA OLAYA DAJER**  
Jefe División Cesantías (E)

Generado por : ANA MATILDE TORO ANDRADE

[www.fna.gov.co](http://www.fna.gov.co)

Carrera 65 No. 11-83 Zona Industrial Puente Aranda - Bogotá

Nit: 899 999 284-4 Conmutador: 3810150

Call Center en Bogotá (57+1)3077070

Línea Gratuita Nacional 01 8000 52 7070



**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



GA-FO-050 V1

San Juan de Pasto, 30 de junio de 2017

señores

EMAS PASTO S.A ESP

**DAYAN LORENA BUCHELI**

Pasto

Fraternal saludo

Mediante la presente y de acuerdo a lo acordado realizo la devolución de **SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE (\$762.000)**, dado que se encuentra suspendido mi salario y este dinero fue consignado en mi cuenta por error por la empresa EMAS PASTO S.A ESP.

Atentamente,

*segundo ABEL OVIEDO*  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

12.957.079 de Pasto (Nariño)

DE LA CAJA CUITIVO

FECHA: 20170704 HORA: 10:44:06  
JORNADA: NORMAL  
OFICINA: 0435-CALLE 20 PASTO  
NO. CUENTA: XXXXX2461-  
NOMBRE: EMPRESA METROPOLITANA  
MAQUINA: F001/08E3  
NO. TRANSACCION: 00165620

VR. TRANSAC.: \$762,000.00  
VR. COMISION: \$0.00

TRANSACCION EN LINEA  
EXITOSA

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA  
INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA

E- FIN -



Siente tu ciudad, vívela limpia



San Juan de Pasto, 20 de marzo de 2018

Señores:

**FONDO NACIONAL DEL AHORRO**

Administradora de Cesantías

La Ciudad

Asunto: Pago parcial de cesantías

Autorizamos liquidar y realizar el pago parcial de cesantías a nombre de nuestro (a) trabajador (a):

Nombre: **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Cédula de ciudadanía: **12.957.079 de Pasto (Nariño)**

Valor solicitado: **SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. (\$753.800).**

Inversión: **MEJORA DE VIVIENDA.**

Por haber presentado a EMAS PASTO S.A. ESP con número de identificación tributaria 814000704-1, la prueba exigida para establecer la verdad y la necesidad de la solicitud, certificamos que la destinación que le dará a este derecho prestacional es cierta, y nosotros asumiremos la responsabilidad sobre la vigilancia y el cumplimiento de la inversión destino a **MEJORA DE VIVIENDA.**

La empresa se compromete a vigilar la inversión conforme a lo dispuesto en el artículo 3 del decreto 2076 de 1967 resolución 3368 de 1994 y decreto ley 663 de 1993 artículo 166.

Atentamente,



*Diana Fernanda Delgado Z.*

**DIANA FERNANDA DELGADO Z.**  
Directora Talento Humano  
Emas Pasto S.A ESP

*Segundo Abel Oviedo Perez*

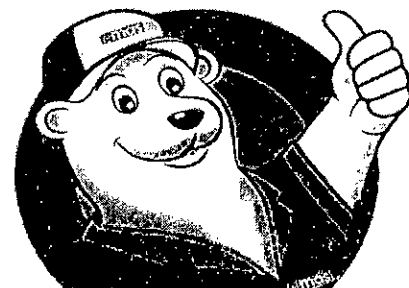
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
Trabajador.

Dania B.



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto

[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)



Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

San Juan de Pasto, 20 de marzo de 2018

Doctora:

**DIANA FERNANDA DELGADO ZAMBRANO**

Directora de Talento Humano

EMAS PASTO S.A E.S. P

Asunto: **Retiro Parcial de Cesantías**

Cordial saludo,

Por medio de la presente le solicito autorizar el retiro parcial de mis cesantías por valor: **SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. (\$753.800)**, depositadas en el **FONDO NACIONAL DEL AHORRO** las cuales serán destinadas para **MEJORA DE VIVIENDA**, como consta en los documentos que anexo.

De antemano le agradezco su amable atención.

Atentamente,

*Segundo Abel Oviedo Perez*  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

C.C. 12.957.079 de Pasto (Nariño)



CO-04416287

**CONTRATO CIVIL DE OBRA**

No.

Obra No.

LUGAR Y FECHA DE CELEBRACIÓN DEL CONTRATO: *Pasto. - 20-03-2018.*

CONTRATANTE:

Nombre e identificación *Segundo Abel Ouedo* cc. *12'957.079*Dirección *calle 6<sup>ta</sup> # 13-29 Barrio NIZA 1* TeléfonoFax Dirección Electrónica *AndreaOvi89@gmail.com*

CONTRATISTA:

Nombre e identificación *Carlos Alberto Timana* cc. *12'953184* *Pasto*

Dirección Teléfono

Fax Dirección Electrónica

DESCRIPCIÓN DE LA OBRA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL \$
<i>bolquetada de Arena blanca</i>	<i>1</i>	<i>350.000</i>	<i>350.000</i>
<i>bóttas de Cemento</i>	<i>5</i>	<i>25.000</i>	<i>125.000</i>
<i>mano de obra</i>		<i>265.000</i>	<i>265.000</i>

PRECIO TOTAL:

\$ *740.000*

FORMA DE PAGO:

FECHA DE INICIACIÓN:

FECHA DE ENTREGA:

GARANTÍAS DE EL CONTRATISTA	CLASE	VALOR \$	VIGENTE HASTA
Manejo de Anticipo			
Cumplimiento			
Responsabilidad Civil			
Estabilidad (Conservación)			
Seguro Colectivo de Vida			
Pago de Salarios y Prestaciones Sociales			

PLANOS ENTREGADOS A EL (LA) CONTRATISTA:

SANCIONES Y BONIFICACIONES PARA EL (LA) CONTRATISTA:

A su cargo ( ) salarios mínimos diarios por cada día de atraso en la entrega de la obra a plena satisfacción de EL (LA) CONTRATANTE, y a su favor ( ) salarios mínimos diarios por cada día de anticipación en la entrega de la obra a plena satisfacción de EL (LA) CONTRATANTE. Además de las estipulaciones ya acordadas en este documento, EL (LA) CONTRATANTE y EL (LA) CONTRATISTA convienen las siguientes: PRIMERA. - EL (LA) CONTRATISTA se obliga para con EL (LA) CONTRATANTE a ejecutar la obra de acuerdo con la descripción y con los planos, especificaciones y

Este documento tiene validez jurídica en la medida en que se encuentre en posesión de las partes y no se encuentre en proceso de cancelación o modificación.

*(Firma del Contratante)*  
CC. 12'957.079  
Segundo Abel Ouedo

*(Firma del Contratista)*  
CC. 12'953184  
Carlos Alberto Timana

126  
127  
128  
129  
130

será exigible a EL (LA) CONTRATISTA la garantía de estabilidad, si EL (LA) CONTRATANTE da a la obra o a sus partes destinación inadecuada, o permite que personas diferentes a EL (LA) CONTRATISTA, o a sus técnicos, ejecuten modificaciones o reparaciones en ellas. SÉPTIMA. - El pago de los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal que EL (LA) CONTRATISTA ocupe en la obra serán de cargo exclusivo de éste (a); pero si no cumple satisfactoriamente con tales obligaciones, EL (LA) CONTRATANTE podrá retener, de los pagos parciales o de la liquidación final, las sumas necesarias para ello. El (LA) CONTRATISTA exhibirá, a solicitud de EL (LA) CONTRATANTE y sin requerimiento judicial, las planillas y demás documentos que acrediten el cumplimiento de las obligaciones laborales. Pero, en todo caso, EL (LA) CONTRATANTE conserva la facultad de repetir cualquier suma que por estos conceptos deba pagar. OCTAVA. - Antes de iniciar la obra EL (LA) CONTRATISTA obtendrá una póliza de seguros colectivo de vida para su personal y lo afiliará a la entidad promotora de salud que escoja y a las demás entidades que por Ley deba hacerlo. De lo contrario, EL (LA) CONTRATANTE, a su libre determinación, procederá a obtener la póliza y a efectuar las afiliaciones, cargando el valor de las primas y los aportes o cotizaciones al precio de este contrato. NOVENA. - Puesto que EL (LA) CONTRATISTA tiene completa autonomía técnica y directiva en la obra y se compromete a realizarla con sus propios medios y bajo su responsabilidad, este contrato no es de carácter laboral y por lo tanto no genera el pago de salarios ni prestaciones sociales a su favor ni a favor de los empleados que contrate, por parte de EL (LA) CONTRATANTE. Antes bien, deberá responder en forma inmediata en caso que EL (LA) CONTRATANTE sea condenado (a) o llamado (a) a juicio por alguna reclamación de los empleados de EL (LA) CONTRATISTA. DÉCIMA. - El (LA) CONTRATISTA responderá de los daños que él (ella) o sus dependientes ocasionen a terceros. DÉCIMA PRIMERA. - Cuando surjan graves e imprevisibles alteraciones de la normalidad económica que rompan el equilibrio de éste contrato, las partes podrán modificarlo de común acuerdo, previa comprobación de la gravedad de dichas alteraciones. DÉCIMA SEGUNDA. - EL (LA) CONTRATANTE podrá dar por terminado este contrato por las siguientes causas: a) Muerte de EL (LA) CONTRATISTA si es persona natural, o disolución o liquidación si se trata de sociedad; b) Incumplimiento de EL (LA) CONTRATISTA de cualquiera de sus obligaciones en este contrato; y c) El que se ejecuten los trabajos en forma tal que no garantice razonablemente su terminación oportuna. DÉCIMA TERCERA. - Toda ampliación del plazo de ejecución de la obra o de vigencia de las garantías, salvo cuando dicha ampliación obedezca a culpa o disposición de EL (LA) CONTRATANTE, deberá ser autorizada por éste (a) en forma escrita. DÉCIMA CUARTA. - Los materiales necesarios para la ejecución de la obra serán suministrados por:

DECIMA QUINTA. - Cualquier modificación a este contrato deberá hacerse por escrito con las firmas de las dos (2) partes.

#### CLÁUSULAS ADICIONALES:

Se realizara mejoras a la vivienda los cuales consisten en el repello de 2 habitaciones, la suma total de la obra seran cubiertas con el saldo de cesantías consignados Por Emma Pardo SA ESP.

En constancia de lo anterior, se firma por las partes el día 16  
del mes de Marzo, del año  
( 2018 ).

EL CONTRATANTE

EL CONTRATISTA

C.C. o NIT. No.

12957079 (Pasto)

TESTIGO

C.C. o NIT. No.

12953184 (Pasto)

TESTIGO



## EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO

### HACE CONSTAR

Que según el extracto de cesantías procesado por el sistema, el(la) señor(a) OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL identificado(a) con cédula de ciudadanía número 12.957.079 es afiliado(a) desde hace 73 meses con la(s) siguiente(s) entidad(es):

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP (ACT APORTANTE ) \$753.800

A la fecha tiene un saldo de SETECIENTOS CIENCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 PESOS M/CTE (753.800).

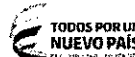
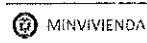
Lo anterior según extracto de cesantías anexo.

Dada en Bogotá a los veinte(20) días del mes de marzo de 2018.

**ALEXANDRA PATRICIA OLAYA DAJER**  
Jefe División Cesantías (E)

Generado por : Carlos Guillermo Bravo Lagos

Carrera 65 No. 11-83 Zona Industrial Puente Aranda – Bogotá  
Call Center Bogotá (57+1)3077070  
Línea Gratuita Nacional 01 8000 52 7070  
Sitio Web: [www.fna.gov.co](http://www.fna.gov.co)  
<http://www.facebook.com/FNAColombia>  
Twitter: (@FNAahorro)  
Nit: 899 999 284-4



ACP-FO-077



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **12.953.184**


**TIMANA**

APELLIDOS  
**CARLOS ALBERTO**

NOMBRES

*Carlos Alberto Timana*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-SEP-1948**  
**PASTO**  
 (NARIÑO)  
 LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57** **O+** **M**  
 ESTATURA G.S. RH SEXO

**20-OCT-1970 PASTO**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIB. SANCHEZ TORRES




A-2300100-00554898-A-0012953184-20140318 0037654939A 1 0832782183

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO 12.957.079

OVIEDO PEREZ

APELLIDOS  
SEGUNDO ABEL

FECHAS

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1951

LA FLORIDA  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 8+ M



ESTATURA G.S. RH SEXO

24-ABR-1973 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL OVIEDO PEREZ

INDICE DERECHO

A-2300100-00423272-M-0012957079-20130130 0032256465A 1 6802208643

Un homenaje al amor



Contrato

FECHA DE SOLICITUD

DÍA MES AÑO

☒ NUEVO ☐ RENOVAR

DATOS DE LA EMPRESA

TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ CE ☐  
No.

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE (Apellidos y nombres)

Ermas Pasto

NOVEDADES: ☐ INGRESO ☐ RETIRO ☐ MODIFICACION

TIPO DE PLAN: ☐ VERDE ☒ INTEGRAL ☐ UNIPERSONAL

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL - CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ CE ☐  
No. 12.957.079

PRIMER APELLIDO

Oviedo

SEGUNDO APELLIDO

Delier

PRIMER NOMBRE

Segundo

CORREO ELECTRONICO

TELÉFONO

CELULAR

3158346509

DIRECCIÓN

Cll. 5 #13-29 N

CIUDAD / MUNICIPIO

FECHA DE NACIMIENTO

01/01/1951

SEXO

M / F

ESTRATO

ESTADO CIVIL

VIUDO ☐

SEPARADO ☐

UNION LIBRE ☐

SOLTERO ☐

CASADO ☐

DIVORCIADO ☐

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR PROTEGIDO / BENEFICIARIOS

TIPO DOC	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	EDAD	PARENTESCO
		villota		aura	euangelina	16 2 1963	53	esposa
		oviedo	villota	Deisy	Sofia	22 10 2004		hija
		oviedo		Angela	Maide	10 01 1985	29	hija
		oviedo		Paola	andrea	16 2 1989	25	hija

ADICIONALES

TIPO DOC	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	EDAD	PARENTESCO

VALOR DEL CONTRATO

EXEQUIAS GR. FAMILIAR	EXEQUIAS ADICIONALES	SOLICANASTA ASEG. PPAL.	SEG. ACC. PERSONALES	VALOR TOTAL	Nº CUOTAS	VALOR CUOTA
\$	\$	\$	\$	\$		\$

Observaciones:

Autorizo a debitar o descontar el valor de las cuotas descritas en el acuerdo de pago del plan. Esta autorización queda sujeta a los reglamentos y condiciones de la entidad que realiza el débito o descuento y a las modificaciones que se hagan en el futuro de ellos.

Este contrato rige a partir de la fecha de su firma y reemplaza cualquier otro contrato suscrito entre las mismas partes.

VOLUNTARIAMENTE ME ADHIERO ALA PÓLIZA DE VIDA GRUPO SOLICANASTA TOMADO POR LA FUNERARIA.

FIRMA Y CEDULA DEL CONTRATANTE

FUNERARIA / CLIENTE

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL  
C.C.



- SOLICANASTA - ACCIDENTES PERSONALES -

SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O PÓLIZA  
ACCIDENTES PERSONALES

VIGENCIA

EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL

TERMINA A LAS 23:59 HORAS DEL

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
--	-----------------	------------------	---------------	----------------

PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL

VALOR ASEGURADO	PAGO INMEDIATO	BONOS CANASTA
\$	\$	\$
PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES:	V. A. ACCIDENTES PERSONALES	V. A. AUXILIO EDUCATIVO
\$	\$	\$

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

TIPO DOC	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DÉSIG

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA). DECLARO QUE LO ANOTADO EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS ES VERIDICO, POR LO TANTO LA FALSEDA, OMISION, ERROR O LA RETICENCIA EN ELLAS, TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO (ARTICULO 1008 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO)

FIRMA Y CEDULA DEL AFILIADO  
C.C.

FUNERARIA / CLIENTE

...SERFUNORTE... que se incurra por el... la calidad de afiliado y sus... en el presente contrato. Dicho... prestados por las Funerarias adscritas a la Red

#### CLÁUSULA SEGUNDA DEFINICIONES BÁSICAS

2.1. SERVICIOS FUNERARIOS COOPERATIVOS DE NORTE DE SANTANDER "SERFUNORTE LOS OLIVOS" (Funeraria adscrita a la Red Nacional Los Olivos) es quien se encarga de prestar los servicios funerarios al contratante afiliado y/o su grupo familiar de acuerdo a los servicios y condiciones definidas en este contrato. Sede de Homajes: sede de la funeraria 2.2. Afiliado Principal o Contratante: Es la persona que obrando por cuenta propia adquiere el plan de previsión exequial acogéndose a las condiciones y servicios definidos en este contrato 2.3. Grupo Familiar protegido / Beneficiarios: Personas que tienen relación de afinidad o consanguinidad con el afiliado principal relacionadas por el para conformar el grupo familiar protegido, y que tienen derecho a los servicios descritos en el presente contrato y de acuerdo con el mismo 2.4. Adicionales: son familiares del Afiliado principal que, aunque no están relacionados en el grupo familiar protegido adquieren la calidad de beneficiario, obligándose el Afiliado principal al pago de una suma adicional, todo conforme a lo estipulado en este contrato 2.5. Empresa: es la persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, representa a los afiliados del Plan de Protección Familiar en grupo ante Serfunorte - Los Olivos 2.6. Período de Carenncia: En concordancia con lo estipulado en la cláusula octava del presente contrato, es el tiempo transcurrido desde la fecha de inicio de vigencia del contrato hasta cuando inicia la protección, durante el cual no se tiene cobertura 2.7. Homenaje al amor: velación 2.8. Sala de homenajes: sala de velación 2.9. Ser querido: cuerpo, fallecido

PARÁGRAFO 1 Serfunorte - Los Olivos no tendrá la obligación de la prestación de los servicios equi contratados a personas distintas de aquellas que tengan la calidad de afiliado contratante, beneficiario o adicional. Por tanto cualquier cambio en el estado civil que haga ineffectiva la designación de beneficiario o adicional, exonera a Serfunorte - Los Olivos de la prestación del servicio

PARÁGRAFO 2 Cuando proceda en una renovación un cambio o reemplazo, el afiliado principal contratante deberá notificar dicha modificación. El nuevo beneficiario queda sometido a los tiempos de carencia y exclusiones establecidos en la cláusula Octava y Novena de este contrato.

CLÁUSULA TERCERA COBERTURAS En desarrollo del objeto contractual, los servicios funerarios y conexos que cubre Serfunorte - Los Olivos, serán:

3.1 EN LA AFILIACIÓN Atención y consulta permanente. Cubrimiento del servicio Dentro del territorio nacional 3.2 EN EL DECESO Atención y orientación todo el día las 24 horas del día. Traslado inicial del cuerpo del ser querido desde el lugar de defunción hasta el laboratorio de la Funeraria de la Red Nacional Los Olivos y traslado al sitio del Homenaje al Amor en una distancia de hasta 80 km. dentro del perímetro urbano del lugar donde se encuentre la sede de Los Olivos por vía terrestre transitable para vehículos funerarios. Pago de impuestos de inhumación, diligencias legales de intermediación y trámite ante la secretaría de salud, registro notarial de defunción. El certificado médico de defunción lo deben aportar los familiares (dentro de las 48 horas siguientes al fallecimiento). Atrio del cuerpo y preservación en los laboratorios de la Funeraria regionales, departamentales y municipales de salud pública que njan para tal actividad. Suministro de cofre o ataúd en cualquiera de las referencias designadas para el plan. En el Plan Integral se otorga traslado nacional del cuerpo del fallecido por vía terrestre transitable para vehículos funerarios limitado a un perímetro de hasta 300 km. o traslado nacional por vía aérea en vuelo comercial y un solo trayecto 3.3 DURANTE EL HOMENAJE AL AMOR Salas de homenaje hasta por 24 horas, excepto en la ciudad de Medellín donde el servicio es hasta por doce (12) horas, una ofrenda floral libro de oraciones, registro de asistencia servicio de cafetería (Tinto, aromáticas y agua); servicio de teléfono y fax local, envío y recibo de mensajes vía Internet (en donde exista este servicio). Cuando el Homenaje al amor sea realizado en casa, un kit de cafetería. Una cena de hasta seis (6) platos 3.4 EN EL CORTEJO Cinta embreadada con el nombre del ser querido, honras fúnebres o ceremonia de exequias transporte público urbano para acompañantes, hasta veinticinco (25) personas, y aplica para sedes Olivos que tengan más de 300.000 habitantes, traslado en carroza al lugar de las honras fúnebres y al sitio del destino final por vía transitable para vehículo funerario, siempre y cuando se encuentre dentro del mismo perímetro urbano del lugar de velación 3.5 EN EL DESTINO FINAL (SOLAMENTE APLICAN PRODUCTOS INTEGRALES) 3.5.1 Las opciones para el destino final, excluyentes entre sí, son las que a continuación se enuncian, las cuales solo aplican en el Parque Cementerio Jardines Los Olivos, vía a Los Pácos, Norte de Santander Opción 1 SERVICIO DE CEMENTERIO TEMPORAL uso temporal de lote por cuatro años, inhumación y lápida tradicional Opción 2 CREMACIÓN incluye la urna para las cenizas y osario en tierra a propiedad o a sueldo por otro tipo de osario o para columbario hasta 0.5 SMMLV Opción 3 DERECHO DE INHUMACIÓN Si se utilizó lote o bodega de propiedad del afiliado contratante o de un tercero, tendrá derecho por una sola vez a un auxilio hasta la suma de 2.3 SMMLV a la Empresa correspondiente. Esta opción aplica aun si la inhumación se realiza en otro parque Cementerio 3.5.2 OPCIÓN ADICIONAL Al vencer el término previsto para el uso del cementerio el contratante tendrá el siguiente beneficio con la condición y en el plazo previsto a: EXHUMACIÓN b. OSARIO en tierra a propiedad ó un auxilio por valor de 0.5 SMMLV para ser usado en la cremación, osario o columbario a propiedad en el mismo Parque. Condición: haber permanecido el contratante vinculado ininterrumpidamente y no encontrarse en mora al momento de la solicitud. Plazo para tener ese beneficio: dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento del término previsto para el uso del cementerio. Serfunorte Los Olivos se reserva el derecho de asignación de la ubicación de uso y/o propiedad previa constatación de su disponibilidad.

PARÁGRAFO PRIMERO: Vencido el término previsto en el servicio de cementerio temporal, que se cuenta a partir de la fecha de inhumación se extingue automáticamente el derecho a la utilización consagrado, debiéndose retirar los restos por el (los) interesados y a su costo. En caso de no hacerlo, autoriza desde ya expresamente a Serfunorte Los Olivos para que proceda a depositarlos en fosa común, por cuenta y riesgo del titular o afiliado o sus causahabientes, quedando el respectivo predio de propiedad plena de la empresa y extinguiéndose el derecho del contratante a la utilización atrás prevista.

PARÁGRAFO SEGUNDO Al utilizar el servicio exequial en otra ciudad diferente a Cúcuta la prestación se hará en las sedes de la Red Nacional Los Olivos Y Para el destino final se cubrirá el uso temporal de lote o bodega o cremación en cementerios

...privados, de acuerdo a los convenios que tenga Serfunorte con la Red Nacional Los Olivos, hasta por la suma equivalente a 2.3 SMMLV. Además se reconocerá auxilio para osario hasta por la suma equivalente a 0.5 SMMLV en parques cementerios distritales, municipales ó privados de acuerdo a los convenios que tenga Serfunorte Los Olivos con la Red Nacional de Los Olivos. El beneficio del auxilio para osario será entregado una vez se cumpla el tiempo reglamentario de inhumación y siempre que el afiliado contratante haya permanecido vinculado ininterrumpidamente en el plan hasta la fecha que le corresponda la exhumación y no se encuentre en mora en el pago de las cuotas.

PARÁGRAFO Si por razones de fuerza mayor, o en caso fortuito SERFUNORTE LOS OLIVOS no pudiere prestar el servicio contratado en sus instalaciones, cumplirá suministrándolo a través de otra compañía autorizada por la empresa.

3.6 SERVICIOS POST - EXEQUIALES Entrega de quince (15) tarjetas de agradecimiento para los familiares y amigos. Una Misa colectiva de mes, misa colectiva de aniversario y asistencia a familiares en el proceso de elaboración de duelo (En donde exista este servicio). 3.7 En caso de requerir servicios adicionales diferentes a los establecidos en el presente contrato, el afiliado contratante o beneficiario o quienes soliciten el servicio funerario, deberán sufragar el respectivo excedente al momento de la solicitud del servicio.

CLÁUSULA CUARTA En caso que el contratante opte por la no utilización de estos beneficios o cualquiera de ellos no habrá lugar a reembolsos. Por lo tanto, Serfunorte-Los Olivos, no aceptará cambios o modificaciones a los beneficios establecidos en este contrato.

CLÁUSULA QUINTA: Auxilio por Gastos Funerarios en caso de tener SERFUNORTE LOS OLIVOS imposibilidad de prestar los servicios cuando sean solicitados:

TIPO DE PLAN	INTEGRAL	TRADICIONAL
VR RECONOCER	2.72 SMMLV	1.75 SMMLV

Para afiliados menores de 7 (siete) años se reconoce hasta el 50% de la suma pactada

Condición para el reconocimiento solo se reconoce este valor cuando Serfunorte-Los Olivos tenga imposibilidad de prestar el servicio, según lo estipulado en este contrato, previa comprobación de la ocurrencia del evento, para lo cual se precisa la presentación escrita de la petición adjuntando los documentos descritos en la cláusula Sexta del presente contrato. El pago de este auxilio se hará a quien demuestre haber sufragado los gastos correspondientes.

CLÁUSULA SEXTA: DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FUNERARIO 1. Para solicitar el servicio a la Red Nacional Los Olivos Fotocopia del documento de identidad del ser querido fallecido.

Documento legal que acredite el parentesco cuando en la afiliación inicial no se haya detallado el Grupo Familiar del Afiliado. Certificado médico de defunción.

2. Para solicitar el Auxilio o Compensación por los gastos funerarios Copia original o fotocopia auténtica del registro civil de defunción. Originales de las facturas de los gastos funerarios debidamente canceladas, las cuales deben cumplir con las exigencias mínimas establecidas por la Ley original o fotocopia del documento legal que acredite el parentesco. Fotocopia del documento de identidad de la persona que sufragó los gastos funerarios.

CLÁUSULA SÉPTIMA EXCLUSIÓN DEL DOBLE BENEFICIO En los casos en que se presente concurrencia de afiliación, es decir, debido a que el fallecido-afiliado o beneficiario (el afiliado, su grupo familiar o adicionales), llegase a tener cobertura con dos o más productos exequiales, solo aplicará uno de los planes y será el que el afiliado o contratante elija, quedando el otro excluido. En este caso, el monto de la cobertura en los servicios exequiales no es acumulable y los auxilios pactados en los otros planes no utilizados no serán reembolsados.

CLÁUSULA OCTAVA PROTECCIÓN Y PERIODOS DE CARENCIA Conforme con la definición contenida en la cláusula segunda del presente contrato, se fija un periodo de carencia así: contado a partir del inicio de la vigencia del contrato

TIPO AFILIADO	CAUSA FALLECIMIENTO	TIPO PLAN	INICIO COBERTURA
Afiliado Ppe. Beneficiario Adicional	Accidente o violencia	Empresarial individual	hora 24 de la fecha de inicio de vigencia
Afiliado Ppe. Beneficiario	Natural o Suicidio	Empresarial	31 días de la fecha de inicio de vigencia
Afiliado Ppe. Beneficiario	Natural o Suicidio	Individual	91 días de la fecha de inicio de vigencia
Afiliado Adicional	Natural o Suicidio	Empresarial individual	121 días de la fecha de inicio de vigencia

CLÁUSULA NOVENA EXCLUSIONES El presente contrato no ampara 1. Los gastos funerarios de las personas fallecidas que no cumplen o no cumplieron con los requisitos de parentesco o las edades establecidas en el producto 2. Los gastos funerarios de las personas fallecidas dentro de los periodos de carencia establecidos en la cláusula octava de este contrato 3. Los gastos ocasionados con motivo de la prolongación del servicio funerario, en forma adicional a lo pactado en este contrato 4. Los gastos funerarios ocasionados con motivo de un evento catastrófico o un suceso ante el cual Serfunorte-Los Olivos quede en condiciones limitadas desde el punto de vista financiero o de infraestructura física y logística para realizar la prestación de los servicios

CLÁUSULA DÉCIMA EXTINCIÓN DE OBLIGACIONES Y DERECHOS CONTRACTUALES Los derechos y obligaciones tienen como plazo para su ejercicio seis meses a partir del fallecimiento de la persona afiliada o beneficiaria, vencido el cual, se extinguen

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO El contratante Afiliado se obliga a pagar a Serfunorte-Los Olivos el valor pactado en la cara principal de este CONTRATO, en forma anticipada según las cuotas pactadas, mensuales, sucesivas e iguales. Si la modalidad de pago fuese libranza y termina el contrato de trabajo, debe pagar las cuotas en las fechas previstas en las oficinas de Serfunorte - Los Olivos. El precio previsto se ajustará en cada renovación

PARÁGRAFO 1 Serfunorte - Los Olivos, sin perjuicio de lo atrás establecido acerca de los periodos de carencia o exclusiones, prestará el servicio siempre que el afiliado se encuentre al día en el pago de las cuotas del plan al momento del fallecimiento de la persona afiliada y/o beneficiaria. Si fallece el afiliado titular se harán efectivas las cuotas pendientes de pago de la respectiva anualidad

PARÁGRAFO 2 El afiliado no tendrá derecho a exigir el cumplimiento de las obligaciones consagradas en este contrato en tanto incurra en mora superior a un mes en el pago de las cuotas. Si incurra superior a un mes de derecho a la empresa para declarar resuelto este contrato por incumplimiento, sin precisar declaración judicial ni requerimiento alguno. El valor pagado es el valor de la previsión que se otorgó

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA MODIFICACIÓN A LA RELACIÓN DE AFILIADOS Solo procede el cambio de beneficiarios y/o reemplazo de cualquier afiliado y/o adicionales al término de cada vigencia anual y se tramita su renovación

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA Si las partes con una anticipación de un mes a la fecha de su vencimiento no manifiestan su intención de dar por terminada la cobertura del plan, se entenderá renovado este contrato automáticamente, por un periodo igual al inicialmente pactado, sin perjuicio de los ajustes en las condiciones particulares del contrato que se acuerde entre las partes al finalizar cada vigencia

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA TERMINACIÓN DEL CONTRATO Además de las causales de ley este contrato se podrá terminar por incumplimiento de las obligaciones contraídas por alguna de las partes PARÁGRAFO Si el Afiliado Principal Contratante termina el contrato de forma unilateral, pagará a Serfunorte-Los Olivos el precio pendiente de pago del valor del total del contrato, sin perjuicio de las demás sanciones o penalidades propias por el incumplimiento del contrato

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA El afiliado o sus causahabientes o beneficiarios se obligan a respetar los reglamentos internos que estén vigentes en sala de homenajes y en el Parque Cementerio, así como también las disposiciones que rijan el uso del protocolo exequial determinado y a respetar las prohibiciones establecidas, los cuales aceptan así como sus modificaciones

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DISPOSICIONES LEGALES El presente contrato se regirá por las cláusulas expresamente aquí señaladas y, en los asuntos no previstos y de carácter general, se aplicará la legislación de la República de Colombia

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA DOMICILIO Sin perjuicio de las disposiciones procesales para efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Cúcuta, Colombia


CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA MÉRITO EJECUTIVO DEL CONTRATO El presente documento prestará el suficiente mérito ejecutivo por contener obligaciones claras, expresas y expuestas a cargo de las partes contratantes. Por ello, desde ya la parte que adquiere la calidad de deudor contractual, renuncia expresamente al requerimiento y constitución en mora

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA SEGURO DE VIDA El Afiliado podrá adherirse a la póliza de Vida Solicantada u otros productos tomados por SERFUNORTE LOS OLIVOS, con Aseguradora Solidaria de Colombia, ngenido en su relación con la Aseguradora además de las normas vigentes, estas condiciones 19.1 El valor asegurado es el señalado y acordado en la carátula principal de este contrato. Este valor será entregado directamente por la compañía aseguradora a las personas que el asegurado haya designado como beneficiarios del seguro 19.2 Extrado de Condiciones del Seguro de Vida con Aseguradora Solidaria de Colombia. Definición ACCIDENTE Para efectos de este contrato se entenderá como accidente el suceso provocado por una acción u omisión violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario 19.3 Con sujeción a los términos y condiciones generales del seguro adicional y sus anexos, el seguro con Aseguradora Solidaria de Colombia incluye los siguientes amparos MUERTE Cubre contra el riesgo de muerte al afiliado contratante. La suma asegurada o el beneficio por muerte será el estipulado en la carátula principal de este contrato INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Aseguradora Solidaria de Colombia asume el riesgo de la incapacidad total y permanente del afiliado contratante que, al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por la ley 100 y sus decretos reglamentarios sea igual o superior al 50% en tal caso, indemnizará al propio afiliado contratante por la suma asegurada estipulada en la cara principal de este contrato 19.4 EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA: No se cubre la muerte o la incapacidad que haya surgido como consecuencia de cualquiera de los siguientes eventos: Homicidio o suicidio del afiliado contratante ocurrido dentro de los ses (6) meses siguientes contados a partir del inicio de vigencia del contrato. Intento de homicidio o de suicidio, ocurrido dentro de los ses (6) meses siguientes al inicio de vigencia del contrato. Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del contrato. El pago de los beneficios contratados por incapacidad total y permanente excluye al afiliado contratante de cualquier cobertura adicional contratada bajo anexo 19.5 EDADES SEGURO DE VIDA: La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años, la edad máxima de ingreso, es de sesenta y cuatro (64) años. La edad máxima de permanencia es de setenta (70) años 19.6 SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL La suma asegurada individual tanto para el pago inmediato como para los bonos de canasta, será la indicada en la cara principal de este contrato.

19.7 INDEMNIZACIONES El pago de la indemnización (suma asegurada individual) por Aseguradora Solidaria de Colombia, en caso de muerte o de incapacidad total y permanente lo hará a los beneficiarios designados o al propio asegurado, de la siguiente manera: a) Un pago único por el ciento por ciento de la suma elegida (pago inmediato) b) Y o mediante pagos representados en el valor de un mercado mensual, de acuerdo con el valor total de los Bonos de canasta indicada en la cara principal del contrato 19.8 PERIODO DE CARENCIA SEGURO DE VIDA Se establece un periodo de carencia de noventa (90) días contados a partir de las doce (12) de la noche del día de inicio de vigencia del contrato, en consecuencia solo se cubrirá durante este periodo la Muerte o la Incapacidad total y permanente que sea consecuencia directa de un accidente

El contratante declara que ha leído, analizado, revisado y comprendido a cabalidad las presentes condiciones y la asesoría brindada aceptándolas en su integridad.

Sede Los Olivos: Av. Gran Colombia No. 4E - 39 B. Popular.  
Cúcuta, Norte de Santander, Colombia  
P.B.X. 575 52 10  
www.losolivos.co

	<b>Empresa:</b>	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP	<b>Fecha Generación:</b>	13/12/2018
	<b>Tipo Documento:</b>	Nit - No. Identificación Tributaria	<b>Número Documento:</b>	814000704
	<b>Nombre Cotizante:</b>	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL		
	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula Ciudadanía	<b>Numero Documento:</b>	12957079

Datos Incapacidad // Licencias							
Número de licencia / Incapacidad	Tipo de Incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
1322589	PRORROGA	Enfermedad General	23/11/2018	29/11/2018	7	77	23/11/2018
1297742	PRORROGA	Enfermedad General	13/11/2018	19/11/2018	7	63	13/11/2018
1321779	PRORROGA	Enfermedad General	02/11/2018	08/11/2018	7	70	23/11/2018
1261955	PRORROGA	Enfermedad General	26/10/2018	01/11/2018	7	56	26/10/2018
1194409	PRORROGA	Enfermedad General	25/09/2018	24/10/2018	30	26	28/09/2018
1147702	PRORROGA	Enfermedad General	12/09/2018	24/09/2018	13	13	12/09/2018
1109235	NUEVA	Enfermedad General	30/08/2018	11/09/2018	13	0	30/08/2018
689702	NUEVA	Enfermedad General	26/03/2018	04/04/2018	10	0	05/04/2018
487902	NUEVA	Enfermedad General	25/01/2018	29/01/2018	5	0	25/01/2018
381674	PRORROGA	Enfermedad General	20/12/2017	24/12/2017	5	76	20/12/2017
334221	PRORROGA	Enfermedad General	10/11/2017	22/11/2017	13	63	05/12/2017
235056	PRORROGA	Enfermedad General	25/10/2017	04/11/2017	11	52	14/11/2017
219371	PRORROGA	Enfermedad General	13/10/2017	24/10/2017	12	40	07/11/2017
144426	PRORROGA	Enfermedad General	21/09/2017	02/10/2017	12	28	07/10/2017
119312	PRORROGA	Enfermedad General	08/09/2017	20/09/2017	13	15	28/09/2017
70988	NUEVA	Enfermedad General	17/08/2017	31/08/2017	15	0	06/09/2017

7.499.990

Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de a competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

www.medimas.com.co

Sandra E. Montenegro N.

Abogada

Especialista en Derecho Contencioso Administrativo

Recibido

San Juan de Pasto, 29 de Septiembre de 2017

Señores:

**PROTECCION PENSIONES Y CESANTIAS**

Ciudad.-

<b>Protección</b> Pensiones y Cesantías <b>Pasto</b>  2017 SET. 2 g  Of. 4740 Correspondencia Recibida
--

**REF: DERECHO DE PETICION EN INTERES PARTICULAR**

**SANDRA ELIZABETH MONTENEGRO NARVAEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 59.311.030 expedida en Pasto, abogada en ejercicio, con tarjeta profesional No. 158.490 del C.S. de la J., en mi calidad de apoderada del señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 12.957.079, me permito presentar esta petición fundamentada en los siguientes:

**HECHOS**

**PRIMERO:** El día 17 de enero de 2017, se me notificó del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez a favor del señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO**, en el cual se estableció un porcentaje de 54,66% de pérdida de capacidad laboral por enfermedad de origen común.

**SEGUNDO:** Una vez se reunieron los documentos requeridos para obtener el reconocimiento de la pensión de invalidez, se procedió a realizar la radicación correspondiente ante **PROTECCION PENSIONES Y CESANTIAS** mediante correo electrónico con los documentos escaneados y luego mediante cita personal donde se diligenció y firmó los formularios exigidos, quedando radicados el día 10 de agosto de 2017.

**TERCERO:** Desde hace más de año y medio, mi poderdante, señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO** no ha recibido pago por incapacidades por parte de la eps ni el fondo de pensiones y a la fecha continúa incapacitado y no ha podido presentarse a trabajar en la empresa, lo que le ha perjudicado enormemente en su manutención y la de su familia.

**CUARTO:** Mi poderdante actualmente, además de empeorar en su enfermedad, se le suma una depresión grave ya que no puede trabajar y no recibe suma

*Sandra E. Montenegro N.*

*Abogada*

*Especialista en Derecho Contencioso Administrativo*

---

alguna por sus incapacidades, además a su esposa quien trabajaba cuidando carros afuera de un centro comercial se le suspendió dicha actividad ya que la vía se encuentra en reparaciones, razón por la cual el núcleo familiar se encuentra en grave estado ya que no cuentan con el mínimo vital para sobrevivir.

**QUINTA:** El día 28 de septiembre me presenté en las oficinas de PROTECCION para averiguar sobre cómo va el trámite de reconocimiento de pensión por invalidez en donde se me informó que dicho proceso va bastante avanzado y que probablemente saldría una respuesta para el mes entrante, sin embargo es urgente la necesidad de mi poderdante de pensionarse para poder sobrevivir junto con su esposa.

### **PETICIÓN**

De acuerdo a lo anterior y bajo el amparo constitucional, solicito:

Se tenga en cuenta la deplorable situación económica de mi poderdante, señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO**, quien no tiene las posibilidades del mínimo vital para poder subsistir, en consecuencia, se dé prevalencia al presente caso y se le reconozca la pensión por invalidez a la cual tiene derecho, lo antes posible debido a las circunstancias descritas en este oficio.

### **FUNDAMENTOS JURIDICOS**

- a) Constitución, artículo 23, sobre derecho de petición.
- b) Ley 1755 de 2015, por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

### **I. ANEXOS**

Acompaño los siguientes documentos en calidad de anexos:

- 1. Copia del radicado de los documentos solicitando el reconocimiento de la pensión por invalidez al señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO**.
- 2. Copia del poder conferido para tramitar dicha solicitud.

Sandra E. Montenegro N.

Abogada

Especialista en Derecho Contencioso Administrativo

---

## II. NOTIFICACIONES

Las notificaciones al respecto las recibiré en la carrera 24 No. 17 – 75 Oficina 201 C, Edificio Concasa, de la ciudad de Pasto.

Atentamente,



**SANDRA E. MONTENEGRO N.**

C.C. 59.311.030 expedida en Pasto.

T.P. No. 158.490 del C. S. de la J.



Documento Cotizante	Nombre Cotizante	Número Autorizador	Valor Liquidado	Fecha Inicio	Fecha Fin	Días Autorizados	Días Acumulados	Días Liquidados	Tipo Incapacidad	Código Diagnostico	Origen Inc/Lm	Estado Liquidación	IBC	IPS Explide
CC 12957079	Segundo Abel Oviedo Perez	12389609	\$319.670,00	Sep 8 de 2017	Sep 20 de 2017	13	15	13	Prorroga	M751	Enfermedad General	Liquidada	819,152	81-006380-Corporacion Ips Nariño - Ips Pasto Manídlaz
Totales						13	15	13						



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2015-08-26

#### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 12957079  
NOMBRES Y APELLIDOS: Oviedo Perez Segundo Abel  
TIPO AFILIADO: COTIZANTE  
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

#### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 814000704  
RAZÓN SOCIAL: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO  
DE PASTO SA ESP

Observaciones:

#### Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporación Ips Nariño **FIRMA AUTORIZADA**  
Usuario que expide:

#### CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Auditoria Medica

No: 801010000155437

#### INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M751  
FECHA INICIAL: 2015-08-25  
FECHA FINAL: 2015-08-31  
DÍAS OTORGADOS: 7  
DÍAS ACUMULADOS: 123  
ORIGEN: Enfermedad General  
TIPO: PRORROGA  
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica  
FECHA EXPEDICIÓN: 2015-08-25



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2015-06-17

#### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 12957079  
NOMBRES Y APELLIDOS: Oviedo Perez Segundo Abel  
TIPO AFILIADO: COTIZANTE  
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

#### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 814000704  
RAZÓN SOCIAL: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO  
DE PASTO SA ESP

Observaciones:

#### Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Saludcoop Clinica Los Andes S.A.

Usuario que expide:

FIRMA AUTORIZADA

#### CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Liquidada

No: 801010000225756

#### INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M751  
FECHA INICIAL: 2015-04-22  
FECHA FINAL: 2015-04-28  
DÍAS OTORGADOS: 7  
DÍAS ACUMULADOS: 0  
ORIGEN: Enfermedad General  
TIPO: NUEVA  
ÁMBITO: Hospitalaria No Quirúrgica  
FECHA EXPEDICIÓN: 2015-04-22

86



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2015-08-21

**CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES**

ESTADO DEL TRÁMITE : Auditoria Medica

No: 801010000235835

**INFORMACIÓN DEL AFILIADO**

No. IDENTIFICACIÓN: 12957079  
NOMBRES Y APELLIDOS: Oviedo Perez Segundo Abel  
TIPO AFILIADO: COTIZANTE  
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

No. IDENTIFICACIÓN: 814000704  
RAZÓN SOCIAL: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO  
DE PASTO SA ESP

Observaciones:

**INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA**

CÓDIGO DX CIE 10: M751  
FECHA INICIAL: 2015-08-21  
FECHA FINAL: 2015-08-24  
DÍAS OTORGADOS: 4  
DÍAS ACUMULADOS: 119  
ORIGEN: Enfermedad General  
TIPO: PRORROGA  
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica  
FECHA EXPEDICIÓN: 2015-08-21


**Notas:**

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Saludcoop Clínica Los Andes

Usuario que expide :

FIRMA AUTORIZADA

	<b>Empresa:</b>	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP	<b>Fecha Generación:</b>	20/11/2017
	<b>Tipo Documento:</b>	Nit - No. Identificación Tributaria	<b>Número Documento:</b>	814000704
	<b>Nombre Cotizante:</b>	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL		
	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula Ciudadanía	<b>Numero Documento:</b>	12957079

Datos Incapacidad / Licencias							
Número de licencia / Incapacidad	Tipo de incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
235056	PRORROGA	Enfermedad General	25/10/2017	04/11/2017	11	52	14/11/2017
219371	PRORROGA	Enfermedad General	13/10/2017	24/10/2017	12	40	07/11/2017
144426	PRORROGA	Enfermedad General	21/09/2017	02/10/2017	12	28	07/10/2017
119312	PRORROGA	Enfermedad General	08/09/2017	20/09/2017	13	15	28/09/2017
70988	NUEVA	Enfermedad General	17/08/2017	31/08/2017	15	0	06/09/2017

Total Registros Encontrados: 5

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de a competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

www.medimas.com.co

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD**  
**MI IPS NARIÑO - IPS PASTO NORTE**

N°801010000000232

Fecha 8/17/2017 7:31:17 PM

Paciente:	CC 12957079 SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ			Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Convenio:	MEDIMAS POS CAPITADO			Teléfono:	3178524618
Nivel Salarial:	1	Tipo Plan:	Contributivo		
IPS Primaria:	-			Edad	0
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica	N° Inc. Anterior:	0 NUEVA	Gestacional:	
Fecha Inicial Inc.	17/08/2017	Fecha Final Inc.	31/08/2017	Días	15
				Incapacidad:	

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad Origen Común		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	M751	

Profesional  
Registro Profesional  
Especialidad Profesional

Karina Johana Cabrera Barragan  
27091242  
MEDICINA GENERAL

Impreso por: SALUDCOOP\MEDCORP02\$ 8/17/2017 7:31:19 PM



NIT: 901097473

FECHA DE IMPRESIÓN : 2017-09-07

## CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Auditoría Médica

No: 70988

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 12957079  
NOMBRES Y APELLIDOS: OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL  
TIPO AFILIADO: COTIZANTE  
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 814000704  
RAZÓN SOCIAL: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO  
DE PASTO SA ESP

Observaciones:

#### Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporación Ips Nariño  
Usuario que expide : Sonia Milena Lozada Guerrero

### INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M751  
FECHA INICIAL: 2017-08-17  
FECHA FINAL: 2017-08-31  
DÍAS OTORGADOS: 15  
DÍAS ACUMULADOS: 0  
ORIGEN: Enfermedad General  
TIPO: NUEVA  
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica  
FECHA EXPEDICIÓN: 2017-09-06





**Tecniamsa**  
Tecnologías Ambientales de Colombia S.A. E.S.P.



**TECNOLOGÍAS AMBIENTALES DE COLOMBIA S.A. E.S.P. CON NIT 805.001.538-5  
Y TECNOLOGIAS AMBIENTALES DE COLOMBIA DE BOGOTA S.A E.S.P  
CON NIT 900.229.776-6**

**Certifican que:**

La empresa: **CENTRO CARDIOPULMONAR PASTO S.A.S.** - , Identificada con el NIT: **900851200** , Por intermedio de la empresa **EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A E.S.P** , Identificada con Nit **814000704-1** , entregó para tratamiento térmico por incineración, el material que fue recibido de acuerdo a las siguientes especificaciones:

Fecha	<b>AGOSTO DE 2017</b>							
Contrato	<b>5013260</b>							
Tipo de Residuo	Biosanitario	Anatomo patológico	Cortopunzante	Fármaco	Animal	Citotóxico	Reactivo	Total
Cantidad	1KG	0KG	0KG	0KG	0KG	0KG	0KG	KG

El proceso total fue realizado en condiciones normales de operación y seguridad. El material que se certifica, fue tratado térmicamente por Incineración de acuerdo con las licencias ambientales y/o permisos ambientales, aprobadas mediante Resoluciones:

1. Resolución No 945 del 4 de Noviembre de 2010, modificada mediante la Resolución 000760 del 5 de Diciembre de 2013, expedida por la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ATLÁNTICO – CRA a Tecnologías Ambientales de Colombia S.A E.S.P.
2. Resolución No 292 del 31 de Agosto 2009, modificada mediante la Resolución 324 del 27 de Septiembre de 2013, expedida por la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE CALDAS – CORPOCALDAS a Tecnologías Ambientales de Colombia S.A E.S.P.
3. Resolución No 02469 del 19 de Octubre de 2009, modificada mediante la Resolución 455 del 26 de Marzo de 2013, expedida por la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE CUNDINAMARCA – CAR a Tecnologías Ambientales de Colombia de Bogotá S.A E.S.P

Las cenizas que resultan del proceso de incineración, son dispuestas de acuerdo a lo establecido en el Artículo 7 de la Resolución 0886 de 2004, expedida por el MAVDT. La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los días del mes de de 2017.

Cualquier información adicional relacionada con este certificado, se encuentra disponible para consulta en las instalaciones de TECNOLOGIAS AMBIENTALES DE COLOMBIA S.A. ESP - TECNIAmsa.

OSCAR F. ÁLVAREZ R.  
DIRECTOR NACIONAL DE OPERACIONES

CERTIFICACIÓN N° RMZ-17-27674





**Empresa:** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP

**Fecha Generación:** 20/11/2017

**Tipo Documento:** Nit - No. Identificación Tributaria

**Número Documento:** 814000704

**Nombre Cotizante:** OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

**Tipo Documento:** Cédula Ciudadanía

**Numero Documento:** 12957079

### Datos Incapacidad / Licencias

Número de licencia / Incapacidad	Tipo de incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
5169252	PRORROGA	Enfermedad General	11/01/2017	09/02/2017	30	571	21/03/2017
5169247	PRORROGA	Enfermedad General	09/12/2016	07/01/2017	30	541	21/03/2017
5169053	PRORROGA	Enfermedad General	26/10/2016	24/11/2016	30	511	21/03/2017
5169048	PRORROGA	Enfermedad General	26/09/2016	25/10/2016	30	481	21/03/2017
5168925	PRORROGA	Enfermedad General	25/08/2016	23/09/2016	30	451	21/03/2017
5168920	PRORROGA	Enfermedad General	26/07/2016	24/08/2016	30	421	21/03/2017
5168918	PRORROGA	Enfermedad General	19/07/2016	25/07/2016	7	414	21/03/2017
5168914	PRORROGA	Enfermedad General	12/07/2016	18/07/2016	7	407	21/03/2017
5168909	PRORROGA	Enfermedad General	05/07/2016	11/07/2016	7	400	21/03/2017
5168902	PRORROGA	Enfermedad General	14/06/2016	20/06/2016	7	393	21/03/2017
5168897	PRORROGA	Enfermedad General	07/06/2016	13/06/2016	7	386	21/03/2017
5168894	PRORROGA	Enfermedad General	31/05/2016	06/06/2016	7	379	21/03/2017
5168889	PRORROGA	Enfermedad General	23/05/2016	29/05/2016	7	372	21/03/2017
3899169	PRORROGA	Enfermedad General	10/05/2016	16/05/2016	7	365	13/06/2016
3899167	PRORROGA	Enfermedad General	02/05/2016	08/05/2016	7	358	13/06/2016
3899166	PRORROGA	Enfermedad General	25/04/2016	01/05/2016	7	351	13/06/2016

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta 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.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

www.cafesalud.com.co



**Empresa:** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP

**Fecha Generación:** 20/11/2017

**Tipo Documento:** Nit - No. Identificación Tributaria

**Número Documento:** 814000704

**Nombre Cotizante:** OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

**Tipo Documento:** Cédula Ciudadanía

**Numero Documento:** 12957079

### Datos Incapacidad / Licencias

Número de licencia / incapacidad	Tipo de incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
3899164	PRORROGA	Enfermedad General	18/04/2016	24/04/2016	7	344	13/06/2016
3899163	PRORROGA	Enfermedad General	29/03/2016	04/04/2016	7	337	13/06/2016
3899161	PRORROGA	Enfermedad General	22/03/2016	28/03/2016	7	330	13/06/2016
3899160	PRORROGA	Enfermedad General	14/03/2016	20/03/2016	7	323	13/06/2016
3899158	PRORROGA	Enfermedad General	07/03/2016	13/03/2016	7	76	13/06/2016
3899156	PRORROGA	Enfermedad General	29/02/2016	06/03/2016	7	69	13/06/2016
3899155	PRORROGA	Enfermedad General	17/02/2016	23/02/2016	7	62	13/06/2016
3899153	PRORROGA	Enfermedad General	10/02/2016	16/02/2016	7	55	13/06/2016
3899151	PRORROGA	Enfermedad General	03/02/2016	09/02/2016	7	48	13/06/2016
3899150	PRORROGA	Enfermedad General	27/01/2016	02/02/2016	7	41	13/06/2016
3899148	PRORROGA	Enfermedad General	20/01/2016	26/01/2016	7	34	13/06/2016
3899147	PRORROGA	Enfermedad General	08/01/2016	14/01/2016	7	27	13/06/2016
3898227	PRORROGA	Enfermedad General	29/12/2015	04/01/2016	7	20	13/06/2016
3898224	PRORROGA	Enfermedad General	22/12/2015	28/12/2015	7	13	13/06/2016
3898220	PRORROGA	Enfermedad General	15/12/2015	21/12/2015	7	6	13/06/2016
4701877	PRORROGA	Enfermedad General	09/12/2015	14/12/2015	6	27	18/11/2016
3898197	NUEVA	Enfermedad General	02/12/2015	07/12/2015	6	0	13/06/2016

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de a competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

www.cafesalud.com.co



<b>Empresa:</b>	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP	<b>Fecha Generación:</b>	20/11/2017
<b>Tipo Documento:</b>	Nit - No. Identificación Tributaria	<b>Número Documento:</b>	814000704
<b>Nombre Cotizante:</b>	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL		
<b>Tipo Documento:</b>	Cédula Ciudadanía	<b>Numero Documento:</b>	12957079

Total Registros Encontrados: 33

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de a competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

[www.cafesalud.com.co](http://www.cafesalud.com.co)



Bogotá D.C., 17 de Julio de 2016

Señores:

COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.

Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4

Tel: 071 - 324 11 11 y 2502

BOGOTÁ D.C. (BOGOTÁ)

**ASUNTO: FIRMEZA DE DICTAMEN - CALIFICACIÓN DE ORIGEN**

**CASO: SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ - CC 12957079**

**DICTAMEN: 3397163**


Respetados señores,

Revisadas nuestras bases de datos y sistemas de información, se evidenció que esta EPS calificó en primera oportunidad como de origen laboral el diagnóstico M751 SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL padecido por el señor(a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, dictamen que fue debidamente notificado a su entidad.


Por lo anterior y teniendo en cuenta que esa entidad no presentó controversia en los términos del artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012 (1), se concluye que el referido dictamen cobró firmeza y por tanto es definitivo.

Finalmente, es importante señalar que las prestaciones que pueda requerir el usuario derivadas de los diagnósticos definidos como de origen laboral, están a cargo de esa entidad, según lo establecido en el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 1562 de 2012.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD



  
Red No 2015-806-000841-2  
Fecha 26/07/2016 03:59:06 p.m. Us Red EVELING PAREDES  
Destino DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitente (EMP) CAFESALUD  
Fecha actual: 26/07/2016 03:58:13 p.m.  
Empresa: EMAS PASTO S.A. E.S.P.

Folios: 1

CC: AFILIADO SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ Dir: CALLE 6A # 13-28 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3158340509 - PASTO (NARIÑO)

CC: AFP PROTECCION S.A. Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO

(1) Artículo 142. Calificación del estado de invalidez. (...) En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes" (...)

*Handwritten notes:*  
Am E m m  
307 39277  
317 8524618



Bogotá D.C., 14 de Junio de 2017

Señores:

**JUNTA REGIONAL NARIÑO**

**Calle 19 A No. 31C-28 primer Piso Barrio Las Cuadras**

**Tel: 7312758**

**PASTO (NARIÑO)**

Asunto: Desacuerdo contra dictamen

<b>Remite:</b> MEDICINA LABORAL CAFESALUD EPS		<small>RURAL EXPRESS S.A.S. Lic. 000741 Nariño - EPS TV 700343-22 La Estación Bogotá D.C. Pbx 12711740020</small>	
BOGOTÁ - CUNDINAMARCA CP: 110.221		Nº Guía: 8882232	
<b>Destinatario:</b> EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO CR 24 23 51		16/06/2017 6:34:27 am 37	
NARIÑO			
CONTROVERSIA JUNTAS2	CIS: 23000 Ref. EMPLEA 12957079	IDENTIFICACION 12957079	CP: 520004 Radicado: 37

Referencia: **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CC 12957079**

Respetados señores:

De la manera más cordial estamos remitiendo expediente del usuario **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** identificado con CC No. 12957079, toda vez que la **ARL AXA COLPATRIA** mediante comunicado del 25/05/2017, manifiesta su inconformidad frente al dictamen emitido por **EPS CAFESALUD** el 18/05/2016, en el cual se define como de origen **LABORAL** para el diagnóstico **SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL**.

Por lo anterior, de manera atenta solicitamos respetuosamente se realice el trámite correspondiente por Junta Regional de Calificación de Invalidez con el fin de dirimir la controversia planteada por **AXA COLPATRIA** según la normatividad vigente. De acuerdo con lo estipulado en el artículo 17 de la ley 1562 de 2012.

Para finalizar, informamos que el pago de los honorarios de la Junta Regional de Calificación de Invalidez estará a cargo de **AXA COLPATRIA**, de conformidad con el artículo 20 del Decreto 1352 de 2013, por lo cual nos permitimos poner en conocimiento de dicha entidad.

Cordialmente,

Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Folios: 1

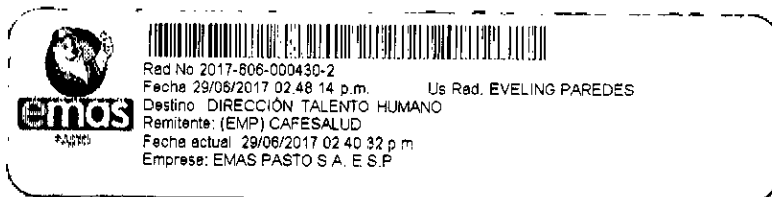
Elaboró: **MARIA LILIANA QUIROGA**

**CC: ARL AXA COLPATRIA** Dir: CL 22 NORTE # 5bn 94 Tel: 3155904847 CALI-VALLE

**CC: AFP PROTECCION S.A.** Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

**CC: EMPRESA EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP CARRERA 24 # 23 - 51** Tel: 7216169 PASTO(NARIÑO)

**CC: Afiliado SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO** Tel: 3158340509 PASTO (NARIÑO)





Bogotá D.C., 11 de Mayo de 2017

Señor(a):

**AXA COLPATRIA**

Avenida 15 N° 104 - 33

Teléfono: (57-1) 653 8400

BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ



Rad No 2017-606-000312-2  
Fecha 18/05/2017 03:18:29 p.m. Us Rad EVELING PAREDES  
Destino: DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitante: (EMP) AXA COLPATRIA  
Fecha actual 18/05/2017 03:12:50 p.m.  
Empresa: EMAS PASTO S.A. E.S.P.

Asunto: **Aclaración al dictamen Nro 3397163**

Respetado Señor(a):

Con nuestro cordial saludo le informamos que revisamos el caso del señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, CC 12957079**, quien presentó una enfermedad cuyo origen fue calificado en primera oportunidad por esta EPS. La presente se envía, dado que en su momento se notificó a Colmena ARL, entidad a la que reportaron se encontraba el afiliado el usuario. Por favor tomar esta comunicación como notificación de calificación en primera oportunidad.

Por lo anterior, para todos los efectos se tendrá como parte integral del dictamen este documento que subsana el error cometido.

Cordialmente,

Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Anexo: Dictamen

Folios:



CC: Afiliado SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ Dir: CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3158340509 - PASTO-NARIÑO

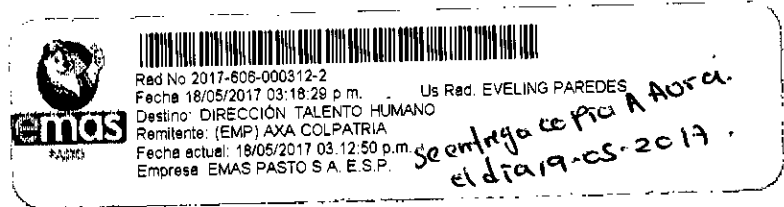
CC: AFP PROTECCION S.A. Dir: CRA 7, No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir: CARRERA 24 #23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO



Bogotá D.C, 11 de Mayo de 2017

Señor(a):  
**AXA COLPATRIA**  
Avenida 15 N° 104 - 33  
Teléfono: (57-1) 653 8400  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ



Asunto: **Aclaración al dictamen Nro 3397163**

Respetado Señor(a):

Con nuestro cordial saludo le informamos que revisamos el caso del señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, CC 12957079**, quien presentó una enfermedad cuyo origen fué calificado en primera oportunidad por esta EPS. La presente se envía, dado que en su momento se notifico a Colmena ARL, entidad a la que reportaron se encontraba el afiliado el usuario. Por favor tomar esta comunicación como notificación de calificación en primera oportunidad.

Por lo anterior, para todos los efectos se tendrá como parte integral del dictamen este documento que subsana el error cometido.

Cordialmente,

Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Anexo : Dictamen

Folios:

CC: **Afiliado** SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ Dir: CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3158340509 - PASTO-NARIÑO

CC: **AFP** PROTECCION S.A. Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

CC: **EMPLEADOR** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 1 de 3

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN			
Dictamen No: 3397163	Fecha de solicitud: 18/06/2015	Fecha dictamen: 18/05/2016	
Ciudad: PASTO / NARIÑO	Regional: Nariño		
2. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO			
Apellidos: OVIEDO PEREZ	Nombres: SEGUNDO ABEL		
Documento Identidad: CC	No: 12957079	Edad: 66 AÑOS	Fecha nacimiento: 06/02/1951
Género: MASCULINO	Estado civil: CASADO(A)	Escolaridad: PRIMARIA	
EPS: EPS CAFESALUD	ARL: AXA COLPATRIA	AFP: PROTECCION S.A.	
3. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO			
Empresa: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP	Nit: 814000704		
Cargo: OPERARIO DE RECOLECCIÓN Y BARRIDO			
Actividad económica: organizaciones gubernamentales de todo tipo			
Antigüedad en la empresa: 96 MESES		Antigüedad en el cargo: 96 MESES	
4. FUNDAMENTOS DE HECHO			
4.1 ANTECEDENTES DEL AFILIADO			
EMPRESA	CARGO	FACTOR DE RIESGO	TIEMPO EXPOSICIÓN
aseo urbano	recicador	ergonómico, psicosocial , condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	12 MESES
precooperativa de recicladores	nueva generacion	ergonómico, psicosocial , condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	84 MESES
coempreder-cooperativa	operario de recoleccion	ergonómico, psicosocial , condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	129 MESES
EMAS	operario de recoleccion	ergonómico, psicosocial , condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	101 MESES
4.2. RELACION DE DOCUMENTOS			
Documento	Se tuvo en cuenta		
Análisis de puesto de trabajo	X		
Autorización para la entrega de la historia clínica	X		
Certificado de cargos y funciones	X		
Copia última planilla de pago PILA	X		
Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso	X		
FUREL	X		
Historia Clínica	X		
Matriz de riesgo o panorama de factores de riesgo	X		
Paradínicos	X		
DOCUMENTOS ADICIONALES			
NO APLICA			
4.3. HISTORIA CLÍNICA			
Fecha	Nombre examen o Interconsulta		
07/04/2015	RMN de hombros		
Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo			
4.4. ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO, CARGOS Y FUNCIONES			
SI	NO	FECHA	
5. FUNDAMENTOS DE DERECHO			
LEY 1562 DE 2012: Artículo 4º. Enfermedad laboral. Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.			



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

*(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)*

Pág 2 de 3

**RESOLUCION 2569 DE 1999:**

**"...ARTICULO 7o. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA CALIFICAR EL ORIGEN PROFESIONAL.**

La calificación del origen profesional de las enfermedades debe sustentarse en la historia clínica que soporte clínica y paraclínicamente el diagnóstico médico y en los antecedentes laborales, que permitan conocer la exposición a los factores de riesgo en las diversas ocupaciones u oficios, en los cuales se ha desempeñado el trabajador, como lo establece el Decreto 1832 de 1994.

Para los casos definidos en el artículo 3o. del Decreto 1832 de 1994, adicionalmente, se debe documentar la relación de estudios, nacionales o internacionales, en los cuales los resultados identifiquen la relación entre el factor de riesgo y la enfermedad diagnosticada. Esta documentación incluye trabajos científicos de reconocida idoneidad publicados en revistas nacionales o internacionales especializadas en Salud Ocupacional, Medicina del Trabajo, Higiene Industrial, Epidemiología o Salud Pública.

**PARAGRAFO 1.** Cuando se han establecido factores de riesgo propios o inherentes a una tarea, oficio u ocupación, no requiere ser documentada la exposición a estos factores de riesgo.

**PARAGRAFO 2.** No se admitirán decisiones de tipo técnico o administrativo que puedan dificultar, dilatar, impedir u ocultar información requerida en el proceso de estudio para la calificación del origen de los eventos de salud...

**ARTICULO 8o. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA CALIFICAR EL ORIGEN COMUN.**

**PARAGRAFO 2.** La no existencia del examen médico pre ocupacional y de las mediciones ambientales o evaluaciones biológicas, como sistemas de vigilancia epidemiológica por factores de riesgo, durante el periodo de vinculación laboral, no podrá ser argumento para impedir la calificación del origen de los eventos de salud, y por lo tanto, en todo caso, la inexistencia de estos elementos probatorios, imposibilitará calificar como de origen común, los eventos de salud.

**ARTICULO 9o. EVENTOS SIMULTANEOS.**

La existencia simultánea de una enfermedad de origen profesional con otra de origen común, no negará la existencia de cada uno de los eventos.

La existencia de alteraciones funcionales, bioquímicas o morfológicas que puedan ser causadas simultáneamente por factores de riesgo de origen ocupacional y no ocupacional, no será causal para negar el origen profesional del evento de salud..."

**6. CONCLUSIONES**

Paciente de 65 años, sexo masculino, identificado con cédula número 12957079 quien labora alrededor de 96 meses ejerciendo actividades manuales en el área operativa de la empresa metropolitana de aseo refiriendo Dolor en hombros de más o menos 24 meses de evolución que se exagera con los movimientos, limitando paulatinamente el desarrollo de sus actividades diarias. Con base en el estudio de la historia Clínica, exámenes paraclínicos, interconsultas de Especialistas y el Análisis del puesto de trabajo, se concluye que el Origen de su enfermedad es de carácter laboral sustentado en lo siguiente:

Paciente quien se encuentra expuesto a factores de riesgo ergonómicos de larga data realizando actividades que implica el uso continuo de miembros superiores en su labor como operador de recolección y de barrido sin examen de Ingreso que descarte la presencia de patología osteomuscular previa al inicio de su labor y con evidencia de exámenes Periódicos descritos durante su transcurso laboral con restricciones.

Las valoraciones por Médicos Especialistas confirman la patología en hombros apoyados por el resultado de la resonancia magnética que muestra: Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo

Según lo anteriormente referido y con base en los criterios descritos en la GATISO para Hombro doloroso se agrupa este tipo de síntomas con el diagnóstico de síndrome de manguito rotador; enfermedad secundaria a la exposición de posturas mantenidas, prolongadas y forzadas realizadas durante un determinado tiempo y con un factor de riesgo ergonómico continuo propio de su trabajo; que en el caso particular, se encuentran presentes, los cambios evidenciados en la Resonancia de Hombro hace referencia a un proceso inflamatorio relacionado con su actividad laboral

Finalmente según el Análisis del puesto de trabajo TIPO, se evidencia que en la mayoría de las actividades realizadas durante su jornada laboral como lo son: operario de recolección subactividad: recoger bolsas con desechos orgánicos: hombros con movimiento de flexión entre 0° y 100°, recoger canecas con desechos orgánicos: Desplazar caneca hasta el camión: En postura bípeda, Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 90°. Vaciar caneca: En postura bípeda hombros con movimiento de flexión entre 0° y 90°. Desplazar caneca hasta punto de acopio: En postura bípeda hombro derecho con movimiento de flexión entre 0° y 90°. Recoger contenedores con desechos orgánicos Levantar compuerta de contenedor. En postura bípeda hombro derecho con movimiento de abducción entre 0° y 120°, flexión entre 0 y 130, Hombro izquierdo con flexión entre 0 y 90°.



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

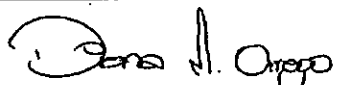
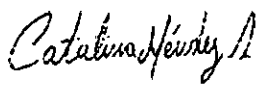
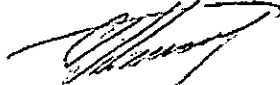
(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 3 de 3

operario de barrido subactividad: barrer recoger. Recoger En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0° a 70°, papelear En postura bípeda. Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 70°, seleccionar vidrio En postura bípeda Hombro derecho en flexión de 0° a 90°, Hombro izquierdo en flexión de 0 a 90°, los movimientos realizados a nivel de hombros para flexión y abducción se encuentran por encima de los ángulos de confort, labor rutinaria, repetitiva, haciendo de esta actividad un factor de riesgo alto para desarrollar lesión por trauma acumulativo a nivel de hombros.

Por lo anteriormente mencionado y con base a las consideraciones legales anotadas a continuación, se concluye que el Origen de la Enfermedad es de tipo laboral.

Este estudio de origen de enfermedad es producto de la información suministrada por el usuario y se realiza bajo el entendido que no existe un primer dictamen, no obstante, si se llega a conocer que hay uno que se encuentre en firme por el mismo diagnóstico o en trámite ante alguna de las entidades competentes y/o en cualquier instancia, es importante indicar que esta segunda calificación no tendría validez y tampoco sería pasible de controversia ante las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez ni de demanda ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral. La anterior aclaración, por cuanto es nuestro interés prestar el servicio requerido sin llegar a incurrir en la conducta irregular de que trata el artículo 32 del Decreto 1352 de 2012.

5.4 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION		
M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL		LABORAL
DECRETO LEY 019 DE 2012. ARTICULO 142º: 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 HÁBILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 142 DEL DECRETO LEY 019 DE 2012. LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN AL RESPECTO SERÁN RESUELTAS POR LAS JUNTAS REGIONALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013.		
ELABORADO POR: XIOMARA ALEJANDRA PEÑEROS TURR		
6. RESPONSABLES DE LA CALIFICACIÓN COMITÉ INTERDISCIPLINARIO DE CALIFICACIÓN		
 DIANA MARCELA ORREGO MUÑOZ LSO 25-2372 / 2013	 CATALINA MENDEZ SILVA Médico Fisiatra RM 3576-2010	 RICARDO ALVAREZ CUBILLOS Medico Laboral. RM 327853 DE



**Cafesalud**

Sañ Juan de Pasto, Febrero 1 de 2017  
PQR-CF-625995

Señor(es)  
**OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**  
CC 12957079  
Dirección: Calle 6 No 13 -29 B/ Niza 1  
Teléfono: 3179524618  
Pasto - Nariño

Referencia: Certificación de Incapacidades  
Rad. Enero 27 de 2017

Cordial Saludo

En atención a su comunicado radicado en nuestras oficinas con el número de radicado en referencia, en el que solicita la certificación de las incapacidades emitidas por el(la) señor(a) OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 12957079 nos permitimos informar, que luego de verificar en nuestro sistema, encontramos que el día 9 de febrero de 2017 el usuario(a) en mención registró un acumulado total de 229 días de incapacidad continua, consecuentes de los diagnósticos **M731**

Para su conocimiento, las empresas promotoras de Salud están obligadas a reconocer hasta 180 días de incapacidad consecutivos por una misma enfermedad; a partir del día 181, este reconocimiento pasa a ser responsabilidad de los Fondos de Pensiones, al igual que la remisión a la Junta de Calificación, donde se determina el grado de pérdida de Capacidad y si hay lugar a reconocimiento de mesada pensonal por invalidez. **DECRETO 2643 DE 2001, art 23.**

Adjunto a este comunicado, encontrará la certificación de incapacidades, con el fin de dar inicio al trámite correspondiente ante la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentre el usuario(a) afiliado(a).

Cabe aclarar que las incapacidades con origen accidente de trabajo o enfermedad laboral deberán ser asumidas por la Administradora de Riesgos Laborales ARL, en donde se encuentre afiliado, de acuerdo con lo establecido en los artículos 2 literal b) y c) y 34 del Decreto 1295 de 1994.

#### **FUNDAMENTO DE DERECHO:**

Decreto 770 de 1.975, art 9: Se entiende por prórroga de la incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta (30) días calendario.

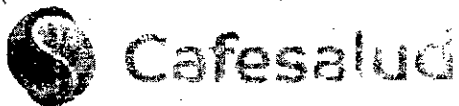
Agradeciendo su atención al presente y en los términos anteriores, damos respuesta a las inquietudes planteadas por usted(es).

Atentamente

  
**LUIS HERNAN ARTURO MUÑOZ**  
Coordinador Regional de Operaciones

Elaboró Alvaro Diego Guerrero G.

Cumpliendo con la Circular Externa 047 de 2007 (Circular Única) 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 ésta 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.



**CERTIFICACION DE INCAPACIDADES CAFESALUD EPS**  
**EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP NIT 814000704**  
**PQR-CF-625995**

Nit Afiliado	Nombres Afiliado	Incapacidad No	Fecha Inicio	Fecha Fin	Origen	Dias	Dias Acum	Diagnóstico	No Liquidación	dias Liquidados	Valor Liquidado	Estado Liquidación	Ingreso Base de Cotización (IBC)
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3898197	02-12-2015	07-12-2015	Enfermedad General	6	0	M751	5783237	4	\$ 85.912	Liquidada	\$ 644.340
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3898220	15-12-2015	21-12-2015	Enfermedad General	7	6	M751	5783268	7	\$ 150.346	Liquidada	\$ 644.340
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3898224	22-12-2015	28-12-2015	Enfermedad General	7	13	M751	5783284	7	\$ 150.346	Liquidada	\$ 644.340
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3898227	29-12-2015	04-01-2016	Enfermedad General	7	20	M751	5783294	7	\$ 150.346	Liquidada	\$ 644.340
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899147	08-01-2016	14-01-2016	Enfermedad General	7	27	M751	5784353	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899148	20-01-2016	26-01-2016	Enfermedad General	7	34	M751	5784354	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899150	27-01-2016	02-02-2016	Enfermedad General	7	41	M751	5784358	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899151	03-02-2016	09-02-2016	Enfermedad General	7	48	M751	5784359	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899153	10-02-2016	16-02-2016	Enfermedad General	7	55	M751	5784361	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899155	17-02-2016	23-02-2016	Enfermedad General	7	62	M751	5784363	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899156	29-02-2016	06-03-2016	Enfermedad General	7	69	M751	5784365	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899158	07-03-2016	13-03-2016	Enfermedad General	7	76	M751	5784369	7	\$ 160.867	Liquidada	\$ 689.430
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899160	14-03-2016	20-03-2016	Enfermedad General	7	83	M751	RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA RECHAZADA POR AUDITORIA MEDICA				
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899161	22-03-2016	28-03-2016	Enfermedad General	7	90	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899163	29-03-2016	04-04-2016	Enfermedad General	7	97	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899164	18-04-2016	24-04-2016	Enfermedad General	7	104	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899166	25-04-2016	01-05-2016	Enfermedad General	7	111	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899167	02-05-2016	08-05-2016	Enfermedad General	7	118	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3899169	10-05-2016	16-05-2016	Enfermedad General	7	125	M751					
						<b>Total Dias Acum</b>		<b>132</b>					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3955161	23-05-2016	29-05-2016	Enfermedad Profesional	7	0	M751	INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34.				
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3955204	31-05-2016	06-06-2016	Enfermedad Profesional	7	7	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3955227	07-06-2016	13-06-2016	Enfermedad Profesional	7	14	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	3955251	14-06-2016	20-06-2016	Enfermedad Profesional	7	21	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	803010000132783	05-07-2016	11-07-2016	Enfermedad Profesional	7	28	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	803010000133845	12-07-2016	18-07-2016	Enfermedad Profesional	7	35	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	803010000134980	19-07-2016	25-07-2016	Enfermedad Profesional	7	42	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	801010000319433	26-07-2016	24-08-2016	Enfermedad Profesional	30	49	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	801010000335918	25-08-2016	23-09-2016	Enfermedad Profesional	30	79	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	801010000354445	26-09-2016	25-10-2016	Enfermedad Profesional	30	109	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	801010000371155	26-10-2016	24-11-2016	Enfermedad Profesional	30	139	M751					
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	4701877	09-12-2015	14-12-2015	Enfermedad General	6	27	M751	6652763	6	\$ 128.868	Liquidada	\$ 0
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	801010000393398	09-12-2016	07-01-2017	Enfermedad Profesional	30	169	M751	INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34. INCAPACIDAD A CARGO DE LA ARL. DECRETO 1295 DE 1994, art 3 y 34.				
12957079	OVIEDO PEREZ SEGUNDO A	801010000406399	11-01-2017	09-02-2017	Enfermedad Profesional	30	199	M751					
						<b>Total Dias Acum</b>		<b>229</b>					

**LUIS HERNAN ARTURO MUÑOZ**  
Coordinador Regional de Operaciones

Elaboró: Alvaro Diego Guerrero G.

PASTO, 24 de Enero de 2017

Señor(a):

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

**CC 12957079**

**Cile 6 #13 - 29 BARRIO NIZA 1**

**PASTO**

**REFERENCIA: TRAMITE ANTE EL FONDO DE PENSIONES**

Cordial saludo.

En días anteriores su caso fue recibido para cursar trámite en el Fondo de Pensiones Protección SA. Al revisar la documentación aportada, se encontró que los eventos por los cuales fue incapacitado y hace reclamación son originados por un accidente de trabajo o enfermedad laboral, la cual debe ser manejada por su ARL.

En lo que tiene que ver con el pago de los subsidios por incapacidad temporal, la AFP Protección, es la encargada de reconocerlos y pagarlos a partir del día 181, de acuerdo con lo establecido en el artículo 41 de la ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del decreto ley 019 de 2012, el cual establece:

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

De acuerdo con lo anterior se finaliza la solicitud de pago de incapacidades, indicando que las mismas deben ser asumidas por la Administradora de Riesgos Laborales en la cual se encuentre afiliado.



Cafesalud

Bogotá D.C., 17 de Julio de 2016



00002093576

Señores:

COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.

Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4

Tel: 071 - 324 11 11 y 2502

BOGOTÁ D.C. (BOGOTÁ)

**Protección**  
iones y Cesantías  
Correspondencia Bogotá

2016 JUL. 25

Correspondencia  
Recibida

**ASUNTO: FIRMEZA DE DICTAMEN - CALIFICACIÓN DE ORIGEN**  
**CASO: SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ - CC 12957079**  
**DICTAMEN: 3397163**

Respetados señores,

Revisadas nuestras bases de datos y sistemas de información, se evidenció que esta EPS calificó en primera oportunidad como de origen laboral el diagnóstico M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL padecido por el señor(a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, dictamen que fue debidamente notificado a su entidad.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que esa entidad no presentó controversia en los términos del artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012 (1), se concluye que el referido dictamen cobró firmeza y por tanto es definitivo.

Finalmente, es importante señalar que las prestaciones que pueda requerir el usuario derivadas de los diagnósticos definidos como de origen laboral, están a cargo de esa entidad, según lo establecido en el Decreto 1285 de 1994 y la Ley 1562 de 2012.

Cordialmente,

Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Folios: 1

CC: AFILIADO SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ Dir: CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel: 3156340509 - PASTO (NARIÑO)

CC: AFP PROTECCION S.A. Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ

CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO

(1) Artículo 142. Calificación del estado de invalidez. (...) En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes" (...)



## EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN PERSONAL OPERATIVO

RG-GH-31

V1

06/02/2013

Tema de capacitación

Taller de Experiencia del Cliente

Fecha

Nombre del Colaborador

Cargo

No.	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN		
	PREGUNTAS	CALIFICACIÓN	
1	Una experiencia positiva con la empresa, puede fidelizar a un cliente?	F	V
2	En la contratación de un servicio a nuestra Empresa existen "Momentos de verdad"?	F	V
3	Los atributos del proyecto de Experiencia del cliente son: Calidad, Vivencia y Pertenencia?	F	V
4	El comportamiento "Hacemos las cosas simples", hace parte del atributo "TE ENTENDEMOS"?	F	V
5	"Gestionamos de Manera integral e innovadora" es un atributo?	F	V

Es importante para nosotros conocer sus apreciaciones respecto al desarrollo de la capacitación con fines de mejora. Agradecemos la objetividad en su evaluación

No.	ASPECTO	CALIFICACIÓN				
		1	2	3	4	5
1	Fueron apropiadas las instalaciones para el desarrollo de la capacitación					
2	Calidad de los materiales didácticos					
3	Espacio para intervenciones y debates					
4	Información suficiente para cumplir el objetivo de la capacitación					
5	Metodología empleada para el abordaje de los temas					
6	Claridad para la transmisión de la información					
7	Domínio del tema por parte del facilitador					
8	Manejo del tiempo					

¿ Esta capacitación en que le aporta al desarrollo de sus funciones?

Que temas considera se deberían ampliar o profundizar?

Califique de 1 a 100 el porcentaje global de satisfacción con la capacitación

 %

EVALUADOR

Firma

Nombre

ANGELA BOTINA

CAPACITADO

Firma

Nombre

# Protección

## Pensiones y Cesantías

Medellín, 25 de octubre de 2016

CO02VJ0163 - 480055

Doctora

**Andrea Margarita Lasso Urresta**

**DEFENSORA PÚBLICA – DEFENSORÍA DEL PUEBLO REGIONAL NARIÑO**

Edificio Pasto Plaza – Cra 24 No. 19-33

3154027544

Pasto

**Referencia: PETICIÓN – C.C. No. 12.957.079 SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

En atención al oficio de la referencia, radicado el 4 de octubre de 2016 ante esta Sociedad Administradora, nos permitimos dar respuesta a su solicitud en los siguientes términos:

Esta Sociedad Administradora, recibió solicitud de pensión por invalidez del señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, en fecha 29 de diciembre de 2015. De acuerdo con lo anterior, y para resolver la solicitud presentada por mencionado señor, el caso fue remitido ante la Comisión Médico Laboral, con quien Protección S.A. tiene un contrato de prestación de servicios, para realizar la respectiva valoración médica

Así pues, con relación al trámite de calificación necesario para resolver su solicitud de pensión por invalidez, se aclara que al señor Oviedo Perez, se le requirió mediante comunicación del 11 de abril de 2016 que se anexa, para que aportara la documentación faltante en aras de continuar con su trámite, el cual, a la fecha, continúa pendiente de documentación solicitada.

Por otro lado, ha de precisarse que el pago de incapacidades que reclama el señor Oviedo Perez no procede, toda vez que éste no cuenta con pronóstico favorable de recuperación, según se acredita con la comunicación remitida por parte de la EPS Cafesalud, que también se anexa.

Así las cosas, al no tener pronóstico favorable de rehabilitación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, no hay lugar al reconocimiento de incapacidades, toda vez que en los términos de la citada norma es presupuesto indispensable que el afiliado cuente con concepto favorable de rehabilitación, lo que en su caso no se cumple.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 • Bogotá: Transv. 23 No. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 - 6013535 • Cali: Cll. 64 Norte No. 58-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052) 6080086 • Barranquilla: Cra. 52 No 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel: (055) 3608929.

www.proteccion.com • Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 • Nit. 800.138.188-1



# Protección

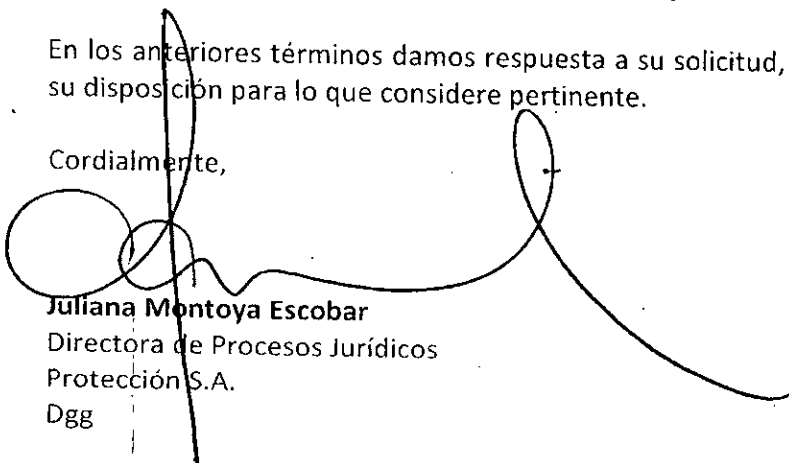
## Pensiones y Cesantías

Es de resaltar que la potestad que fue otorga por el artículo 142 del Decreto 19 del 10 de enero de 2012 a las Administradoras de Fondos de Pensiones, de postergar o no el trámite de calificación hasta por 360 días adicionales a los primeros 180, ocurre SIEMPRE QUE EL AFILIADO CUENTE CON PRONOSTICO FAVORABLE DE REHABILITACIÓN; caso para el cual, existiría la obligación por parte de la Administradora de pagar un subsidio equivalente a la incapacidad que venía recibiendo la accionante; sin embargo, es preciso mencionar que en el caso de la actora, al no tener un pronóstico favorable de recuperación y al ser calificada su pérdida de capacidad laboral, no se reconoció el pago de incapacidades; para efectos de fundamentar lo anterior, se procede a transcribir el citado artículo:

**ART. 142 (...)** Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador....".

En los anteriores términos damos respuesta a su solicitud, no obstante, permanecemos a su disposición para lo que considere pertinente.

Cordialmente,

  
**Juliana Montoya Escobar**  
Directora de Procesos Jurídicos  
Protección S.A.  
Dgg

Medellín: CIL 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 • Bogotá: Transv. 23 No. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 • 6013535 • Cali: CIL 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052) 6080086 • Barranquilla: Cra. 52 No 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel: (055) 3608929.

www.proteccion.com • Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 • Nit. 800.138.188-1

# Protección

Pensiones y Cesantías

PASTO, 11 de Abril de 2016

Señor(a)

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Dirección Cllé 6 #13 - 29 BARRIO NIZA 1

**PASTO**

Referencia: Notificación Cierre Administrativo solicitud de calificación del afiliado  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, identificado con  
cedula de ciudadanía CC 12957079.

Respetado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías  
Protección S.A.

Nos permitimos indicarle que luego de evaluar el contenido de la documentación  
aportada por usted, se evidenció que la misma se encuentra incompleta, esto le fue  
informado en días pasados, y se indicó que era necesario que un término no superior a 15  
días hábiles, allegara los siguientes documentos:

- Copia de la calificación de origen que realizó la EPS por la patología manguito  
rotador bilateral.

Sea esta la oportunidad para recordar que sobre el particular, el artículo 7° del Decreto  
510 de 2013, indica a partir de cuándo se entiende iniciada una solicitud pensional en una  
Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías, así:

*"Para los efectos del parágrafo 1° del artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por  
el artículo 9° de la Ley 797 de 2003, la obligación de los fondos encargados de  
reconocer la pensión, dentro del término legal establecido, procederá una vez se  
presente la solicitud de reconocimiento junto con la documentación requerida para*

# Protección

## Pensiones y Cesantías

*acreditar el derecho, a través de la cual se prueben los presupuestos de hecho y de derecho de la norma que confiere la respectiva prestación de vejez, de invalidez o de sobrevivientes?*

Así las cosas, mientras la documentación faltante no sea allegada y debido a esto no le sea permitido a la Administradora realizar un análisis adecuado de las circunstancias de hecho y de derecho, se procede con el cierre del trámite, indicándole además que el mismo puede ser reiniciado una vez aporte los documentos solicitados, siempre y cuando el tiempo en que los aporte no sea superior a 3 meses desde la fecha de recibido de la presente comunicación. Vencido este término si desea radicar solicitud de prestación debe aportar toda la documentación.

Si tiene alguna inquietud adicional, puede escribirnos a [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co) o comunicarse con la Línea de Atención al Cliente en Bogotá 7 444464, en Medellín y Cali 5109099 Barranquilla 319 7999 Cartagena 6424999 y desde el resto del país 01 8000 52 8000.

Atentamente;



**JULIANA PERDOMO RIVERA**

Analista de Prestaciones

Determinación Condición de Invalidez

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 • Bogotá: Transv. 23 No. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 - 6013535 • Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052) 6080086 • Barranquilla: Cra. 52 No 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel: (055) 3608929.

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) • Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 • Nit. 800.138.188-1



Bogotá DC, 15 de Abril de 2016

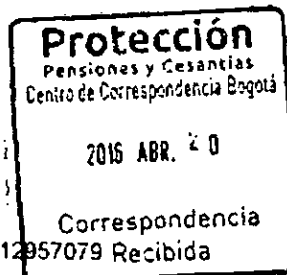
Señores:

PROTECCION S.A.

CRA 7 No 32-39

Tel: 7444464

BOGOTÁ D.C. (BOGOTÁ)



Referencia: Concepto de Rehabilitación SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CC 12957079

Respetados Señores:

Con cordial saludo y dando cumplimiento a lo dispuesto en el inciso 6 del artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012, la EPS CAFESALUD procede a remitir el concepto de rehabilitación del afiliado de la referencia, con pronóstico laboral **Desfavorable**, quien cumplió incapacidad temporal prolongada.

Agradezco la atención a la presente.

Cordialmente,

Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD



00001825363

Proyecto: MAYRA ALEJANDRA PACHECO  
Folios: 3

CC: AFILIADO SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO TEL: 3158340508 - PASTO (NARIÑO)

**EPS EN LINEA:** Para todo el país 01 8000 12 07 77. En Bogotá 651 07 07



# CONCEPTO MEDICO PARA REMISION A ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES (AFP)

Este concepto se emite para cumplir lo establecido por el artículo 142 del Decreto Ley 0019 de 2012 estipula que las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir el concepto de rehabilitación y enviarlo de cumplirse el día ciento cincuenta (150) a la Administradora de Fondo de Pensiones, con el fin de que misma defina si postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incap temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud otorgando un subsidio equivalente a la incap que venia disfrutando el trabajador (para los casos con concepto de rehabilitación favorable) o si proced calificar la pérdida de capacidad laboral con el fin de definir si hay lugar a pensión por Invalidez, previo

## IDENTIFICACIÓN

Identificación: 12957079

Apellidos y Nombres: OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

Fecha de emisión del concepto: 15 de Abril de 2016

## DIAGNOSTICOS

SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO-M751

Origen de las patologías	Común	Laboral	En estudio
	X		

## TRATAMIENTO INTEGRAL

Tipo de tratamiento	Recibido	No Recibido	No Aplica
Farmacológico	X		
Quirúrgico	X		
Terapia física	X		
Terapia ocupacional		X	
Fonoaudiología			X
Otros (especifique):			
Finalidad del tratamiento	Paliativa	Curativa	
		X	
Duración estimada del tratamiento	Menor a 1 año	Mayor a 1 año	Indefinido
			X



00001825364



PRONOSTICO FUNCIONAL		
<p>Usuario de 65 años con diagnóstico SÍNDROME DE MANGUITO ROTATORIO. Antecedente de artrosis severa en hombros, síndrome manguito rotatorio crónico de miembro superior derecho con ruptura supraspinoso derecho manejado por artroscopia sin resultado satisfactorio, presenta dolor bilateral hombro, marcada limitación funcional de hombro con predominio hombro izquierdo, no realiza abducción hombro izquierdo, crepitos asociados a la movilización de hombros, hombro derecho congelado e inestabilidad con lesión crónica irreversible no candidato a cirugía, se encuentra en tratamiento farmacológico. Actualmente en control con medicina general y ortopedia. Usuario funcional en el desempeño actividades básicas cotidianas y semifuncional en actividades de la vida diaria de tipo instrumental. Interrumpido. Orientación en actividades de tiempo libre. Se emite concepto Desfavorable en espera de evolución de la patología.</p>		
Teniendo en cuenta las actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas, el pronóstico funcional del paciente es:	FAVORABLE	DESFAVORABLE
		X
REMISION A ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		
<p>Es posible que la incapacidad actual se prolongue más de 180 días y tiene un pronóstico favorable. (La administradora de Fondo de Pensiones debe definir el tiempo por el cual postergará el trámite la evaluación por medicina laboral para calificar la pérdida de capacidad laboral, y a partir del día 181 otorgar un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador)</p>		
<p>Es posible que la incapacidad actual se prolongue más de 180 días y tiene un pronóstico desfavorable. (La administradora de Fondo de Pensiones debe tramitar la evaluación por medicina laboral para calificar la pérdida de capacidad laboral y definir si hay lugar a pensión por invalidez, previo lleno de requisitos)</p>		
<p>El afiliado no tiene días de incapacidad temporal acumulados y tiene un pronóstico desfavorable. (La administradora de Fondo de Pensiones debe tramitar la evaluación por medicina laboral para calificar la pérdida de capacidad laboral y definir si hay lugar a pensión por invalidez, previo lleno de requisitos)</p>		
REMISION A ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES		
Este concepto está basado en las diferentes historias clínicas que acompañan las incapacidades del paciente.		
Nombre del médico laboral: María Antonieta Muñoz.		
Licencia Salud Ocupacional: Lic. SO 4029/2007		
Firma y sello		



00001825365



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRABAJO  
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO NIT 900587628-9



San Juan de Pasto, 19 de Octubre del 2016

Señor (a)  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
**EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO**  
Ciudad

**Ref. NOTIFICACION DICTAMEN**

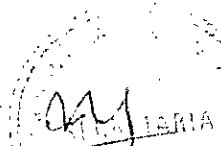
Cordial saludo.

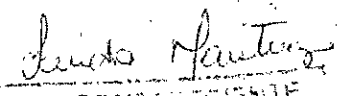
De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito remitir a Usted el dictamen Número: **2016-12957079-0304**, expedido por la Junta en audiencia realizada el día 19 de Octubre del 2016.

Se advierte que contra el presente Dictamen procede el Recurso de Reposición ante ésta Junta, interpuesto dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de su desfijación de cartelera.

Proceda así mismo el Recurso de Apelación ante la Junta Nacional, el cual podrá interponerse directamente o como subsidio de reposición por intermedio de ésta Junta dentro del mismo término.

Atentamente,

  
**MARIA ELISA DIAZ DE JURADO**  
Directora Administrativa y Financiera

  
FIRMA COMPARECIENTE  
54 311-030 Pasto.  
217 ene - 2017.

# JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

Nit. 900.587.628-9

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

Calificación basada en el Manual Único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 12-08-2014

### INFORMACION GENERAL

ENTIDAD RECEPTORA			
Nombre Entidad:	JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REG. NARIÑO		Tipo Entidad:
Nombre Receptor:	MARIA ELISA DIAZ DE JURADO	Cargo:	DIR. ADMIN Y FINANCIERA
Ciudad y Departamento:	PASTO - NARIÑO		
Dirección y Teléfono:	CALLE 12 No. 27-112 BARRIO SAN FELIPE - Tel.: 7294552- 7294549		
Correo electrónico:	juntacalificacionregionalnar@gmail.com		

Nombre del Solicitante:	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO - EMAS
-------------------------	--------------------------------------

Fecha de recepción para calificación:	Día	Mes	Año
	20	1	2016

Fecha de valoración:	Día	Mes	Año
	26	5	2016

Motivo de calificación:	PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
-------------------------	------------------------------

DICTAMEN NUMERO	2016-12957079- 0304	DE FECHA :	19 de Octubre 2016
-----------------	---------------------	------------	--------------------

### DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Apellidos:	OVIEDO PEREZ			Nombres:	SEGUNDO ABEL		
Documento de Identidad:	C.C.	Número:	12.957.079	Género:	MASCULINO	Estado civil	CASADO
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad años cumplidos	65 AÑOS	Escolaridad( alcanzada):	PRIMERO DE PRIMARIA
Lugar de nacimiento:	Municipio	LA FLORIDA		Departamento:	NARIÑO		
Dirección:	CALLE 16 No. 13-29			Municipio:	PASTO	Departamento:	NARIÑO
Celular :	317 8524678			Teléfono			
Régimen de afiliación al SGSSS							
A.F.P.	PROTECCION						
E.P.S.	CAFESALUD						
A.R.L.	NO INFORMA						
Propesión u oficio:	OPERARIO DE BARRIDO - EMAS				Tipo vinculación:	NO INFORMA	

### SECUELAS O PATOLOGIAS A CAUFICAR

1.-) INFARTO DE MIOCARDIO ANTIGUA
2.-) OSTEOARTROSIS
3.-) SINDROME DE MAGUITO ROTADOR DERECHO
4.-) SINDROME DE MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
5.-) DIVERTICULOS DEL COLON IZQUIERDO
6.-) HEMORROIDES INTERNAS GI
7.-) GASTRITIS CRONICA
8.-) SINDROME DE COLON IRRITABLE



Conceptos de especialistas relacionados con la calificación:

Fecha:	Especialidad	Concepto

Resultados de exámenes paraclínicos

Fecha:	Examen	Resultado

**CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL  
VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS**

DEFICIENCIA			
Descripción	Número/falta	CLASE D	Grado Severidad
DEF. DE ENF. ARTERIAL CORONARIA	II- 2.5- 2.5.4- 2.2.	II	32.0 %
DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO DERECHO	XIV- 14.4- 14.4.6- 14.5	II	15.0 %
DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO IZQUIERDO	XIV- 14.4- 14.4.6- 14.5	II	15.0 %
DEF. POR DESORDENES DE COLON	IV- 4.4- 4.4.2- 4.7	II	10.5 %
DEF. POR DESORDENES DEL RECTO	IV- 4.4- 4.4.2- 4.7	I	5.0 %
DEF. DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR	IV- 4.4- 4.4.2- 4.6	I	5.0 %
Grado Severidad % para la deficiencia			60.32 %

Descripción	Grado Severidad %
DEFICIENCIA COMBINADA (DC) = $A + (100 - A) \times B / 100$	60.32 %
CALCULO VALOR FINAL DE LA DEFICIENCIA = $DC \times 50\%$ :	30.16 %

**CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL:  
VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES**

Criterio	Categoría	%	Valor Máximo	Valor Asignado
Rol Laboral	Activo sin limitaciones para la actividad laboral	0.0	25	0.0
	Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral.	5.0	25	0.0
	Rol laboral o puesto de trabajo adaptado.	10.0	25	0.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo	15.0	25	35.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas	20.0	25	0.0
	Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral- restricciones completas.	25.0	25	0.0
Autosuficiencia Económica	Autosuficiencia	0.0	2.5	0.0
	Autosuficiencia reajustada	1.0	2.5	1.0
	Precariamente autosuficiente	1.5	2.5	0.0
	Económicamente débiles	2.0	2.5	0.0
	Económicamente dependientes	2.5	2.5	0.0

Edad cronológica (edad cumplida al momento de calificación)	Menor de 18 años	2.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	1.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años	2.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 60 años	2.5	2.5	2.5
Otras áreas ocupacionales	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (tabla 6)	4.0	20.0	0.0
	Comunicación (tabla 7)	4.0	20.0	0.0
	Movilidad (tabla 8)	4.0	20.0	2.0
	Cuidado personal (tabla 9)	4.0	20.0	2.0
	Vida doméstica (tabla 10)	4.0	20.0	2.0
TOTAL VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTROS ÁREAS OCUPACIONALES				24.5 %

VALOR TOTAL CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Cálculo valor final de la deficiencia:	30.16 %
Total valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales	24.50 %
Valor total calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional	54.66 %

Calificación de origen:	COMUN
-------------------------	-------

Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad:	Día	Mes	Año
	6	10	2008

SEGUNDO MORAN MONTESUMA  
Lic. S.O. Reg. 1481  
México

ORFA LEILA CANTE CASAS  
Lic.  
Fisioterapeuta

SIGIFREDO SUAREZ A.  
Lic. S.O. Reg. 1373  
México

MARIA ELISA DIAZ DE JURADO  
Lic. 23061 CSJ  
Abogada

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.957.079


OVIDO PEREZ

APELLIDOS

SEGUNDO ABEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1951

LA FLORIDA  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

B+ G.S. RH



M SEXO

24-ABR-1973 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2300100-00423272-M-0012957079-20130130 0032256465A 1 6802208643



EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. ESP

VEOLIA

COMPROBANTE DE LIQUIDACION DE CONTRATO

Cod. Empleado : 00010781

Apellidos y Nombres : OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

Identificación : C.C 12,957,079

Tipo Empleado : 001 NOMINA MENSUAL

Tipo Contrato : Indefinido

Regimen : Ley 50

Cargo : OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

Nro Contrato : 1

Cta Bancaria : BANCO CAJA SOCIAL 24520451324 AHORROS

Centros Costos : 52001-C202-A201Pasto-Área Técnica-Und Serv de Barrido y Limpieza

Entidad Salud : S056

Entidad Pension : P002

Fecha Ingreso : 01/01/2008

Fecha Retiro : 31/12/2018

Días Trabajados : 3960

Motivo Retiro : TERM CON  
JUSTA CAUSA

Bases Salariales

Seg. Soc Mes : 2,884,433

Retencion Fuente : 0

Tipo Retencion : % 0

Alivio Tributario : 0

Sueldo :

Promedio Mensual de Bases

Indemnizacion : 0

Vacaciones : 781,242

Cesantias : 0

Prima Legal : 0

Prima Extralegal : 0

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	DEVENGADO	DEDUCIDO	SALDO TOTAL DEL PRESTAMO
0660	CUOTA PRORROGA INCAPACIDAD GRAL. AMBULATORIA	30.00	459,639		
0690	AJUSTE DE INCAPACIDADES	.00	2,404,794		
0940	VACACIONES EN LIQ. DE CONTRATO	19.04	495,872		
1510	CESANTIAS DEFINITIVAS	.00	781,242		
1520	INTERESES CESANTIAS DEFINITIVAS	.00	93,749		
2500	APORTE SALUD EGM	-31.00		-114,600	
2520	APORTES PENSION IVM	-31.00		-114,600	
TOTAL			4,235,296	-229,200	

NETO A PAGAR:

\$ 4,006,096.00

SON: CUATRO MILLONES SEIS MIL NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Elabora :

*[Firma]*

Reviso :

*[Firma]*

Aprobo :

*[Firma]*

Recibido por :

*[Firma]*  
C.C No. 12,957,079



Siente tu ciudad, vívela limpia



San Juan de Pasto, 3 de diciembre de 2018

Señor:

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

Operaria de Barrido y Limpieza

EMAS PASTO S.A. E.S.P.

Ciudad

Deseándole éxitos en sus labores diarias.

Teniendo en cuenta la documentación presentada por su parte a la compañía, se tiene conocimiento sobre el reconocimiento de pago de pensión de invalidez, de acuerdo al oficio de fecha 27 de noviembre de 2018 en el cual por parte de PROTECCION pensiones y cesantías se le reconoce y ordena el pago de pensión por INVALIDEZ, en modalidad de retiro programado, de igual manera en la misma se le informa:

"... (...) Queremos informarle que luego de realizar el análisis de su cuenta individual, verificar la información entregada por usted y acorde con los lineamientos legales, damos cumplimiento al fallo proferido en primera instancia por el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de San Juan de Pasto, teniendo en cuenta que usted fue calificado por la junta regional de calificación de invalidez de Nariño, determinando un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 54.66% con fecha de estructuración 6 de octubre de 2008

El detalle de la prestación reconocida es

Valor mesada pensional	\$781.242*	14 mesadas por año
Valor retroactivo	\$1.588.525**	Desde 30 oct de 2018 al 30 de nov de 2018

Por lo anterior, EMAS PASTO S.A E.S. P ha decidido dar por terminado su contrato de trabajo No. 212 de 2007, de acuerdo con el numeral 14 del artículo 62 del código sustantivo de trabajo el cual menciona:

"...(...)

**ARTICULO 62. TERMINACION DEL CONTRATO POR JUSTA CAUSA.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo:

**Numeral 14:** El reconocimiento al trabajador de la pensión de la jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa..."

Siendo así, es menester dar por terminado unilateralmente y con justa causa el contrato laboral existente, medida que se hará efectiva a partir del día **treinta y uno (31) de diciembre de 2018.**



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto

[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)





Siente tu ciudad, vívela limpia



Respetuosamente le solicito hacer entrega formal de su cargo al Jefe Inmediato o a quien corresponda, haciendo la devolución de los equipos, elementos de oficina y/o trabajo, documentos y demás bienes de la entidad que se encontraban bajo su custodia, así como también presentar la paz y salvo e informar en el acta de entrega del cargo el estado de las actuaciones que estaban bajo su responsabilidad y que quedan pendientes por finalizar.

Dado lo anterior le solicitamos que a partir del día dos (2) de enero de 2019 se acerque a las instalaciones de la compañía a realizar los trámites correspondientes a recibir la liquidación del contrato y las prestaciones que estuvieren pendientes, previa legalización interna de paz y salvo y demás documentos correspondientes; si la reclamación de la liquidación excede del termino de diez (10) días hábiles contados a partir del día de terminación del contrato, la empresa enviara el valor de la misma a un depósito judicial.

De ante mano en nombre de la empresa la cual represento, quiero agradecerle por todo el tiempo que nos acompañó, por su dedicación, empeño y responsabilidad dentro las actividades encomendadas por su jefe inmediato, y por realizar en lo largo de estos años un trabajo con excelencia, compromiso y transparencia para con EMAS PASTO.

Deseamos para usted que, en esta nueva etapa que inicia, disfrute con su familia de aquellos placeres de la vida que se merece después de tantos años de trabajo.

Muchos éxitos.

Cordialmente.

  
**ANGELA MARCELA PAZ ROMERO**  
Gerente General  
EMAS PASTO S.A E.S.P.

Proyecto  
Diana Carolina Portillo Bucheli  
Abogada Junior Oficina Jurídica

Vo. Bo.

  
Diana Fernanda Delgado  
Gerente Recursos Humanos

Ingrid Lorena Rodríguez Narváez  
Gerente Jurídica

CC. Hoja de Vida  
CC. Jefatura de operaciones.

*Segunboviesb*  
*12957079*

*41 Diciembre 2018*

vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casana Empopasto  
[www.emaspasto.com.co](http://www.emaspasto.com.co)



17 diciembre / 2018

# Protección

## Pensiones y Cesantías

### ANEXO 1: Pasos a Seguir

#### DEVOLUCION DE SALDOS DE INVALIDEZ

Para reclamar el pago de la prestación económica de **Devolución de Saldos**, usted debe acercarse a cualquiera de nuestras oficinas de servicio con su cedula original, allí procederemos a generar el pago a su cuenta bancaria.

**Para tener en cuenta:** si usted se acerca a la oficina de servicio antes de las 10:30 a.m. su pago se generará para el mismo día, de lo contrario éste quedará para el día hábil siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co), o con nuestra Línea de Servicio 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

#### PENSION DE INVALIDEZ

Para finalizar el trámite y proceder con el ingreso a la nómina de pensionados de **Pensión de Invalidez**, usted debe acercarse a cualquiera de nuestras oficinas de servicio y presentar los siguientes documentos:

- **Certificación Cuenta Bancaria:** se requiere certificación de su entidad financiera donde conste el número y tipo de cuenta de la cual usted es titular.
- **Afiliación a la EPS:** usted deberá afiliarse a una Entidad Promotora de Salud en calidad de pensionado y para tal efecto, se le descontará mensualmente el 12% de su mesada pensional; dicho valor se destinará al pago del aporte correspondiente a la EPS elegida por usted.
  - **Para tramitar su afiliación a la EPS debe:**
    - Si usted no se encuentra vinculado a una EPS, acérquese a la EPS de su elección con esta notificación, y diligencie una afiliación como COTIZANTE PENSIONADO – VINCULACIÓN INICIAL.
    - Le sugerimos que la elección de la EPS la haga teniendo en cuenta la cobertura de la misma en su ciudad.
    - Si usted está afiliado como cotizante dependiente, independiente o beneficiario de algún familiar a la EPS, debe tramitar la afiliación en la misma EPS en donde se encuentra actualmente, pero debe realizar el cambio a COTIZANTE PENSIONADO. Debe reportar con anterioridad ante esta entidad la novedad de retiro de su afiliación anterior, garantizando que no se pierda la continuidad de la misma.
    - Realizar la afiliación bajo el Nit. 900.379.921 del Fondo de Pensiones Obligatorias Protección Retiro Programado.
  - **Para tener en cuenta:**
    - Si usted recibe esta notificación antes del día 15 del mes, deberá realizar la afiliación a la EPS con fecha 1° del mismo mes.
    - Si recibe esta notificación posterior al día 15 del mes deberá realizar la afiliación a la EPS a partir del 1° del mes siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co), o con nuestra Línea de Servicio 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

Recibi original

Asumo asuntaba Ute. 30739277. Noviembre 29 2018

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina S04 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

1) Afiliación EPS como Pensionado

01 / 12 / 2018.

Salario \$ 981.242. Smmlv.

NIT 900379921 Fondo Pensiones Obligatorias  
Protección retiro Programado

✓ copia notificación

✓ copia CC 150%

2) Certificación de cuenta Bancaria.



# Protección

## Pensiones y Cesantías

Medellín, 27 de noviembre de 2018

Señor(a):

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
Calle 6 No. 13 - 29 Nizan I  
San Juan de Pasto - Nariño

CC 12957079 PEN INV RP

Reciba un cordial saludo, de la Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Protección S.A., en adelante Protección.

Queremos informarle que luego de realizar el análisis de su cuenta individual, verificar la información entregada por usted y acorde con los lineamientos legales, damos cumplimiento al fallo proferido en Primera Instancia proferido por el Juzgado Municipal de Pequeñas Causas Laborales de San Juan de Pasto, teniendo en cuenta que usted fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, determinando un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 54.66% con fecha de estructuración 06 de octubre de 2008.

El detalle de la prestación reconocida es:

Valor Mesada Pensional	\$781.242*	14 mesadas por año
Valor Retroactivo	\$ 1.588.525**	Desde 30-oct-2018 al 30-nov-2018
¿Autoriza pago retroactivo al empleador?	Si__ No__	

*\*Del valor de la mesada pensional se descontará el 12% correspondiente a la cotización para la Entidad Promotora de Salud escogida por el beneficiario.*

*\*\*del cual se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 12% dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.*

Para garantizar su ingreso a la nómina de pensionados, lo invitamos a consultar el Anexo 1 – Reconocimiento Pensión de Invalidez en donde encontrará los pasos a seguir; Así mismo, todas las consideraciones legales para la determinación del derecho a la prestación reconocida en esta notificación en el Anexo 2 - Consideraciones Legales.

Tenga en cuenta que, si en la actualidad usted tiene una relación laboral activa, Protección informará del reconocimiento de esta prestación a su empleador. Adicionalmente, si usted se encuentra en desacuerdo con la presente Notificación, tiene la posibilidad de presentar solicitud de reconsideración, teniendo en cuenta que esta Administradora de Pensiones y Cesantías es de naturaleza privada y en consecuencia sus comunicaciones no son actos administrativos.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 58-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

# Protección

## Pensiones y Cesantías

De conformidad con el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 el estado de invalidez podrá ser revisado, razón por la cual usted podrá ser llamado a calificación cada 3 años, con el fin de evaluar nuevamente el estado de invalidez y el derecho a la pensión podrá ser modificado de acuerdo con el resultado de cada dictamen.

Por condiciones particulares de su caso, la modalidad de pensión que se ajusta es Retiro Programado, para ampliar la información usted puede encontrar las definiciones y características de las modalidades en el **anexo 2 Regulación Legal** adjunto a este comunicado.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo.

Cordialmente,



**VERONICA CASTAÑEDA ESTRADA**

Jefe de Definición de Beneficios Pensionales

Analizó: ZGONZALE

.....

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

**www.proteccion.com** – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

### ANEXO 1: Pasos a Seguir

#### DEVOLUCION DE SALDOS DE INVALIDEZ

Para reclamar el pago de la prestación económica de **Devolución de Saldos**, usted debe acercarse a cualquiera de nuestras oficinas de servicio con su cedula original, allí procederemos a generar el pago a su cuenta bancaria.

**Para tener en cuenta:** si usted se acerca a la oficina de servicio antes de las 10:30 a.m. su pago se generará para el mismo día, de lo contrario éste quedará para el día hábil siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co), o con nuestra Línea de Servicio 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

#### PENSION DE INVALIDEZ

Para finalizar el trámite y proceder con el ingreso a la nómina de pensionados de **Pensión de Invalidez**, usted debe acercarse a cualquiera de nuestras oficinas de servicio y presentar los siguientes documentos:

- **Certificación Cuenta Bancaria:** se requiere certificación de su entidad financiera donde conste el número y tipo de cuenta de la cual usted es titular.
- **Afiliación a la EPS:** usted deberá afiliarse a una Entidad Promotora de Salud en calidad de pensionado y para tal efecto, se le descontará mensualmente el 12% de su mesada pensional; dicho valor se destinará al pago del aporte correspondiente a la EPS elegida por usted.
  - **Para tramitar su afiliación a la EPS debe:**
    - Si usted no se encuentra vinculado a una EPS, acérquese a la EPS de su elección con esta notificación, y diligencie una afiliación como COTIZANTE PENSIONADO – VINCULACIÓN INICIAL.
    - Le sugerimos que la elección de la EPS la haga teniendo en cuenta la cobertura de la misma en su ciudad.
    - Si usted está afiliado como cotizante dependiente, independiente o beneficiario de algún familiar a la EPS, debe tramitar la afiliación en la misma EPS en donde se encuentra actualmente, pero debe realizar el cambio a COTIZANTE PENSIONADO. Debe reportar con anterioridad ante esta entidad la novedad de retiro de su afiliación anterior, garantizando que no se pierda la continuidad de la misma.
    - Realizar la afiliación bajo el Nit. 900.379.921 del Fondo de Pensiones Obligatorias Protección Retiro Programado.
  - **Para tener en cuenta:**
    - Si usted recibe esta notificación antes del día 15 del mes, deberá realizar la afiliación a la EPS con fecha 1° del mismo mes.
    - Si recibe esta notificación posterior al día 15 del mes deberá realizar la afiliación a la EPS a partir del 1° del mes siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co), o con nuestra Línea de Servicio 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 58-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

**www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1**

# Protección

## Pensiones y Cesantías

### ANEXO 2 – REGULACIÓN LEGAL

#### RECONOCIMIENTO DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INVALIDEZ

#### RECONOCIMIENTO DE INVALIDEZ

##### LEY 100 DE 1993

**Artículo 69. Pensión de invalidez.** El estado de invalidez, los requisitos para obtener la pensión de invalidez, el monto y el sistema de su calificación en el régimen de ahorro individual con solidaridad, se regirá por las disposiciones contenidas en los artículos 38, 39, 40 y 41 de la presente Ley.

**“Artículo 38. Estado de invalidez.** Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.”

**“Artículo 39. Modificado por la Ley 860 de 2003, artículo 1º.** Requisitos para obtener la pensión de invalidez. Tendrá derecho a la pensión de invalidez el afiliado al sistema que conforme a lo dispuesto en el artículo anterior sea declarado inválido y acredite las siguientes condiciones:

1. Invalidez causada por enfermedad: Que haya cotizado cincuenta (50) semanas dentro de los últimos tres (3) años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración y su fidelidad de cotización para con el sistema sea al menos del veinte por ciento (20%) del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió veinte (20) años de edad y la fecha de la primera calificación del estado de invalidez. El texto subrayado fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-428 de 2009.

2. Invalidez causada por accidente: Que haya cotizado cincuenta (50) semanas dentro de los últimos tres (3) años inmediatamente anteriores al hecho causante de la misma, y su fidelidad (de cotización para con el sistema sea al menos del veinte por ciento (20%) del tiempo transcurrido entre el momento en que cumplió veinte (20) años de edad y la fecha de la primera calificación del estado de invalidez. El texto subrayado fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-428 de 2009.

**Parágrafo 1º.** Los menores de veinte (20) años de edad sólo deberán acreditar que han cotizado veintiséis (26) semanas en el último año inmediatamente anterior al hecho causante de su invalidez o su declaratoria.

**NOTA:** Parágrafo 1º declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-020 de 2015.

**Parágrafo 2º.** Cuando el afiliado haya cotizado por lo menos el 75% de las semanas mínimas requeridas para acceder a la pensión de vejez, solo se requerirá que haya cotizado 25 semanas en los últimos tres (3) años.”

**“Artículo 40. Monto de la pensión de invalidez.** El monto mensual de la pensión de invalidez será equivalente a:

- A. El 45% del ingreso base de liquidación, más el 1,5% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras quinientas (500) semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral sea igual o superior al 50% e inferior al 66%.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

# Protección

## Pensiones y Cesantías

B. El 54% del ingreso base de liquidación, más el 2% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras ochocientas (800) semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral es igual o superior al 66%.

- La pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación.
- En ningún caso la pensión de invalidez podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual.
- La pensión de invalidez se reconocerá a solicitud de parte interesada y comenzará a pagarse, en forma retroactiva, desde la fecha en que se produzca tal estado."

**"Artículo 21. Ingreso Base de Liquidación.** Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta Ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor, según certificación que expida el DANE.

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1.250 semanas como mínimo."

**"Artículo 72. Devolución de saldos por invalidez.** Cuando el afiliado se invalide sin cumplir con los requisitos para acceder a una pensión de invalidez, se le entregará la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional, incluidos los rendimientos financieros y adicionado con el valor del bono pensional si a ello hubiere lugar.

No obstante, el afiliado podrá mantener un saldo en la cuenta individual de ahorro pensional y cotizar para constituir el capital necesario para acceder a una pensión de vejez."

### DEVOLUCIÓN SALDOS

**Decreto ley 776 en su artículo 15:** "Cuando un afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales se invalide o muera como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, además de la pensión de invalidez o de sobrevivientes que deberá reconocerse de conformidad con la presente ley, se entregara al afiliado o beneficiarios:

a. Si se encuentra afiliado al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, la totalidad del saldo de su cuenta individual de ahorro pensional.

**Parágrafo:** Para efectos del saldo de la cuenta de ahorro individual, los bonos pensionales, en desarrollo del artículo 139, numeral 5, de la ley 100 de 1993, se redimirán anticipadamente a la fecha de la declaratoria de la invalidez o de la muerte de origen profesional."

### BONO PENSIONAL

- LEY 100 DE 1993:

**"Artículo 115. Bonos pensionales.** Los bonos pensionales constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al Sistema General de Pensiones.

Tendrán derecho a bono pensional los afiliados que con anterioridad a su ingreso al régimen de ahorro

.....  
Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

# Protección

## Pensiones y Cesantías

individual con solidaridad cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- a) Que hubiesen efectuado cotizaciones al Instituto de Seguros Sociales o las cajas o fondos de previsión del sector público;
- b) Que hubiesen estado vinculados al Estado o a sus entidades descentralizadas como servidores públicos;
- c) Que estén vinculados mediante contrato de trabajo con empresas que tienen a su cargo el reconocimiento y pago de las pensiones;
- d) Que hubiesen estado afiliados a cajas previsionales del sector privado que tuvieran a su cargo exclusivo el reconocimiento y pago de pensiones.

Parágrafo. Los afiliados de que trata el literal a) del presente artículo que al momento del traslado hubiesen cotizado menos de ciento cincuenta (150) semanas no tendrán derecho a bono."

- **DECRETO 1299 DE 1994:**

**"Artículo 11. Redención del bono pensional.** El bono pensional se redimirá cuando ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

1. Cuando el afiliado cumpla la edad que se tomó como base para el cálculo del respectivo bono pensional.
2. Cuando se cause la pensión de invalidez o de sobrevivencia.
3. Cuando haya lugar a la devolución de saldos de conformidad con la Ley 100 de 1993."

- **DECRETO 3798 DE 2003**

**"Artículo 18.** Bonos pensionales para personas que deban cotizar 500 semanas. Las personas a que se refiere el literal b) del artículo 61 de la Ley 100 de 1993 tendrán la obligación de cotizar quinientas (500) semanas en el nuevo régimen y no podrán negociar el bono pensional para solicitar pensión o devolución de saldos, de conformidad con el artículo 66 de la Ley 100 de 1993, antes de las quinientas (500) semanas mencionadas."

- **DECRETO 1513 DE 1998**

**"Artículo 1º.** (...) Adiciónense las siguientes definiciones al artículo 5º del Decreto 1748 de 1995: Contribuyente. Entidad pagadora de pensiones obligada al pago de la cuota parte del bono pensional. Emisión de bono. Se entiende por tal el momento en que se confirma o certifica la información contenida en la liquidación provisional, en el caso de emisores privados, o el momento en que queda en firme el acto administrativo que reconoce el derecho al bono pensional, en el caso de emisores públicos. Expedición de bono. Se entiende por tal el momento de suscripción del título físico o del ingreso de la información al depósito central de valores. Reconocimiento de cuota parte. Acto mediante el cual el contribuyente acepta el pago de la cuota parte y autoriza al emisor para suscribirla en su nombre. En el caso de las entidades públicas consiste en un acto administrativo en firme; en caso de entidades privadas, de una comunicación dirigida al emisor."

- **LEY 1250 DE 2008**

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

# Protección

## Pensiones y Cesantías

"Por la cual se adiciona un inciso al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 y un párrafo al artículo 19 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 6 de la Ley 797 de 2003.

**Artículo 1°.** Adiciónese el siguiente inciso al artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, el cual se entenderá incluido a continuación del actual inciso primero, así:

### **Artículo 204.** Monto y distribución de las cotizaciones

(...) "La cotización mensual al régimen contributivo de salud de los pensionados será del 12% del ingreso de la respectiva mesada pensional", la cual se hará efectiva a partir del primero de enero de 2008". El texto subrayado fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-430 de 2009."

**"Artículo 2.** Al artículo 19 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 6 de la Ley 797 de 2003, adiciónese un párrafo del siguiente tenor:

Parágrafo: las personas a las que se refiere el presente artículo, cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un (1) salario mínimo legal mensual, que registren dicho ingreso conforme al procedimiento que para el efecto determine el Gobierno Nacional, no estarán obligados a cotizar para el Sistema General de Pensiones durante los próximos 3 años a partir de la vigencia de la presente ley, no obstante de lo dispuesto en este párrafo, quienes voluntariamente decidan cotizar al sistema general de pensiones podrán hacerlo.

Durante este lapso, el Gobierno Nacional evaluará los resultados de la aplicación del presente párrafo y presentará a consideración del Congreso las iniciativas que considere viables para facilitar el acceso a esquemas de protección "ECONÓMICA" para la vejez de esta franja poblacional."

**COMISION DE PENSIONADOS – Circular Básica jurídica Circular Externa 029 de 2014 – Parte II, Título III, Capítulo II, numeral 1.3.2 Superintendencia Financiera de Colombia:**

"(...)

### **1.3.2. Comisión por administración de pensiones bajo la modalidad de retiro programado**

Las sociedades administradoras de los tipos de fondos de pensiones pueden cobrar por la administración de los recursos de los pensionados bajo la modalidad de retiro programado un valor no superior al 1% de los rendimientos abonados durante el mes en la respectiva cuenta individual de ahorro pensional, sin que en ningún momento el valor de dicha comisión exceda el 1.5% de la mesada pensional. La comisión por este concepto puede cobrarse por cada mes vencido a partir del primer mes en que deba reconocerse la respectiva mesada."

### **DESCUENTO FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL:**

**Ley 797 de 2003 Artículo 8:** El artículo 27 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

**Artículo 27. Recursos.** El fondo de solidaridad pensional tendrá las siguientes fuentes de recursos:

### **2. Subcuenta de Subsistencia**

- d) Los pensionados que devenguen una mesada superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes y hasta veinte (20) contribuirán para el Fondo de Solidaridad Pensional para la

.....  
Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

**www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1**

# Protección

## Pensiones y Cesantías

subcuenta de subsistencia en un 1%, y los que devenguen más de veinte (20) salarios mínimos contribuirán en un 2% para la misma cuenta.

**IMPORTANTE:** tener en cuenta la siguiente sustentación Jurídica para los casos donde se presenta RECHAZO de la prestación por Invalidez al NO cumplir los requisitos de ley, ya que debe seguir cotizando para acceder una prestación económica por Vejez.

### COMPARATIVO ENTRE EL RETIRO PROGRAMADO Y LA RENTA VITALICIA

**RETIRO PROGRAMADO:** Es la modalidad de pensión en la cual el afiliado o sus beneficiarios eligen que el pago de la pensión lo realice directamente la Sociedad Administradora del Fondo de Pensiones, en este caso Protección S.A., con cargo a su cuenta de ahorro individual, la cual está conformada por los aportes obligatorios, los aportes voluntarios que para tal fin destine el afiliado y el valor del bono pensional negociado o redimido, si a él hubiere lugar.

**MESADA PENSIONAL:** De acuerdo con el artículo 81 de la Ley 100 de 1993, el valor de la mesada pensional se determina cada año, mediante el cálculo actuarial, teniendo en cuenta el saldo en la cuenta de ahorro pensional, la probabilidad de vida según las tablas de mortalidad para rentistas establecidas por la Ley, la rentabilidad real proyectada por Protección S.A. para el manejo de su capital, el cuadro de beneficiarios y sus edades al momento del cálculo.

En el mes de enero de cada año se repetirá el cálculo en las condiciones actualizadas para determinar la mesada pensional del nuevo año.

**RIESGOS QUE SE ASUMEN:** En esta modalidad de pensión el capital no está garantizado, varía en la medida en que el pensionado va sobrepasando la edad promedio de vida o en los casos en que la rentabilidad del Fondo esté por debajo de la proyectada en los cálculos con los que se define el monto de la pensión. Sin embargo, la Ley prevé que el saldo de la cuenta individual de un pensionado en Retiro Programado no puede ser inferior al capital requerido para financiarle a él y a sus beneficiarios una Renta Vitalicia de un salario mínimo legal mensual vigente. Por lo tanto, si el saldo de la cuenta individual del pensionado llega a este límite, obligatoriamente el pensionado tendrá que contratar con la Aseguradora de su elección el pago de una Renta Vitalicia del salario mínimo para así garantizar el pago vitalicio de su mesada.

**BENEFICIARIOS:** El Retiro Programado es una modalidad vitalicia, tanto para el afiliado como para sus beneficiarios de sobrevivencia. Al fallecimiento del afiliado o del pensionado de vejez o invalidez, se pagará la pensión de sobrevivientes a favor de los beneficiarios definidos por la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 797 de 2003

Los pensionados por sobrevivencia no tienen derecho a una nueva sustitución de su pensión.

**EXCESOS DE CAPITAL:** Si existen excesos de capital al momento de la sustitución estos podrán ser utilizados para aumentar el valor de la pensión o podrán ser entregados a la masa sucesoral del fallecido.

**INEXISTENCIA DE BENEFICIARIOS:** En caso de que no existan beneficiarios de pensión, el saldo existente en la cuenta de ahorro individual al fallecer el afiliado o el pensionado, acrecentará la masa sucesoral de los herederos, es decir, se les entregará como suma única.

**CONTRATO REVOCABLE** En cualquier momento el pensionado podrá suspender su contrato con la Sociedad Administradora y optar por la modalidad de Renta Vitalicia con la Aseguradora de su elección.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 58-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina S04 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1



# Protección

## Pensiones y Cesantías

**TRASLADO DE FONDO:** Como consecuencia de la selección de la modalidad de retiro programado, el saldo de la cuenta con el cual se financiará la mesada pensional será trasladado al Fondo de Pensiones obligatorias Protección Retiro Programado

**RENTA VITALICIA:** Es la modalidad de pensión mediante la cual el pensionado o sus beneficiarios contrata directa e irrevocablemente con una Aseguradora de su elección, el pago de una renta mensual hasta su fallecimiento y el pago de las pensiones de sobrevivientes en favor de sus beneficiarios por el tiempo que ellos tengan derecho.

**MESADA PENSIONAL:** Con el capital disponible en la cuenta de ahorro individual del pensionado, la aseguradora realiza un cálculo actuarial mediante el cual se compromete el pago de una cuantía mensual vitalicia para el afiliado y sus beneficiarios.

En esta modalidad de pensión, la mesada pensional es uniforme en el tiempo, en términos de poder adquisitivo constante y no podrá contratarse por valores inferiores al salario mínimo legal mensual vigente.

La Aseguradora que asuma el pago de la Renta Vitalicia debe adoptar la modalidad de seguros de participación, en los cuales se debe distribuir entre los integrantes del producto, al menos el 70% de las utilidades obtenidas. La repartición de utilidades entre los pensionados, no es garantizada por la aseguradora. Si esto sucede, la mesada pensional podrá aumentar por encima de la inflación.

**RIESGOS QUE SE ASUMEN:** Hay traspaso del capital acumulado en la cuenta de ahorro individual más el bono pensional, si a él hubiere lugar, a la Aseguradora escogida por el pensionado. El capital deja de ser propiedad del pensionado y se convierte en patrimonio de la Aseguradora.

**BENEFICIARIOS:** Esta modalidad le ofrece al pensionado la renta mensual contratada hasta su fallecimiento y la pensión de sobrevivientes a favor de sus beneficiarios por el tiempo que ellos tengan derecho, de acuerdo con lo establecido por la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 797 de 2003

Si llegara a faltar capital para cumplir con el pago de esta obligación, la Aseguradora deberá ponerlo de su propio patrimonio.

**INEXISTENCIA DE BENEFICIARIOS:** Como el capital pasa a ser propiedad de la Aseguradora, el saldo que resulte después de cumplir con la obligación anterior, no se devuelve a los herederos.

**CONTATO IRREVOCABLE:** En esta modalidad ninguna de las partes podrá poner término anticipado al contrato, el cual permanecerá vigente hasta la muerte del pensionado o del último beneficiario con derecho.

.....

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1



## PAZ Y SALVO RETIRO DE EMPLEADOS

RG-GH-24

V4

13/11/2018

El trabajador o el Jefe Directo del colaborador que culmina su vínculo laboral con la Empresa debe tramitar el presente registro y hacerlo llegar al auxiliar de Recursos Humanos con el fin de formalizar el trámite de su liquidación de salarios y prestaciones.

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº IDENTIFICACIÓN	FECHA ULTIMO DÍA DE LABOR
SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	12957079	31-12-2018
ÁREA	CARGO	FECHA DE RECIBIDO DE PAZ Y SALVO EN TALENTO HUMANO
TÉCNICA	OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCIÓN	

Solicitamos que cada uno de los representantes de las áreas que se relacionan a continuación, certifiquen que el colaborador que se retira de la Compañía se encuentre a Paz y Salvo por todo concepto. Por favor enviar este registro diligenciado al auxiliar de Recursos Humanos.

**Importante:** Por favor adjuntar las novedades pendientes por pagar o descontar (horas extras, vacaciones, etc.)

JEFE INMEDIATO	
Documentos del area	
Acta de entrega del cargo	
Llaves/claves de acceso	
Otros:	
Si existe un valor pendiente por cruzar en nomina, informar de forma inmediata al auxiliar de Talento Humano	
NOMBRE/FIRMA JEFE INMEDIATO	

ALMACEN	
Bementos de oficina	
Dotacion	✓
Caja menor	
Celulares/Cameras	
Otros:	
Si existe un valor pendiente por cruzar en nomina, informar de forma inmediata al auxiliar de Talento Humano	
NOMBRE/FIRMA JEFE ALMACEN	

ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
Prestamos	✓
Anticipos	✓
Tarjetas de crédito	✓
Otros:	✓
Si existe un valor pendiente por cruzar en nomina, informar de forma inmediata al auxiliar de Talento Humano	
NOMBRE/FIRMA ADMIN. Y FINANCIERA	

SISTEMAS	
Equipo de computo	✓
Impresoras	✓
Accesorios	✓
Cancelacion Correo Electronico	✓
Otros:	
Si existe un valor pendiente por cruzar en nomina, informar de forma inmediata al auxiliar de Talento Humano	
NOMBRE/FIRMA SISTEMAS	

RECURSOS HUMANOS	
Fondo de empleados	
Camé	
Otros:	
Si existe un valor pendiente por cruzar en nomina, informar de forma inmediata al auxiliar de Talento Humano	
NOMBRE/FIRMA RECURSOS HUMANOS	



Siente tu ciudad, vivela limpia



San Juan de pasto, 02 de enero del 2019

Señores:

**AM:PM24 S.A.S.**

Médico Ocupacional

CALLE 21B NO. 15-66 BARRIO JAVERIANO

Asunto: **Examen Médico de retiro**

Cordial saludo, por medio de la presente me permito solicitarle realizar examen médico de retiro, al señor (a):

**NOMBRES:** OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

**IDENTIFICACIÓN:** 12957079

**CARGO:** OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCIÓN

Los exámenes a realizar son:

- Examen físico con énfasis en osteomuscular

NOTA: Cita autorizada para el día **14 de enero de 2019 a las 8:15 a.m** (el colaborador deberá presentarse 15 minutos antes y llevar copia de la cédula ampliada), **su asistencia es de carácter obligatorio.**

Cordialmente,

  
**DANIA LICETH BASTIDAS MELO**  
Auxiliar de Talento Humano  
EMAS PASTO S,A ESP

 **TALENTO HUMANO**

segundo Abel Oviedo  
12957079

San Juan de Pasto, 31 de diciembre de 2018



**LA EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A ESP**

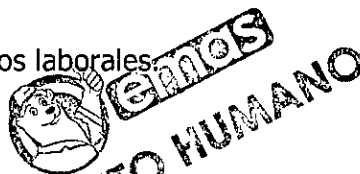
**NIT: 814.000.704-1**

**HACE CONSTAR**

Que el señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** identificado con cédula de ciudadanía número 12.957.079 de Pasto (Nariño), laboró en esta Empresa, durante el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2008 hasta el 31 de diciembre de 2018. Desempeñándose como **OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCIÓN**.

Esta constancia se expide para efectos laborales

  
**DIANA FERNANDA DELGADO ZAMBRANO**  
Gerente de Talento Humano  
Emas Pasto S.A ESP



*Segundo Oviedo*

Elaboro: **Dania Bastidas**

Emas Pasto S.A. ESP  
Nit. 814.000.704-1  
Carrera 24 No. 23-51  
Tels: (2) 7216169 – (2) 7362874: Ext 105-106  
San Juan de Pasto – Colombia



aseourbano  
S.O.S. 8420



aseourbano  
C.O. CONTROL O 8420



**Tecniamsa**  
Tecnologías Ambientales de Colombia S.A.S. E.S.P.



Medellín, 02 de Enero de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) desafiada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(es) dependientes de EMAS PASTO SA ESP.

Cédula

Nombre

Fecha fin vigencia

Código transacción

Fecha de proceso

C12957079

SEGUNDO ABEL OVIEDO PÉREZ

31/12/2018

2018h941

02/01/2019 01:24:13

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10853095101900248268

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Dirección IP: 181.62.161.32, 172.16.42.236

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

PASTO, 02 de enero de 2019



Señor(a)  
SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ  
CC12957079  
PASTO

ARUS (antes Enlace Operativo) Certifica

Dando cumplimiento a la obligación consagrada en el Parágrafo Primero del artículo 29 de la Ley 789 de 2002, le estamos informando sobre los pagos efectuados al Sistema de Seguridad Social correspondientes de los tres (3) meses anteriores a la terminación de su contrato de trabajo, en lo que se refiere a las cotizaciones efectuadas a Salud, Pensión, Riesgos Profesionales y Parafiscales (Sena, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Caja de Compensación Familiar), dado que su desvinculación de la empresa EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP se dió el día 31 de diciembre de 2018.

#### Pensión

Período	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Tipo Admin	Entidad	IBC	Ap. Obligatorio	FSP	Total
201811	38299395	AFP	230201 - PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 0	\$ 125.000
201810	38018530	AFP	230201 - PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 0	\$ 125.000
201809	37759768	AFP	230201 - PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 0	\$ 125.000

#### Salud

Período	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Tipo Admin	Entidad	IBC	Aporte Obligatorio
201811	38299395	EPS	EPS044 - MEDIMAS EPS	\$ 781.242	\$ 31.300
201810	38018530	EPS	EPS044 - MEDIMAS EPS	\$ 781.242	\$ 31.300
201809	37759768	EPS	EPS044 - MEDIMAS EPS	\$ 781.242	\$ 0

Página 1 de 2

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 -  
Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras  
manos.



Atentamente,

*U. B. delgado*

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A.  
ESP



*segundo u. B. delgado*

Página 2 de 2

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 -  
Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras  
manos.





HOJA DE CONTROL HISTORIA LABORAL.

RG-GA-20

vi

MARZO 2011

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

Oviedo Perez Segundo Abel

**CEDULA**

12.957.039

[illegible]

FECHA DE ELABORACION:

RESPONSABLE MANEJO HISTORIA LABORAL

DIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS



**EMAS SOCIAL S.A.****CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO No. 212/2007  
A TÉRMINO INDEFINIDO**

<b>Empleador:</b>	<b>EMAS SOCIAL S.A.</b>
<b>Trabajadora:</b>	<b>OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL</b>
<b>Cédula de ciudadanía:</b>	<b>12,957,079</b>
<b>Término de duración:</b>	<b>Indefinido</b>
<b>Fecha de Iniciación:</b>	<b>1 de Enero de 2008</b>
<b>Salario mensual:</b>	<b>\$461.500</b>

Entre nosotros a saber por una parte: **OSCAR PARRA ERAZO**, mayor de edad y vecino de San Juan de Pasto, identificado con la cédula de ciudadanía número 12.967.985 expedida en Pasto, en su calidad de Gerente y representante legal de **EMAS SOCIAL S.A.**, nombrado mediante Escritura de Constitución No. 7.139 del 12 de diciembre de 2007, de la Notaría Cuarta del Circulo de Pasto, debidamente registrada ante la Cámara de Comercio de Pasto, bajo el No. 116224-4 del 17 de diciembre de 2007, y quien aquí se denominará **EL EMPLEADOR** y por otra parte, **OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12,957,079 expedida en Pasto, vecino y residente en la ciudad de Pasto, en CL. 6 No. 13-19 NIZA I, y quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL TRABAJADOR**, hemos convenido en celebrar el presente contrato de Trabajo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** para cumplir con las funciones de **OPERARIO DE RECOLECCION**, obligándose a: 1) Poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes y las estipuladas en el Manual de Funciones de la Empresa; 2) No prestar directa o indirectamente sus servicios complementarios a otros **EMPLEADORES**, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la duración del contrato; 3) Guardar estricta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general sobre todos los asuntos que lleguen a su conocimiento por causa o por ocasión de su contrato de trabajo; 4) Realizar en forma eficiente y oportuna todas las labores relacionadas con la recolección de residuos en áreas públicas y privadas, con permanente actitud de servicio. 5) Evacuar los depósitos y dejar barridos los mismos, ubicar los recipientes retornables de los usuarios a una distancia máxima de tres metros del lugar donde se encontró. 6) Tener trato respetuoso con el público en general, usar las dotaciones asignadas que incluyen los elementos de seguridad industrial adecuados descritas mas adelante. 7) Realizar labores de mantenimiento básico como el lavado, engrases, cambios de aceites de los vehículos recolectores de las diferentes rutas asignadas. 8) El contratista realizara las demás actividades adicionales de barrido y limpieza que el empleador le

## **Contrato Laboral a Término Fijo No.212**


asigne. 9) Las demás funciones que le sean asignadas por su jefe inmediato, acorde con la naturaleza de su cargo. 10) Dar cumplimiento al Manual de Funciones y Competencias en lo de su cargo. **CLÁUSULA SEGUNDA. SALARIO.-** EL EMPLEADOR pagará **AL TRABAJADOR** por la prestación de sus servicios la suma de **CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS (\$461.500)**, mensuales. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que trata los capítulos I, II, y III del título VI del C.S.T. Se aclara y se conviene que en los casos en los que el **TRABAJADOR**, devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 85.5% de dichos ingresos constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante esta destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del título VIII del C.S.T. **CLÁUSULA TERCERA.- TÉRMINO DE DURACIÓN.-** El término de duración del presente contrato es a término indefinido. Las partes acuerdan un período de prueba de dos (2) meses. **CLÁUSULA CUARTA.- JUSTAS CAUSAS PARA DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE TRABAJO UNILATERALMENTE POR PARTE DEL EMPLEADOR.-** Son justas causas las contempladas en el artículo 62 del C.S.T. subrogado por el D.L. 2351 de 1965, artículo 7: a) El haber sufrido engaño por parte del **TRABAJADOR**, mediante la presentación de certificados falsos para su admisión o tendientes a obtener un provecho indebido; b) Todo acto de violencia, injuria o malos tratamientos en que incurra el **TRABAJADOR** fuera del servicio, en contra del **PATRONO**, de los miembros de su familia, el personal directivo o sus compañeros de trabajo; c) Todo acto grave de violencia, injuria o malos tratamientos en que incurra el **TRABAJADOR** prestando el servicio, en contra **DEL EMPLEADOR**, de los miembros de su familia o de sus representantes y socios; d) Todo daño material causado intencionalmente a los edificios, obras, máquinas y materias primas, instrumentos y demás objetos relacionados con el trabajo y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas y de las cosas; e) Todo acto inmoral o delictuoso que el trabajador cometa en el lugar de trabajo o en el desempeño de sus labores; f) La detención preventiva del **TRABAJADOR** por más de treinta (30) días a menos que posteriormente sea absuelto. g) El que **EL TRABAJADOR** revele los secretos técnicos o comerciales o de a conocer asuntos de carácter reservado causando perjuicio a la empresa; h) El deficiente rendimiento en el trabajo en relación con la capacidad del **TRABAJADOR** y con el rendimiento promedio en las labores análogas, cuando no se corrija en un plazo razonable a pesar del requerimiento del patrono; i) La sistemática inejecución sin razones válidas por parte del trabajador de las obligaciones legales o convencionales; j) Todo vicio del trabajador que perturbe la disciplina del establecimiento; k) La renuncia sistemática del trabajador a aceptar las medidas preventivas, profilácticas o curativas prescritas por el médico del patrono; l) La ineptitud del trabajador para realizar la labor encomendadas ; m) El reconocimiento del trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la Empresa; n) La enfermedad contagiosa o crónica del trabajador, que no tenga carácter profesional, así como cualquiera otra enfermedad o lesión que lo incapacite para el trabajo cuya curación no haya sido posible durante ciento ochenta días (180), el despido por esta causa no podrá efectuarse sino al vencimiento de dicho lapso y no exime al patrono de las prestaciones e indemnizaciones


**Contrato Laboral a Término Fijo No.212**

legales y convencionales; ñ) Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones especiales que incumben al trabajador de conformidad con lo dispuesto en los artículos 58 y 60 del C.S.T., o cualquier falta grave calificada como tal en el reglamento interno de trabajo. **PARÁGRAFO TERCERO.- FALTAS GRAVES QUE DAN LUGAR A TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL EMPLEADOR.-** Se consideran como faltas graves motivadoras para dar por terminado el contrato de trabajo con justa causa por parte del Empleador, las siguientes: a) La no asistencia puntual al trabajo, sin causa suficiente a juicio del Empleador, por dos (2) veces en un mismo mes calendario; b) La ejecución por parte del TRABAJADOR de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización del EMPLEADOR; c) La revelación de secretos y datos reservados de la Empresa; d) Las repetidas desavenencias con sus compañeros de trabajo; e) El hecho de que el trabajador llegue embriagado al trabajo o ingiera bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aún por la primera vez; f) La realización de actividades de reciclaje durante el desempeño de sus funciones. g) Las estipuladas en el artículo 56 del Reglamento Interno de Trabajo. **CLÁUSULA QUINTA.- JUSTAS CAUSAS PARA DAR POR TERMINADO EL PRESENTE CONTRATO POR PARTE DEL TRABAJADOR.-** Son Justas causas para dar por terminado el presente contrato por parte del trabajador las siguientes: a) El haber sufrido engaño por parte del patrono, respecto las condiciones de trabajo; b) Todo acto de violencia, malos tratos o amenazas graves inferidas por el patrono contra el trabajador o los miembros de su familia dentro o fuera del servicio o inferidas dentro del servicio por parte de los parientes, o sus representantes o dependientes del patrono con el consentimiento o tolerancia de este; c) Cualquier acto del patrono que induzcan al trabajador a cometer un acto ilícito o contrario a sus convicciones políticas o religiosas; d) Todas las circunstancias que el trabajador no pueda prever al celebrar el contrato y que pongan en peligro su seguridad o salud y que el patrono no se allane a modificar; e) Todo perjuicio causado maliciosamente por el patrono al trabajador en la prestación del servicio; f) El incumplimiento sistemático y sin razones válidas por parte del patrono de las obligaciones convencionales y legales; g) La exigencia del patrono sin razones válidas de la prestación de un servicio distinto o en lugares diversos de aquel por el cual fue contratado; h) Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones que incumben al patrono de acuerdo con los Art. 57 y 59 del C.S.T o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos. **CLÁUSULA SEXTA.-** Las partes podrán convenir que el trabajador se presente en lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o implique perjuicios para él. Los gastos que implique el traslado serán cubiertos por el EMPLEADOR, todo de conformidad con el Art. 57 Numeral 8 del CST. **CLÁUSULA SÉPTIMA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA.-** Por economía procesal y especialmente con el propósito de obtener una pronta decisión en cuanto a futuras pretensiones de las partes, éstas acuerdan expresamente que cualquier diferencia o controversia que se llegue a presentar en razón a la interpretación, aplicación vigencia o cumplimiento del contrato de trabajado celebrado con el TRABAJADOR, indemnizaciones previstas en la ley laboral, salarios, liquidación de cesantías, situaciones discutibles sobre presunto fuero sindical, violación del

**Contrato Laboral a Término Fijo No.212**

Reglamento Interno de Trabajo y del de Seguridad Industrial de la Empresa y otros asuntos laborales semejantes, tales diferencias serán resueltas de la siguiente manera: En primer lugar el trabajador o extrabajador deberá presentar reclamación escrita a la Empresa concretando los conceptos y cuantías de su reclamo con los correspondientes fundamentos para ello; la Empresa dispone de un término de treinta (30) días hábiles para responder al trabajador accediendo o negando total o parcialmente la petición de éste, siendo entendido que transcurrido dicho término máximo la empresa no hubiere dado respuesta se entenderá que no accede a la petición del reclamante y por lo tanto en este caso como en el de negociación parcial o total por parte de la Empresa, el asunto será sometido exclusivamente al fallo de árbitros, estos serán nombrados de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Pasto; dependiendo de la cuantía puede nombrarse uno (1) o tres (3) árbitros, su fallo será en derecho y el Tribunal una vez constituido funcionará de conformidad con el reglamento del Tribunal de Arbitramento de la Cámara de Comercio y de conformidad a las disposiciones legales que existan sobre la materia. **CLÁUSULA OCTAVA.- DOMICILIO CONTRACTUAL.-** Se pacta como domicilio contractual para todos sus efectos la Ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, República de Colombia. Para constancia se firma en señal de aprobación y de haber recibido la respectiva copia por cada una de las partes, a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de dos mil siete (2007).

  
**OSCAR PARRA ERAZO**  
**EMAS SOCIAL S.A.**  
**EMPLEADOR**

  
**OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**  
**EL TRABAJADOR**  
**12957079**

Proyectado por: **Carmenza Enriquez Paredes**  
**Directora Jurídica**

**EMAS PASTO S.A E.S.P.**  
**Carrera 24 No. 23-51 Pasto-Nariño**




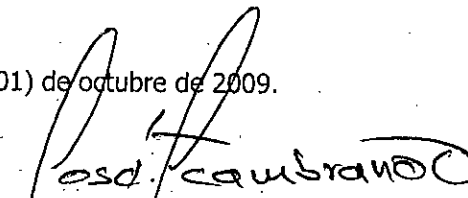
Nit. 814.000.704-1


**OTRO SÍ AL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO SUSCRITO ENTRE EMAS SOCIAL S.A.  
Y OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**

Entre OSCAR PARRA ERAZO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.967.985 de Pasto, actuando en su condición de Representante Legal de EMAS SOCIAL S.A.; OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 12.957.079, quien para efectos del presente documento se denominará EL TRABAJADOR y JOSE ANTONIO ZAMBRANO VILLOTA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12'974.426 de Pasto, actuando en su condición de Representante Legal Suplente de la Empresa Metropolitana de Aseo de Pasto S.A. E.S.P., se conviene suscribir el presente otro sí al contrato laboral suscrito por las partes, el cual habrá de regirse por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** A partir del primero (1) de octubre de 2009 el empleador que tendrá a cargo todas las obligaciones laborales será la Empresa Metropolitana de Aseo de Pasto S.A. E.S.P., por lo que EL TRABAJADOR se compromete a continuar prestando sus servicios a ésta última en las mismas condiciones estipuladas en el contrato. **SEGUNDA:** Para todos los efectos se conviene que la presente decisión implica sustitución patronal. **TERCERA:** Todas las demás cláusulas y consideraciones del contrato laboral existente entre las partes conservarán plena validez.

Para constancia se firma en Pasto, el primero (01) de octubre de 2009.

  
OSCAR PARRA ERAZO  
EMPLEADOR  
EMAS SOCIAL S.A.

  
JOSE ANTONIO ZAMBRANO VILLOTA  
Gerente (S)  
EMAS PASTO S.A. E.S.P.

  
OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL  
C.C. 12.957.079  
TRABAJADOR

Proyecto MARIA ISABEL MAFLA MARTINEZ  
Asesora Jurídica

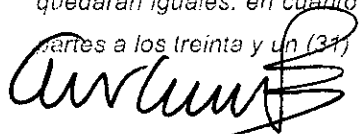
Elaboro: TANIA BURBANO BURBANO  
Asistente Gestión Humana y Asesoría Jurídica

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos


## EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P.


## OTRO SI AL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO CELEBRADO ENTRE LA EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Y OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

Entre nosotros a saber; por una parte, **OSCAR PARRA ERAZO**, vecino de San Juan de Pasto, identificado con la cédula de ciudadanía número 12.967.985 expedida en Pasto, en su calidad de Gerente y representante legal de la **EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P.**, nombrado mediante Acta de Junta Directiva No. 076 del 23 de enero de 2007, sociedad legalmente constituida mediante escritura pública No. 4.092 del 3 de diciembre de 1996 de la Notaría Cuarta del Circuito de Pasto, debidamente registrada ante la Cámara de Comercio de Pasto, bajo el No. 06586 del libro IX del 26 de diciembre de 1996, y quien aquí se denominará **EL EMPLEADOR**, y por otra parte, **OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL**, vecino y residente en Pasto, identificado con cédula de ciudadanía No. 12957079 expedida en Pasto, quien en adelante se denominará **EL TRABAJADOR**, hemos convenido en celebrar el presente Otro Sí al Contrato Individual de Trabajo en los siguientes términos: **PRIMERO.-** Las partes acuerdan modificar la cláusula primera del Contrato Individual de Trabajo, de la siguiente manera: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO.- EL TRABAJADOR** prestará sus servicios a **EL EMPLEADOR** como **OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCIÓN** obligándose a: 1) Poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes y las estipuladas en el Manual de Funciones de la Empresa. 2) No prestar directa o indirectamente sus servicios a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia del contrato; 3) Guardar estricta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones, y en general sobre todos los asuntos que lleguen a su conocimiento por causa o por ocasión de su contrato de trabajo. 5) Dar cumplimiento al Manual de Funciones y Competencias en lo de su cargo. **SEGUNDO.- VIGENCIA.-** el presente otro si tendrá vigencia a partir del primero (01) de junio de dos mil diez (2010) **TERCERO.-** En el sentido del presente otro si modifica la cláusula primera del contrato individual de trabajo. Las demás estipulaciones del contrato principal quedarán iguales, en cuanto no contraríen lo aquí pactado. De común acuerdo se firma por las partes a los treinta y un (31) días del mes de mayo del año dos mil diez (2010).

  
**OSCAR PARRA ERAZO**  
**EMAS PASTO S.A. E.S.P.**  
**EL EMPLEADOR**

  
**OVIEDO PÉREZ SEGUNDO ABEL**  
**EL TRABAJADOR**

  
 Vo. Bo. **SANDRA NARVAEZ POLANCO**  
 Directora de Recursos Humanos

  
 Vo. Bo. **MARIA ISABEL MAFLA MARTINEZ**  
 Asesora Jurídica

Elaboro: **TANIA LORENA BURBANO**  
 Asistente Recursos Humanos



MPA

# HOJA DE CONTROL HISTORIA LABORAL

RG-GA-20

VI

MARZO 2011

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

*Oviedo Perez Segundo Abo/*

CEDULA

*12.907.079*

FECHA

TIPO DOCUMENTAL

FOLIO (S)

*16 Dic 2009*

*Evaluación de desempeño*

*26 Nov 2010*

*Evaluación anual*

*14*

*5*

FECHA DE ELABORACION

RESPONSABLE MÀNEJO HISTORIA LABORAL

DIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS

**EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO – NIVEL OPERATIVO**

RG-GH-12

V1

02/10/09

**DATOS DEL EVALUADO**

NOMBRE: OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL CEDULA: 12957079  
AREA: ASEO CARGO: OPERARIO RECOLECCION Y TRANSPORTE

**DATOS DEL EVALUADOR**

NOMBRE: MARTHAISABEL PARRA BENAVIDES CEDULA: 59834435  
AREA: DIRECCIÓN TÉCNICA CARGO: PROFESIONAL DE ASEO Y CONTROL DE MANTENIMIENTO ( E )

**PERIODO EVALUADO**

DESDE DIA: 1 MES: Octubre AÑO: 2009 HASTA DIA: 15 MES: Diciembre AÑO: 2009  
bre

ANUAL ☐ EXTRAORDINARIA ☐ CAMBIO DE CARGO ☐ PERIODO DE PRUEBA ☒

**INSTRUCCIONES:** Señale , según considere, así:

NIVEL	DEFINICION	CATEGORIA
4.7 – 5.0	Supera significativamente los parámetros y las expectativas de la organización	EXCELENTE
4.0 – 4.6	Se destaca frente a los parámetros establecidos y a las expectativas de la organización	MUY BUENO
3.0 – 3.9	Cumple dentro de lo esperado con los parámetros establecidos para el cargo	BUENO
2.0 – 2.9	En algunas ocasiones no alcanza los parámetros establecidos para el cargo	REGULAR
1.0 – 1.9	Se encuentra por debajo de los parámetros y expectativas que la empresa tiene del cargo	DEFICIENTE

HABILIDADES	OBJETO DE OBSERVACION	Autoevaluación	Jefe Inmediato	Otro Evaluador	TOTAL
UTILIZACION DE RECURSOS	Emplea los equipos y elementos dispuestos para el desempeño de sus funciones adecuadamente	5.0	3.7	3.9	4.2
CALIDAD	Realiza su labor con eficiencia y en el tiempo adecuado, de acuerdo a la programación previamente establecida	4.0	3.6	3.8	3.8
CONOCIMIENTO DEL TRABAJO	Aplica las destrezas y conocimientos necesarios para el cumplimiento de actividades y funciones del cargo	5.0	3.8	4.0	4.2
ORIENTACION AL USUARIO	Atiende y valora las necesidades y peticiones de los usuarios y de ciudadanos en general.	5.0	3.7	4.0	4.2
COMPROMISO CON LA ORGANIZACION	Promueve las metas de la organización y respeta sus normas	4.0	4.0	4.0	4.0





## EVALUACION DE DESEMPEÑO - NIVEL OPERATIVO

RG-GH-12

V1

02/10/09

ADAPTACION AL CAMBIO	Acepta y se adapta fácilmente a los cambios	3.0	3.0	3.0	3.
DISCIPLINA	Acepta instrucciones aunque se difiera de ellas y acepta la supervisión constante.	5.0	3.8	4.0	4.2
PUNTUALIDAD	Es puntual en su horario de trabajo y en la entrega de tareas asignadas.	4.0	4.0	4.0	4
RELACIONES INTERPERSONALES	Transmite eficazmente las ideas, sentimientos e información generando un ambiente laboral de cordialidad y respeto.	3.0	3.7	4.0	3.5
COLABORACION	Coopera con los compañeros en las labores de la dependencia y de la empresa.	5.0	3.8	4.0	4.2
INICIATIVA	Resuelve los imprevistos de su trabajo y mejora los procedimientos.	4.0	3.6	3.8	3.8
TRANSPARENCIA	Genera confianza frente al manejo de la información y en la ejecución de las actividades.	5.0	3.7	4.0	4.2
CALIFICACION DEFINITIVA:		4.3	3.7	3.8	3.9
NIVEL DE DESEMPEÑO:		Bueno			

### FORTALEZAS

Respetuoso, conoce bien la labor asignada.

### OPORTUNIDADES

- conocer otras zonas de trabajo.

**EMAS****EVALUACION DE DESEMPEÑO - NIVEL OPERATIVO**

RG-GH-12

V1

02/10/09

**PLAN DE MEJORAMIENTO****ASPECTOS A MEJORAR****INDICADOR****FECHA  
INICIAL****FECHA  
FINAL****SEGUIMIENTO  
SEMESTRAL****SEGUIMIENTO  
ANUAL**

Acepter cambios y no deferir de ellos

100% aceptación  
de cambio

oct/09

dic/09

**OBSERVACIONES DEL EVALUADO**



# EVALUACION DE DESEMPEÑO - NIVEL OPERATIVO

RG-GH-12

V1

02/10/09

\* *Segundo Oviedo*

Firma Autoevaluación

Ciudad y Fecha

*Yantheroche Perez B.*

Firma del Evaluador (Jefe Inmediato)

*Pobo, Dic 16/09*

Ciudad y Fecha

*[Signature]*

Firma del Evaluador (Otro Evaluador)


Ciudad y Fecha

\* *Segundo Oviedo*

Firma del Evaluado

Ciudad y Fecha

NOTA: (1). Indicar: qué, características y cuánto. P.E. Capacitado en sistemas básicos, 40 horas.

	EVALUACIÓN ANUAL 2010	RG-GH-10
	CARGO OPERARIO BARRIDO, RECOLECCION Y PAISAJISMO	V1
		Jun-10

NOMBRE COMPLETO:	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ		
CARGO	OPERARIO DE RECOLECCIÓN		
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE EVALUACION	MARTHASABEL PARRA BENAVIDES	CARGO:	JEFE DE ASEO
FECHA DE EVALUACION:	NOVIEMBRE 26 DE 2010		

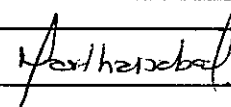
VALOR %	N	INDICADOR COMPORTAMENTAL	Calificar de 1 a 5	Promedio final
20	1	Realiza su labor con eficiencia y en el tiempo adecuado, de acuerdo a la programación previamente establecida.	3.8	0.76
10	2	Emplea los elementos dispuestos para el desempeño de sus funciones adecuadamente.	3.6	0.36
10	3	Acepta instrucciones y la supervisión constante.	3.8	0.38
10	4	Es puntual en su horario de trabajo, tanto para el inicio como para la finalización de sus tareas	3.9	0.39
20	5	Utiliza la dotación y elementos de protección personal de manera adecuada	3.3	0.66
10	6	Con su comportamiento promueve un ambiente de trabajo agradable y basado en la confianza	3.9	0.39
10	7	Coopera con los compañeros en las labores del sector, del área y de la empresa.	4	0.4
10	8	Cumple con las normas y los procedimientos de la empresa	4	0.4
100				74.8

TENIENDO EN CUENTA LA CALIFICACION FINAL, REVISAR LA CATEGORIA EN LA QUE SE UBICA, EN EL SIGUIENTE CUADRO

SEÑALE CON UNA X donde se encuentra ubicado el PUNTAJE:	Categoría
Entre 90 y 100	Desempeño excelente
Entre 70 y 89	Desempeño Competitivo
Entre 50 y 69	Desempeño deficiente
Entre 0 y 49	Desempeño pésimo

OBSERVACIONES:

NOMBRE EVALUADOR: MARTHASABEL PARRA BENAVIDES

FIRMA: 

FIRMA DEL EVALUADO: Segundo Oviedo

(Con su firma certifica que conoce los resultados de su evaluación)

750 14 52



**GESTIÓN DEL DESEMPEÑO - EVALUACION DE COMPETENCIAS**  
**PERSONAL OPERATIVO**

RG-GH-27

V1

31/05/2011

FECHA: 20 de Enero del 2011

NOMBRE DEL COLABORADOR: SEGUNDO ABEL OVIEDO

JEFE INMEDIATO (evaluador): MARTHAISABEL PARRA

**EVALUACION DE COMPETENCIAS 2011**

**SEGUIMIENTO DE REGLAS ADMINISTRATIVAS Y DE SALUD OCUPACIONAL**

COMPORTAMIENTOS	JEFE INMEDIATO
Se presenta diariamente en el horario y lugar de trabajo programados.	Siempre
Viste la dotación completa (ropa y calzado de trabajo), cumpliendo normas de higiene personal	Siempre
Porta y usa adecuadamente los elementos de protección personal.	Casi Siempre
En caso de inasistencia laboral ha justificado la misma con el debido soporte.	Siempre
Solicita permisos y licencias con 5 días de anticipación para no afectar la operación del equipo de trabajo.	Casi Siempre
Reporta a sus superiores situaciones irregulares que afecten la correcta ejecución de las tareas.	Casi Nunca
Gestiona ante la persona (s) encargadas la reposición de elementos de protección personal y elementos de trabajo.	Siempre
Reporta actos inseguros y/o condiciones peligrosas que pueden afectar la integridad humana o generar pérdidas a la compañía o la comunidad.	Casi Nunca
Asiste puntualmente a jornadas de capacitación y entrenamiento programadas por la compañía.	Siempre
Atiende las normas generales y recomendaciones de seguridad y salud ocupacional exigidas por la empresa.	A Veces
Se asegura de que los equipos de trabajo permanezcan en perfecto estado, reportando fallas y/o novedades.	A Veces
Reporta de inmediato accidentes o incidentes de trabajo a su jefe o al superior que se encuentre a cargo.	Casi Siempre

Puntaje

**ORIENTACIÓN A RESULTADOS (OR)**

COMPORTAMIENTOS	JEFE INMEDIATO
Obtiene resultados con calidad en el tiempo requerido.	A Veces
Soluciona los obstáculos que se le presentan en el logro de sus labores.	Casi Siempre
Logra un nivel de resultados sostenido dentro de su equipo de trabajo.	A Veces
Evidencia compromiso y esfuerzo por el logro de metas.	A Veces
Muestra creatividad y recursividad para solucionar las dificultades que se le presentan.	A Veces

Puntaje por competencia

**TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN (TEC)**

COMPORTAMIENTOS	JEFE INMEDIATO
Conoce sus tareas básicas e identifica con quienes debe interactuar para el logro de las mismas.	A Veces
Entrega información y se comunica de manera abierta.	Casi Nunca
Conoce sus habilidades y desarrolla acciones en beneficio de su equipo.	A Veces
Tiene habilidad para comunicarse, entender y recibir los aportes de otros.	A Veces
Se alinea con los miembros de su equipo y aporta para el cumplimiento de objetivos comunes.	A Veces

Puntaje por competencia

**INTERES POR EL CLIENTE (IC)**

COMPORTAMIENTOS	JEFE INMEDIATO
Realiza sus labores con calidad, oportunidad y costos, manteniendo la satisfacción del cliente interno y externo.	A Veces
Reconoce la importancia de la relación gana-gana con el cliente interno y externo.	A Veces
Muestra interés en el desarrollo de relaciones a largo plazo con los clientes internos y externos.	A Veces
Actúa tomando en cuenta la información y necesidades de los clientes internos y externos.	A Veces
Satisface las necesidades del cliente de acuerdo con las responsabilidades del cargo.	A Veces

Puntaje por competencia

**ADMINISTRACION DE RECURSOS (AR)**

COMPORTAMIENTOS	JEFE INMEDIATO
Optimiza los recursos de la organización que están bajo su alcance y minimiza el desperdicio.	A Veces
Conoce y cumple sus funciones usando el mínimo de recursos necesario para la ejecución correcta de las tareas.	A Veces
Atiende y ejecuta instrucciones de sus superiores siguiendo criterios de orden y calidad en la realización de sus tareas logrando el objetivo propuesto en el tiempo planeado.	A Veces
Se interesa por mejorar su conocimiento, manejo de las herramientas de trabajo y por conocer información de su entorno laboral.	A Veces
Conoce las metas y prioridades en su trabajo organizando su tiempo para el logro de las mismas.	A Veces

Puntaje por competencia

**CRITERIOS DE CALIFICACION:**

COMPETENCIAS DESARROLLADAS DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DEL CARGO

VERIFICADO POR

COMPETENCIAS INSUFICIENTES PARA EL CARGO. REQUIERE PLAN DE DESARROLLO PARA MEJORAR EL AJUSTE A LAS COMPETENCIAS DEL CARGO	AMARILLO: De 60 a 79
DEFICIENTE DESARROLLO DE COMPETENCIAS, REQUIERE PLAN DE DESARROLLO, COMPROMISOS Y FECHAS DE SEGUIMIENTO	

COMENTARIOS (ACCIONES O RECURSOS, OPINIONES, AVANCES...)

APROBACIONES:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL COLABRADOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL COLABRADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

SEGUIMIENTO No.1

FECHA: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL COLABRADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

SEGUIMIENTO No.2

FECHA: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL COLABRADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

SEGUIMIENTO No.3

FECHA: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL COLABRADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

# DILIGENCIAR EVALUACIÓN

## INFORMACIÓN GENERAL

Evaluado Segundo Obiedo

Evaluador

Cargo

## INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN :

### COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES

#### TRABAJAR POR EL CLIENTE (El servicio diferencial, nuestra promesa)

- 1) Trata con amabilidad (lenguaje y comportamiento cálido y respetuoso), para asegurar experiencias positivas
- 2) Pide información a sus clientes para identificar particularidades y asegurar relaciones diferenciales.
- 3) Hace seguimiento del compromiso acordado con el cliente para garantizar plena satisfacción.
- 4) Verifica la información dada y recibida, para comprender la necesidad y entregar un servicio de calidad.
- 5) Expresa información positiva de los clientes, demostrando su importancia e impacto para la organización.
- 6) Actúa favoreciendo que sus acciones fortalezcan la relación con el cliente y el trabajo mutuo.

4
4
3
4
3
4

#### ALCÁNZAR LOS RESULTADOS (La excelencia y el logro nuestro compromiso)

- 1) Cumple con los compromisos que adquiere y/o acuerda oportunamente cambios a los mismos para entregar resultados.
- 2) Actúa persistentemente en el cumplimiento de sus metas superando obstáculos y/o midiendo avanza.
- 3) Propone formas simples y diferentes de hacer las cosas para conseguir mejores resultados.
- 4) Identifica y gestiona eventos de riesgo o imprevistos, para garantizar el cumplimiento de las metas.
- 5) Participa de manera activa y entusiasta desde su cargo, contribuyendo a las exigencias y cambios de la organización.
- 6) Resuelve oportunamente situaciones problemáticas manteniendo foco en sus objetivos, sin desviarse.

4
3
4
4
3
4
4

#### ACTUAR CON COMPROMISO AMBIENTAL (Transformación de la cultura ambiental e impacto social, nuestro foco en GRUPO SALA)

- 1) Comunica la relación entre su trabajo y el propósito organizacional para apoyar la transformación de la cultura ambiental.
- 2) Actúa de acuerdo a los valores y principios del GRUPO, promoviéndolos en la organización.
- 3) Actúa respetando las costumbres y diversidad cultural para asegurar mayor impacto en las comunidades por las que trabajamos.
- 4) Trabaja colaborando con diferentes personas, equipos y líneas del negocio, viéndolos como aliados, para fortalecer la identidad de GRUPO.
- 5) Ejecuta acciones para adquirir y compartir nuevos conocimientos contribuyendo a la experticia sobre el negocio
- 6) Implementa acciones para conocer lo que hacen otros y la relación que hay con su que hacer promoviendo una visión de GRUPO.

3
4
4
3
4
3

ESCALA DE VALORACIÓN : 1- Casi nunca 2- Pocas veces 3-Algunas veces 4 - Casi siempre

OK

**emas**

Inicio

Tareas

Pendientes

Noticias

Mapa de procesos

MENÚ PRINCIPAL &gt; Talento Humano &gt; Evaluaciones de competencias &gt; Diligenciar evaluaciones

**RESULTADOS**

<b>Evaluado</b>	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	<b>Cargo</b>	OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION
<b>Evaluador</b>	ALEXANDER GEOVANNY RIVADENEIRA VALENCIA		

**COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES**

TRABAJAR POR EL CLIENTE (El servicio diferencial, nuestra promesa)	84.17
ALCANZAR LOS RESULTADOS (La excelencia y el logro nuestro compromiso)	80.83
ACTUAR CON COMPROMISO AMBIENTAL (Transformación de la cultura ambiental e impacto social, nuestro foco en GRUPO SALA)	81.67
<b>TOTAL EVALUACION DE COMPETENCIAS</b>	<b>82.22</b>

Ok

*Segundo Oviedo*



MENÚ PRINCIPAL &gt; Talento Humano &gt; Evaluaciones de competencias &gt; Evaluaciones diligenciadas

## &gt; DILIGENCIAR EVALUACIÓN

## INFORMACIÓN GENERAL

Evaluado SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ

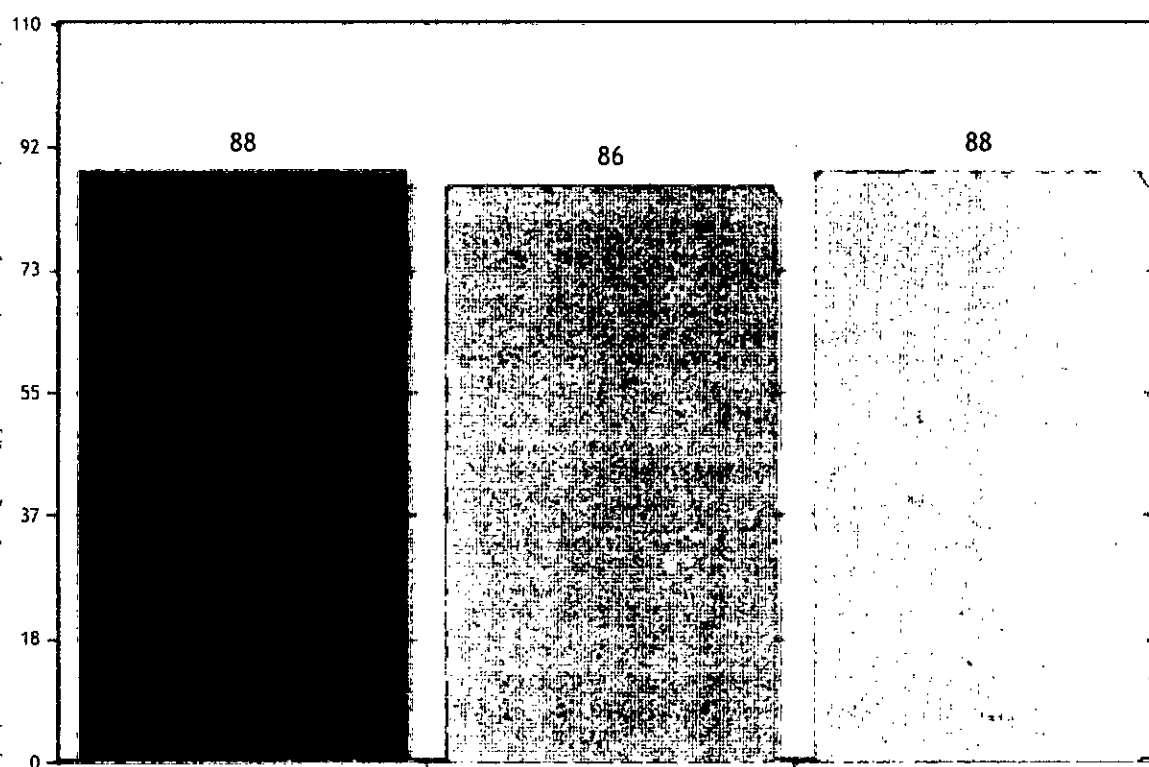
Cargo OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION

Evaluación 589. EVALUACIONES BARRIDO DENNIS PABON 2015 (COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES)

## INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

	AUTOEVALUACIÓN (0%)	JEFE INMEDIATO (100%)
COMPETENCIAS	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	EINDER DENNIS PABON GIL
<b>TRABAJAR POR EL CLIENTE (El servicio diferencial, nuestra promesa)</b>		
1. Trata con amabilidad (lenguaje y comportamiento cálido y respetuoso), para asegurar experiencias positivas	CASI SIEMPRE	CASI SIEMPRE
2. Pide información a sus clientes para identificar particularidades y asegurar relaciones diferenciales.	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
3. Hace seguimiento del compromiso acordado con el cliente para garantizar plena satisfacción.	ALGUNAS VECES	ALGUNAS VECES
4. Verifica la información dada y recibida, para comprender la necesidad y entregar un servicio de calidad.	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
5. Expresa información positiva de los clientes, demostrando su importancia e impacto para la organización.	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
6. Actúa favoreciendo que sus acciones fortalezcan la relación con el cliente y el trabajo mutuo.	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
<b>ALCANZAR LOS RESULTADOS (La excelencia y el logro nuestro compromiso)</b>		
1. Cumple con los compromisos que adquiere y/o acuerda oportunamente cambios a los mismos para entregar resultados.	CASI SIEMPRE	CASI SIEMPRE
2. Actúa persistentemente en el cumplimiento de sus metas superando obstáculos y/o pidiendo ayuda.	ALGUNAS VECES	ALGUNAS VECES
3. Propone formas simples y diferentes de hacer las cosas para conseguir mejores resultados.	CASI SIEMPRE	POCAS VECES
4. Identifica y gestiona eventos de riesgo o imprevistos, para garantizar el cumplimiento de las metas.	CASI SIEMPRE	CASI SIEMPRE
5. Participa de manera activa y entusiasta desde su cargo, contribuyendo a las exigencias y cambios de la organización.	ALGUNAS VECES	POCAS VECES
6. Resuelve oportunamente situaciones problemáticas manteniendo foco en sus objetivos, sin desviarse.	CASI SIEMPRE	CASI SIEMPRE
<b>ACTUAR CON COMPROMISO AMBIENTAL (Transformación de la cultura ambiental e impacto social, nuestro foco en GRUPO SALA)</b>		

1. Comunica la relación entre su trabajo y el propósito organizacional para apoyar la transformación de la cultura ambiental.	ALGUNAS VECES	ALGUNAS VECES
2. Actúa de acuerdo a los valores y principios del GRUPO, promoviéndolos en la organización.	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
3. Actúa respetando las costumbres y diversidad cultural para asegurar mayor impacto en las comunidades por las que trabajamos.	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES
4. Trabaja colaborando con diferentes personas, equipos y líneas del negocio, viéndolos como aliados, para fortalecer la identidad de GRUPO.	CASI SIEMPRE	CASI SIEMPRE
5. Ejecuta acciones para adquirir y compartir nuevos conocimientos contribuyendo a la experticia sobre el negocio	ALGUNAS VECES	ALGUNAS VECES
6. Implementa acciones para conocer lo que hacen otros y la relación que hay con su que hacer promoviendo una visión de GRUPO.	ALGUNAS VECES	ALGUNAS VECES
<b>SUBTOTAL</b>	<b>95</b>	<b>87</b>
<b>APORTE</b>	<b>0%</b>	<b>87%</b>
<b>TOTAL EVALUACION DE COMPETENCIAS</b>	<b>87%</b>	



TRABAJAR POR EL CLIENTE (El servicio diferencial, nuestra promesa)

ALCANZAR LOS RESULTADOS (La excelencia y el logro nuestro compromiso)

ACTUAR CON COMPROMISO AMBIENTAL (Transformación de la cultura ambiental e impacto social, nuestro foco en GRUPO SALA)

Plan de mejora individual

[Volver](#)

[Imprimir](#)

*Supervisor* 12487667 *Perez*  
*Segundo Abel Nieto* 12954079

Grupo Sala

## GESTIÓN DEL DESEMPEÑO

### EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PERSONAL OPERATIVO

FECHA: 25/02/13

NOMBRE DEL COLABORADOR: Segundo Abel Nieto Pérez

JEFE INMEDIATO (evaluador):

EMPRESA: Metropolitana de Aseo Emag S.A E.S.P

### AUTOEVALUACIÓN DE COMPETENCIAS 2012

#### SEGUIMIENTO DE REGLAS ADMINISTRATIVAS Y DE SALUD OCUPACIONAL

COMPORTAMIENTOS	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Se presenta diariamente en el horario y lugar de trabajo programados.					
2. Mantiene la dotación completa (ropa y calzado de trabajo) y porta y usa adecuadamente los elementos de protección personal.	X				
3. Porta y usa adecuadamente los elementos de protección personal.		X			
4. En caso de inasistencia laboral ha justificado la misma con el debido soporte.	X				
5. Solicita permisos y licencias con 5 días de anticipación para no afectar la operación del equipo de trabajo.		X			
6. Reporta sus situaciones irregulares que afectan la correcta ejecución de las tareas.		X			
7. Reporta de inmediato a su jefe o al superior que se encuentre a cargo, accidentes inseguros y/o condiciones peligrosas, accidentes o incidentes de trabajo que pueden afectar la integridad humana o generar pérdidas a la compañía o la comunidad.		X			
8. Asiste puntualmente a jornadas de capacitación y entrenamiento programadas por la compañía.	X				
9. Atiende las normas generales y recomendaciones de seguridad y salud ocupacional exigidas por la empresa.	X				
10. Se asegura de que los equipos de trabajo permanezcan en perfecto estado, reportando fallas y/o novedades.	X				
11. Controla que las actividades relacionadas con su cargo, no generen impactos negativos al medio ambiente.	X				
12. Garantiza el manejo adecuado de los residuos generados en las actividades propias de su cargo.	X				

Puntaje

#### ORIENTACIÓN A RESULTADOS (OR)

COMPORTAMIENTOS	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Obtiene resultados con calidad en el tiempo requerido.	X				
2. Soluciona los obstáculos que se le presentan en el logro de sus labores.	X				
3. Logra un nivel de resultados sostenido dentro de su equipo de trabajo.	X				
4. Evidencia compromiso y esfuerzo por el logro de metas.	X				
5. Muestra creatividad y recursividad para solucionar las dificultades que se le presentan.	X	X			

Puntaje por competencia

#### TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN (TEC)

COMPORTAMIENTOS	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Conoce sus tareas básicas e identifica con quienes debe interactuar para el logro de las mismas.	X				
2. Entrega información y se comunica de manera abierta.	X				
3. Conoce sus habilidades y desarrolla acciones en beneficio de su equipo.	X				
4. Tiene habilidad para comunicarse, entender y recibir los aportes de otros.	X				
5. Se alinea con los miembros de su equipo y aporta para el cumplimiento de objetivos comunes.	X				

Puntaje por competencia

#### INTERÉS POR EL CLIENTE (IC)


COMPORTAMIENTOS	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Realiza sus labores con calidad, oportunidad y costos, manteniendo la satisfacción del cliente interno y externo.	X				
2. Reconoce la importancia de la relación gana-gana con el cliente interno y externo.	X				
3. Muestra interés en el desarrollo de relaciones a largo plazo con los clientes internos y externos.	X				
4. Actúa tomando en cuenta la información y necesidades de los clientes internos y externos.	X				
5. Satisface las necesidades del cliente de acuerdo con las responsabilidades del cargo.	X				


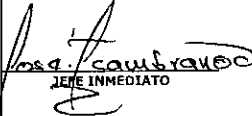

Puntaje por competencia

#### ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS (AR)

COMPORTAMIENTOS	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Optimiza los recursos de la organización que están bajo su alcance y minimiza el desperdicio.	X				
2. Controla y cumple sus funciones usando el mínimo de recursos necesario para la ejecución correcta de las tareas.	X				
3. Atiende y ejecuta instrucciones de sus superiores siguiendo criterios de orden y calidad en la realización de sus tareas logrando el objetivo propuesto en el tiempo planeado.	X				
4. Se interesa por mejorar su conocimiento, manejo de las herramientas de trabajo y por conocer información de su entorno laboral.	X				
5. Conoce las metas y prioridades en su trabajo organizando su tiempo para el logro de las mismas.	X				

Puntaje por competencia

 <b>EMAS</b>	<b>MANUAL DE CARGO</b>		<b>MC-GH-38</b> <b>V1</b> <b>Ene-13</b>		
<b>1. IDENTIFICACIÓN</b>					
<b>NOMBRE DEL CARGO</b>	:	OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCIÓN			
<b>NIVEL DEL CARGO</b>	:	OPERATIVO			
<b>LOCALIZACIÓN/ CIUDAD</b>	:	PASTO			
<b>DEPARTAMENTO/ ÁREA</b>	:	DIRECCION TECNICA			
<b>CARGO SUPERIOR INMEDIATO</b>	:	JEFE DE ASEO			
<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	:	14-Ene-13			
<b>2. RELACIONES DE TRABAJO</b>					
CONTACTOS	¿CON QUIÉN?	¿PARA QUÉ?	Permanente	Ocasional	Esporádica
<b>RELACIONES EXTERNAS</b>	Ciudadanos	Recolección y barrido en vías publicas	X		
	Usuarios domiciliarios	Recolección de residuos	X		
	Usuarios Grandes Generadores	Recolección de residuos	X		
<b>RELACIONES INTERNAS</b>	Supervisor	Reportar horas extras, responder a la calidad del trabajo	X		
	Conductor	Trabajo en equipo para realizar la recolección	X		
	Jefe de aseo	Responder por el desempeño		X	
	Personal de RRHH	Todo lo relacionado con nómina, de bienestar social, comunicaciones internas, salud ocupacional y seguridad Industrial		X	
<b>3. ROL DEL CARGO</b>					
El (la) ocupante de este cargo tiene bajo su responsabilidad cumplir con la labor de barrido, limpieza y recolección de residuos sólidos generados por los usuarios del servicio en las zonas asignadas, de manera efectiva, manteniendo la buena imagen de la empresa.					
<b>4. DIMENSIONES</b>					
<b>DIMENSIONES PERSONALES:</b>					
<b>NÚMERO DE PERSONAS DIRECTAS A CARGO</b>			Con una X, Seleccione el intervalo que se ajusta		
0			X		
1 - 3					
4 - 6					
7 - 9					
10 en adelante					
<b>NÚMERO DE PERSONAS INDIRECTAS A CARGO</b>					
0			X		
1 - 20					

	MANUAL DE CARGO			MC-GH-38
				V1
				Ene-13
<b>Educación.-</b> Preferiblemente primaria, se homologa estudios por 1 año de experiencia en manejo de residuos sólidos (reciclaje)				
<b>Experiencia.-</b> No se exige. Preferiblemente 6 meses en construcción, oficios varios o manejo de reciclaje				
<b>Formación.-</b> ver matriz de capacitación				
<b>RIESGO.-</b> ver matriz de Riesgo				
<b>Aspectos Ambientales-</b> ver matriz de Aspectos ambientales				
<b>10. COMPETENCIAS</b>				
<b>Competencias Corporativas.-</b> Orientación a resultados, trabajo en equipo, comunicación efectiva, enfoque al cliente y administración de recursos.				
<b>Competencias Generales del nivel.-</b> Seguimiento a instrucciones, orientación a la calidad, autocuidado.				
<b>Competencias Específicas.-</b> Dinamismo, agilidad física y tenacidad				
<b>11. CONDICIONES DE TRABAJO</b>				
	ALTO	MEDIO	BAJO	
<b>Ambiente de Trabajo</b> el cargo se realiza en ambiente cerrado.			X	
<b>Ambiente de Trabajo</b> el cargo se realiza en ambiente bien iluminado.		X		
<b>Ambiente de Trabajo</b> el cargo se realiza en ambiente bien ventilado.	X			
<b>Ambiente de Trabajo</b> mantiene contacto con agentes contaminantes.	X			
<b>Riesgo</b> El cargo está sometido a riesgo de accidente de trabajo.	X			
<b>Riesgo</b> Con posibilidad de ocurrencia.	X			
<b>Esfuerzo</b> El cargo exige un esfuerzo físico.	X			
<b>Esfuerzo</b> El cargo se realiza sentado.				X
<b>Esfuerzo</b> El cargo exige un grado de precisión manual.		X		
<b>Esfuerzo</b> El cargo exige un grado de precisión visual.	X			
<b>Herramientas de trabajo que requiere el cargo, para desempeñarse adecuadamente:</b>				
Dotación, EPP, escoba, recogedor y bolsas.				
<b>12. OBSERVACIONES</b>				
Este cargo requiere de una persona con un alto sentido de responsabilidad y honestidad por cuanto depende de su cargo la buena imagen de la organización.				
<b>13. APROBACIÓN</b>				
 JEFE INMEDIATO		 DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS		
Con mi firma certifico que recibí, conozco y estoy de acuerdo con el manual del cargo que ocupo:				
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	FIRMA		FECHA	



## MANUAL DE CARGO

MC-GH-38

V1

Ene-13

21 -70

71 - 200

201 - 400

401 en adelante

### DIMENSIONES ECONÓMICAS: (Por año)

#### CONCEPTO

#### Valores En Miles De Pesos

Presupuesto de Gastos

No aplica

Presupuesto de Inversiones

No aplica

Presupuesto de Ventas

No aplica

Presupuesto de Cartera

No aplica

### 5. SUPLENTE

Quien designe el Jefe de Aseo

### 6. RESPONSABILIDADES GENERALES

Ciclo

Conocer, entender y aplicar las políticas del SGI con el fin de contribuir en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la Compañía, las normas, procedimientos, planes y programas del SGI.

P

Velar por mantener y mejorar la imagen de la empresa y las relaciones con los clientes internos y externos con los cuales tiene contacto en razón del desempeño de su cargo.

H

Cumplir con las directrices empresariales establecidas en los Procesos, procedimientos, Manuales, instructivos, reglamentos, formatos y circulares que orienten la operación

H

Hacer uso oportuno y adecuado de los medios formales de comunicación definidos por Emas Pasto SA ESP

H

Mantener la confidencialidad de la información que maneja a razón del desempeño de su cargo.

H

Cumplir con el ciclo planear, hacer, verificar y actuar en el marco del desempeño del rol y responsabilidades asignadas

H

Responder y vigilar por el buen estado y seguridad de los elementos, equipos, dotaciones y demás implementos que le sean asignados y hacer entrega formal de ellos en el momento que sea removido o trasladado de su cargo

H

Usar permanente y adecuadamente los equipos y elementos de protección personal asignados

H

Participar en los diferentes eventos de capacitación, formación, culturales, deportivos, recreativos y de integración programados por la organización

H

Cumplir con las actividades definidas en los planes del área

H

Cumplir con las directrices de operación relacionadas con los procesos en los cuales participa

H

Apoyar la generación periódica de información que permita evidenciar la gestión realizada y el resultado generado por los procesos y procedimientos en los que participa.

H

Promover y hacer uso de los aplicativos software definidos por la organización para la operación de los procesos en los cuales participa (si aplica)


V


Hacer autocontrol a los aspectos críticos en los que participa y que contribuyen a la obtención del resultado del proceso.

V


Proponer y participar en la implementación de las estrategias de mejora definidas por la organización.

A

	MANUAL DE CARGO		MC-GH-38
			V1
			Ene-13
Participar en el desarrollo de la identificación de peligros y aspectos ambientales y participar activamente en la definición de las actividades de control de los riesgos y los impactos ambientales.			A
Conocer y aplicar el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial			A
Hacer un buen uso de los recursos naturales ahorrando agua y energía eléctrica desde su puesto de trabajo			A
Reducir, reutilizar (cuando sea posible) y separar los residuos generados en su puesto de trabajo			A
Disponer adecuadamente los residuos sólidos de acuerdo al código de colores establecido (gris- papel y cartón, azul - plástico, blanco- vidrio, verde - residuos ordinarios inertes y biodegradables, café - metales y rojo - residuos peligrosos)			A
<b>7. RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS</b>			<b>Periodicidad</b>
Realizar el barrido de la cuneta de la vía o calle, hasta un metro hacia la calzada de la misma			Permanente
Retirar la hierba que crece en las grietas de las cunetas			Permanente
Recoger los papeles y residuos gruesos encontrados sobre los andenes			Permanente
Realizar despapele en los parques y zonas verdes aledañas a las vías asignadas en el sector respectivo Indicado en el microneo			Permanente
Depositar los residuos provenientes de barrido en las bolsas y ubicarlas a un lado de las vías en las que pasa el vehículo recolector			Permanente
Realizar las labores relacionadas con la recolección de residuos especiales en áreas públicas y áreas privadas			Permanente
Recoger y embolsar todo tipo de residuos encontrados sobre la cuneta de la vía, incluyendo escombros de volúmenes menores o iguales a un metro cubico (1 m³).			Permanente
Evacuar los depósitos y barrer la zona donde se encuentran las mismas.			Permanente
Ubicar los recipientes retornables de los usuarios a una distancia máxima de 3 metros del lugar donde se encontró.			Permanente
Reportar malas prácticas de los usuarios que ocasionen retrasos en la recolección ( residuos mal empacados o mal ubicados)			Permanente
Realizar labores de mantenimiento básico, tales como lavado, engrase, cambio de aceite y otros.			Permanente
Conocer el diseño óptimo de la microruta, reportar desviaciones que se presenten en su ejecución y aportar mejoras para conseguir eficiencias.			Permanente
Conocer la capacidad óptima de la caja compactadora y calcular su máxima ocupación, así como el número de ciclos de compactación para controlarlos			Permanente
Reportar oportunamente fugas de lixiviado o aceite hidráulico, mangueras avenadas y deterioros en la presentación física del vehículo			Permanente
Reportar cualquier ineficiencia detectada que pueda corregirse			Permanente
Las demás actividades que se requiera para cumplir con la misión y visión de la Empresa y/o que su Jefe Inmediato le solicite			Según necesidad
<b>8. NATURALEZA DE LA RESPONSABILIDAD</b>			
<b>DECISIONES QUE SE TOMAN POR SÍ MISMO:</b> Solas labores operativas propias del cargo.			
<b>DECISIONES QUE SE TOMAN CONSULTANDO AL SUPERIOR INMEDIATO:</b> Ninguna			
<b>SOLUCIÓN DE SITUACIONES COMPLEJAS:</b> Ninguna			
<b>9. EDUCACIÓN, EXPERIENCIA Y FORMACIÓN</b>			

	MANUAL DE CARGO	MC-GH-38
		V1
		Ene-13
Participar en el desarrollo de la identificación de peligros y aspectos ambientales y participar activamente en la definición de las actividades de control de los riesgos y los impactos ambientales.		A
Conocer y aplicar el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial		A
Hacer un buen uso de los recursos naturales ahorrando agua y energía eléctrica desde su puesto de trabajo		A
Reducir, reutilizar (cuando sea posible) y separar los residuos generados en su puesto de trabajo		A
Disponer adecuadamente los residuos sólidos de acuerdo al código de colores establecido (gris- papel y cartón, azul - plástico, blanco- vidrio, verde - residuos ordinarios inertes y biodegradables, café - metales y rojo - residuos peligrosos)		A
<b>7. RESPONSABILIDADES ESPECIFICAS</b>		<b>Periodicidad</b>
Realizar el barrido de la cuneta de la vía o calle, hasta un metro hacia la calzada de la misma		Permanente
Retirar la hierba que crece en las grietas de las cunetas		Permanente
Recoger los papeles y residuos gruesos encontrados sobre los andenes		Permanente
Realizar despapele en los parques y zonas verdes aledañas a las vías asignadas en el sector respectivo indicado en el microneo		Permanente
Depositar los residuos provenientes de barrido en las bolsas y ubicarlas a un lado de las vías en las que pasa el vehículo recolector		Permanente
Realizar las labores relacionadas con la recolección de residuos especiales en áreas públicas y áreas privadas		Permanente
Recoger y embolsar todo tipo de residuos encontrados sobre la cuneta de la vía, incluyendo escombros de volúmenes menores o iguales a un metro cubico (1 m <sup>3</sup> ).		Permanente
Evacuar los depósitos y barrer la zona donde se encuentran las mismas.		Permanente
Ubicar los recipientes retornables de los usuarios a una distancia máxima de 3 metros del lugar donde se encontró.		Permanente
Reportar malas prácticas de los usuarios que ocasionen retrasos en la recolección ( residuos mal empacados o mal ubicados)		Permanente
Realizar labores de mantenimiento básico, tales como lavado, engrase, cambio de aceite y otros.		Permanente
Conocer el diseño óptimo de la microruta, reportar desviaciones que se presenten en su ejecución y aportar mejoras para conseguir eficiencias.		Permanente
Conocer la capacidad óptima de la caja compactadora y calcular su máxima ocupación, así como el número de ciclos de compactación para controlarlos		Permanente
Reportar oportunamente fugas de lixiviado o aceite hidráulico, mangueras averiadas y deterioros en la presentación física del vehículo		Permanente
Reportar cualquier ineficiencia detectada que pueda corregirse		Permanente
Las demás actividades que se requiera para cumplir con la misión y visión de la Empresa y/o que su Jefe Inmediato le solicite		Según necesidad
<b>8. NATURALEZA DE LA RESPONSABILIDAD</b>		
<b>DECISIONES QUE SE TOMAN POR SÍ MISMO:</b> Solas labores operativas propias del cargo.		
<b>DECISIONES QUE SE TOMAN CONSULTANDO AL SUPERIOR INMEDIATO:</b> Ninguna		
<b>SOLUCIÓN DE SITUACIONES COMPLEJAS:</b> Ninguna		
<b>9. EDUCACIÓN, EXPERIENCIA Y FORMACION</b>		



 <b>EMAS</b>	<b>MANUAL DE CARGO</b>		MC-GH-38
			V1
			Ene-13
21 - 70			
71 - 200			
201 - 400			
401 en adelante			
<b>DIMENSIONES ECONÓMICAS: (Por año)</b>			
<b>CONCEPTO</b>	<b>Valores En Miles De Pesos</b>		
Presupuesto de Gastos	No aplica		
Presupuesto de Inversiones	No aplica		
Presupuesto de Ventas	No aplica		
Presupuesto de Cartera	No aplica		
<b>5. SUPLENTE</b>			
Quien designe el Jefe de Aseo			
<b>6. RESPONSABILIDADES GENERALES</b>		<b>Ciclo</b>	
Conocer, entender y aplicar las políticas del SGI con el fin de contribuir en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la Compañía, las normas, procedimientos, planes y programas del SGI.		P	
Velar por mantener y mejorar la Imagen de la empresa y las relaciones con los clientes internos y externos con los cuales tiene contacto en razón del desempeño de su cargo.		H	
Cumplir con las directrices empresariales establecidas en los Procesos, procedimientos, Manuales, Instructivos, reglamentos, formatos y circulares que orienten la operación		H	
Hacer uso oportuno y adecuado de los medios formales de comunicación definidos por Emas Pasto SA ESP		H	
Mantener la confidencialidad de la información que maneja a razón del desempeño de su cargo.		H	
Cumplir con el ciclo planear, hacer, verificar y actuar en el marco del desempeño del rol y responsabilidades asignadas		H	
Responder y vigilar por el buen estado y seguridad de los elementos, equipos, dotaciones y demás implementos que le sean asignados y hacer entrega formal de ellos en el momento que sea removido o trasladado de su cargo		H	
Usar permanente y adecuadamente los equipos y elementos de protección personal asignados		H	
Participar en los diferentes eventos de capacitación, formación, culturales, deportivos, recreativos y de integración programados por la organización		H	
Cumplir con las actividades definidas en los planes del área		H	
Cumplir con las directrices de operación relacionadas con los procesos en los cuales participa		H	
Apoyar la generación periódica de información que permita evidenciar la gestión realizada y el resultado generado por los procesos y procedimientos en los que participa.		H	
Promover y hacer uso de los aplicativos software definidos por la organización para la operación de los procesos en los cuales participa (si aplica)		V	
Hacer autocontrol a los aspectos críticos en los que participa y que contribuyen a la obtención del resultado del proceso.		V	
Proponer y participar en la implementación de las estrategias de mejora definidas por la organización.		A	



## MANUAL DE CARGO

MC-GH-38

V1

Ene-13

**Educación.**-Preferiblemente primaria, se homologa estudios por 1 año de experiencia en manejo de residuos sólidos (reciclaje)

**Experiencia.**- No se exige. Preferiblemente 6 meses en construcción, oficios varios o manejo de reciclaje

**Formación.**- ver matriz de capacitación

**RIESGO.**- ver matriz de Riesgo

**Aspectos Ambientales.**- ver matriz de Aspectos ambientales

### 10. COMPETENCIAS

**Competencias Corporativas.**- Orientación a resultados, trabajo en equipo, comunicación efectiva, enfoque al cliente y administración de recursos.

**Competencias Generales del nivel.**-Seguimiento a instrucciones, orientación a la calidad, autocuidado.

**Competencias Específicas.**- Dinamismo, agilidad física y tenacidad

### 11. CONDICIONES DE TRABAJO

	ALTO	MEDIO	BAJO
<b>Ambiente de Trabajo</b> el cargo se realiza en ambiente cerrado.			X
<b>Ambiente de Trabajo</b> el cargo se realiza en ambiente bien iluminado.		X	
<b>Ambiente de Trabajo</b> el cargo se realiza en ambiente bien ventilado.	X		
<b>Ambiente de Trabajo</b> mantiene contacto con agentes contaminantes.	X		
<b>Riesgo</b> El cargo está sometido a riesgo de accidente de trabajo.	X		
<b>Riesgo</b> Con posibilidad de ocurrencia.	X		
<b>Esfuerzo</b> El cargo exige un esfuerzo físico.	X		
<b>Esfuerzo</b> El cargo se realiza sentado.			X
<b>Esfuerzo</b> El cargo exige un grado de precisión manual.		X	
<b>Esfuerzo</b> El cargo exige un grado de precisión visual.	X		

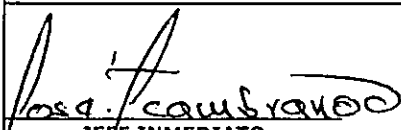
**Herramientas de trabajo que requiere el cargo, para desempeñarse adecuadamente:**

Dotación, EPP, escoba, recogedor y bolsas.

### 12. OBSERVACIONES

Este cargo requiere de una persona con un alto sentido de responsabilidad y honestidad por cuanto depende de su cargo la buena imagen de la organización.

### 13. APROBACIÓN

  
JEFE INMEDIATO

  
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

Con mi firma certifico que recibí, conozco y estoy de acuerdo con el manual del cargo que ocupo:






NOMBRE DEL FUNCIONARIO

FIRMA

12957079

FECHA

	MANUAL DE CARGO		MC-GH-38		
			V1		
			Ene-13		
<b>1. IDENTIFICACIÓN</b>					
NOMBRE DEL CARGO		OPERARIO DE BARRIDO Y RECOLECCION			
NIVEL DEL CARGO		OPERATIVO			
LOCALIZACIÓN/ CIUDAD		PASTO			
DEPARTAMENTO/ ÁREA		DIRECCION TECNICA			
CARGO SUPERIOR INMEDIATO		JEFE DE ASEO			
FECHA ACTUALIZACIÓN		14-Ene-13			
<b>2. RELACIONES DE TRABAJO</b>					
CONTACTOS	¿CON QUIÉN?	¿PARA QUÉ?			
			Permanente	Ocasional	Esporádica
RELACIONES EXTERNAS	Ciudadanos	Recolección y barrido en vías publicas	X		
	Usuarios domiciliarios	Recolección de residuos	X		
	Usuarios Grandes Generadores	Recolección de residuos	X		
RELACIONES INTERNAS	Supervisor	Reportar horas extras, responder a la calidad del trabajo	X		
	Conductor	Trabajo en equipo para realizar la recolección	X		
	Jefe de aseo	Responder por el desempeño		X	
	Personal de RRHH	Todo lo relacionado con nómina, de bienestar social, comunicaciones internas, salud ocupacional y seguridad Industrial		X	
<b>3. ROL DEL CARGO</b>					
El (la) ocupante de este cargo tiene bajo su responsabilidad cumplir con la labor de barrido, limpieza y recolección de residuos sólidos generados por los usuarios del servicio en las zonas asignadas, de manera efectiva, manteniendo la buena imagen de la empresa.					
<b>4. DIMENSIONES</b>					
<b>DIMENSIONES PERSONALES:</b>					
NÚMERO DE PERSONAS DIRECTAS A CARGO			Con una X, Seleccione el intervalo que se ajusta		
0			X		
1 - 3					
4 - 6					
7 - 9					
10 en adelante					
NÚMERO DE PERSONAS INDIRECTAS A CARGO					
0			X		
1 - 20					



## EVALUACIÓN DE LA INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN

RG-GH-32

V1

06/02/2013

Área de capacitación

Promoción General

Nombre

Segundo Ariado

Fecha

20/11/15

Cargo

G. Carral

EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN		
PREGUNTAS		RESPUESTAS
1	¿Comercialización y Disposición final son procesos misionales de la empresa?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
2	La directora Jurídica es la Dra. Angela Paz	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
3	El Sistema Integrado de gestión permite el incumplimiento de requisitos legales?	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
4	¿Con las auditorías internas se identifica problemas y falencias dentro de la empresa?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
5	¿Cuándo se manipula elementos contaminados con residuos sólidos o líquidos se debe utilizar guantes y tapabocas?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
6	¿La recolección de residuos hospitalarios hace parte de la actividad económica de la empresa?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
7	¿La empresa maneja la política de gestión integral y la política de salud ocupacional?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
8	¿Seguridad industrial se encarga del manejo del medio ambiente?	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
9	¿El trabajo en alturas sin elementos de protección personal puede ser un acto inseguro de trabajo?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
13	¿El promover la responsabilidad social con sus grupo de interés fomentando la cultura ciudadana, el desarrollo y el bienestar de nuestros colaboradores; hace parte de los objetivos de la política de gestión integral?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
14	¿Los problemas ergonómicos y la cortadura con un elemento cortopunzante son los principales peligros a los que se encuentra expuesto en su cargo?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
15	COPASO es el Comité Paritario de Salud Ocupacional	F <input checked="" type="checkbox"/> V
16	¿Una de las función del Copaso es velar por la seguridad de los empleados?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
17	La Misión de la empresa es: Emas Pasto SA ESP será en 2015 un motor de "desarrollo innovador y sostenible" en pro del saneamiento ambiental de Nariño, Cauca y Putumayo.	F <input checked="" type="checkbox"/> V
18	Adriana Morales es uno de los miembro principal del COPASO	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
19	La sigla ARL significa Administradora de Riesgos Laborales	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
20	¿La cortadura con un elemento contaminado y los derrames hacen parte de las principales emergencias que se pueden presentar en la empresa?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
22	¿En caso de emergencia se ha definido como punto de encuentro el taller de mantenimiento?	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
23	¿Los principales riesgos de salud pública de su área son las contaminación auditiva?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
24	¿El reportar accidentes e incidentes tanto a la salud como el medio ambiente es responsabilidad de todos los colaboradores de EMAS PASTO ?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
25	¿Los programas de vigilancia epidemiológica se desarrollan de acuerdo a los peligros del cargo?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
26	¿Un Impacto ambiental es un efecto que produce una acción sobre el medio ambiente en sus distintos aspectos?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
27	¿El ahorro y uso eficiente de agua y energía es uno de los programas de Gestión Ambiental?	F <input checked="" type="checkbox"/> V
28	La brigada contra incendios es una de las brigadas que tiene la empresa	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V
29	¿Un producto no conforme es aprobado por la auditoría?	<input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V

Es importante para nosotros conocer sus apreciaciones respecto al desarrollo de la capacitación con fines de mejora. Agradecemos la objetividad en su evaluación

¿ Esta capacitación en que le aporta al desarrollo de sus funciones?

Enumere los 3 aspectos más relevantes de la capacitación.

Que temas considera se deberían ampliar o profundizar?

Califique de 1 a 100 el porcentaje global de satisfacción con la capacitación

 %

EVALUADOR

Firma

Nombre

CAPACITADO

Firma

Nombre Segundo Ariado



EMAS

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P. SIG-F02.00

CONTROL DE ASISTENCIA

06/07/07

NOMBRE DE LA REUNION:

Manejo de relaciones Inter Personales

FECHA DE LA REUNION:

10 octubre 2008

HORA INICIO: 7:45 am

LUGAR:

HORA FINAL: 12:00 MD

SINEP 61A

RESPONSABLE:

SINEP 61A

CARGO:

OBJETIVO:

Manejar relaciones Inter Personales

## ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	FIRMA
1. SOFONIAS DIAS	CONDUCTOR	<i>[Firma]</i>
2. <i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i>



EMAS

## CERTIFICADO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES

RG-GH-23

V1

JUN - 10

1105

NOMBRE: SEGUNDO OVIEDO

FECHA: 13 DE ABRIL DE 2011

CERTIFICO MI ASISTENCIA A LA CAPACITACION EN RIESGO BIOLOGICO, EL DIA 13 DE ABRIL DE 2011. A CONTINUACION SE PRESENTA.

FIRMA: SEGUNDO OVIEDO

CEDULA: 12957029

Día: Miércoles 13 DE ABRIL de 2011

*Segundo Oviedo*

TEMA: RIESGO BIOLOGICO

HORA/DURACION: 10:00 am -11:00 am

RESPONSABLE: CAROLINA PORTILLA P.

Inspectora en Higiene y Salud Ocupacional



## NOMBRE DE LA REUNION:

Manejo de relaciones Interpersonales

## FECHA DE LA REUNION:

10 octubre 2008

## HORA INICIO: 7:45 am

## LUGAR:

HORA FINAL: 12:00 PM

SINERBIA

## RESPONSABLE:

SINERBIA

## CARGO:

## OBJETIVO:

Manejar relaciones Interpersonales

## ASISTENTES

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1.	SOLEDAD DIAS	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
2.	HUGO POLO TR	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
3.	JORGE E. Andrade.	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
4.	JESUS O. Revelo A.	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
5.	Hector A. Tambrano	Conductor	<i>[Signature]</i>
6.	Jaime Narvaez	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
7.	Luisa Celis	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
8.	CARLOS ALEJANDRO TAPIERO	OPERARIO	<i>[Signature]</i>
9.	RAIRO MARTIN BASANTE ARTEAGA	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
10.	SEGUNDO O V ZULOAGA	Operario	<i>[Signature]</i>
11.	DAVID BERTI PINTO	operario	<i>[Signature]</i>
12.	carlos Andres Jorda Figueroa	operario	<i>[Signature]</i>
13.	Edgar Leon	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
14.	SERVIO DIAZ	CONDUCTOR	<i>[Signature]</i>
15.	Oscar Diaz	operario	<i>[Signature]</i>
16.	Milton Parra	operario	<i>[Signature]</i>
17.	Nestor Ramirez	operario	<i>[Signature]</i>
+	Ricardo G.	OPERARIO	<i>[Signature]</i>
+	Camy Enayaz	OPERARIO	<i>[Signature]</i>



EMAS

# HOJA DE CONTROL HISTORIA LABORAL

RG-GA-20

V1

MARZO 2011

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

Oviedo Perez Segundo Abel

CEDULA

12.957.079

FECHA

TIPO DOCUMENTAL

FOLIO (S)

27 Dic 2007

Certificado medico laboral

1

11 En 2011

Informe prueba de alcoholemia

2

10 Feb 2011

Informe prueba de alcoholemia

3

13 Ab 2011

Certificado de capacitación Higiene de manos

4

26 Ag 2011

Certificado capacitación Riesgo Biológico

5

9 Sep 2011

Acta de acuerdo

6

Informe prueba de alcoholemia

7

FECHA DE ELABORACION

RESPONSABLE MANEJO HISTORIA LABORAL

DIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS

**"Solo el que tiene un porque para vivir  
Puede superar cualquier problema"**

**Gestar Futuro**  
Fundación Social

P. Jurídica Reg. IDSN 02586  
NIT. 814.005.779 - 4

### **CERTIFICADO MEDICO LABORAL**

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**

*Segundo Orvede*

**CON CEDULA DE CIUDADANIA No:**

**DE**

**CERTIFICO QUE AL EXAMEN MEDICO  
OCUPACIONAL PRACTICADO LOS HALLAZGOS  
CLINICOS SON:**

**LOS CUALES PERMITEN DIAGNOSTICAR**

*1 APTO.*

**PARA EL DESEMPEÑO LABORAL .**

**OBSERVACIONES**


*Valaración EPS  
adante la que*

**FIRMA MEDICO RESPONSABLE  
REG. MEDICO**

*[Firma]*  
FUNDACION GEAR  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
REG. 208 S.S.M.

Calle 20 No. 28-05 Las Cuadras  
Tel.7290109/ Telefax. 7233793/Cel.3154467551.  
San Juan de Pasto



 <b>EMRS</b>	<b>NOTA INTERNA</b>	<b>RG-GG-01</b>
		<b>V1</b>
		<b>21/04/10</b>

GH- 010- 525

San Juan de Pasto, 27 de Diciembre de 2010

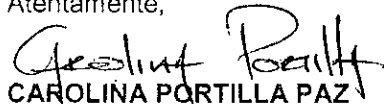
PARA: **SEGUNDO OVIEDO**, Operario de Recolección

DE: **CAROLINA PORTILLA PAZ**, Inspector de Higiene y Seguridad Ocupacional

Cordial Saludo.

Me permito informarle que en prueba de alcoholemia realizada el 27 de Diciembre del año en curso, ésta dio como resultado **NEGATIVA**. En adelante se seguirán efectuando regularmente; por lo tanto, es satisfactorio para nosotros seguir contando con su excelente salud física y emocional, generando así un buen entorno laboral.

Atentamente,

  
**CAROLINA PORTILLA PAZ**

Inspector de Higiene y Seguridad Ocupacional



	<b>NOTA INTERNA</b>	<b>RG-GG-01</b>
		<b>V1</b>
		<b>21/04/10</b>

GH- 011- 073

San Juan de Pasto, 11 de Enero de 2011

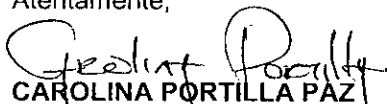
PARA: **SEGUNDO OVIEDO**, Operario de Recolección

DE: **CAROLINA PORTILLA PAZ**, Inspector de Higiene y Seguridad Ocupacional

Cordial Saludo.

Me permito informarle que en prueba de alcoholemia realizada el 08 de Enero del año en curso, ésta dio como resultado **NEGATIVA**. En adelante se seguirán efectuando regularmente; por lo tanto, es satisfactorio para nosotros seguir contando con su excelente salud física y emocional, generando así un buen entorno laboral.

Atentamente,

  
**CAROLINA PORTILLA PAZ**

Inspector de Higiene y Seguridad Ocupacional

 *Segundo Oviedo*



## VALORACION FISIOTERAPEUTICA POSTURAL

No

Cédula

12957079

Empresa EMAS SOCIAL

Fecha

06/07/2008

Nombres y apellidos

Segundo Abel Oviedo

Edad

56 años

Peso

54 kg

Estatura

1,60 mts

Dominancia

Diestro

Ocupación

Operario

Estado civil

Casado

Tiempo vinculación

12 años

EPS

ISS

Somatotipo

Mesomorfo

IMC

21,09

Clasificación

Normal

Cintura

76 cm

Cadera

88 cm

## Antecedentes personales

Gastritis sin controlar, no realiza actividad física, no fuma

## Antecedentes quirúrgicos

Ninguna

## Antecedentes Familiares

Ninguno

## EXAMEN FISICO POSTURAL

## Vista lateral

Hipercifosis dorsal, anteversión de pelvis,

## Vista posterior

Flanco izquierdo aumentado, equino varo de rodillas, hiperextensión de rodillas

## Vista anterior

Normal

## Rangos de movilidad articular

Leve limitación a la inclinación lateral derecha e izquierda de tronco

## Retracciones musculares

Isquiotibiales leve

## LONGITUD de MMII

Real

87

Aparente

85

Real

87

Aparente

85

MII

MII

## Marcha

Normal

## Observaciones anexas

Mejorar estilos de vida saludables, pautas de higiene postural, utilizar protector de espalda, cita por EPS, médico general para control de su gastritis

## Recomendaciones

Realizar actividad física 3 veces por semana, higiene postural, pausas activas en el trabajo. Capacitación en manejo de estrés, riesgo cardiovascular capacitación de cargas y posturas.

Análisis pautas de w determinar posturas inadecuadas para realizar capacitación.

Sandra Ximena Ruales  
Fisioterapeuta

to: [Signature]

EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO EMAS S.A E.S.P.  
SALUD OCUPACIONAL

ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO

ANALISIS REALIZADO POR: Sugely Ayacela Benavides Álvarez.  
FECHA: Octubre 2009.

IDENTIFICACION GENERAL DE LA EMPRESA  
NOMBRE: Segundo Oviedo

NOMBRE DE LA EMPRESA: Empresa Metropolitana de Aseo EMAS S.A E.S.P.  
NUMERO DE EMPLEADOS: 53  
PUESTO DE TRABAJO: Operario de recolección  
NUMERO DE EMPLEADOS EN EL PUESTO: 53  
REQUISITOS MINIMOS PARA EL INGRESO: los inherentes al cargo.  
EDAD: 56 EXPERIENCIA: 13 años.

HORARIO DE TRABAJO: 5:30 am – 2:00 pm 10:00am – 6:00 pm 2:00 pm – 10:00 pm  
TURNO: Diurno  
DURACION DE LA JORNADA: 8 Horas  
NUMERO DE DIAS TRABAJADOS POR SEMANA: 6 Días.

REQUISITOS, DEMANDAS Y CONOCIMIENTOS EXIGIDOS PARA EL PUESTO DE TRABAJO.  
DEMANDAS DE EDUCACION GENERAL  
Ninguna.

MAQUINARIA, HERRAMIENTAS Y MATERIALES REQUERIDOS.  
MAQUINARIA: no aplica  
HERRAMIENTAS: EPP. Canastillas, palas.  
MATERIALES: no aplica

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PUESTO DE TRABAJO  
DESCRIPCION GENERAL DEL PUESTO DE TRABAJO (aspecto físico)  
Puesto de trabajo en zona publica en vehículo recolector, recolección de residuos sólidos en calles. Trabajador expuesto a factores medio ambientales.

DESCRIPCION DE TAREAS Y OPERACIONES QUE SE REALIZAN EN EL PUESTO DE TRABAJO OBSERVADO.

Las tareas del trabajador están distribuidas de la siguiente manera:

- Operario de vehículo recolector: portar uniforme, portar EPP, subir al vehículo recolector, bajar del carro recolector, levantar bolsas de basura, tirarlas al vehículo recolector, subir al vehículo recolector.

Esta actividad es realizada por el trabajador de manera frecuente y se pueden combinar en repetidas ocasiones.

#### DEMANDAS SENSORIOPERCEPTUALES

El trabajador necesita constantemente de los niveles de: audición, ubicación de la fuente sonora, estereognosia, barognosia, visión, percepción de forma, percepción de tamaño, percepción temporal, propiocepción, sensibilidad superficial, agudeza lejana, campo visual, debido a que la función de recolección de basuras en vía pública exige un alto grado de utilización de los sentidos.

#### DEMANDAS COGNITIVAS

Para ejecutar las funciones de recolección de bolsas de basura el trabajador requiere constante: atención, concentración, memoria para ubicarse en los sectores, organización resolución de conflictos, percepción de errores, el trabajador necesita utilizar su área cognitiva además estar pendiente de las situaciones que se presenten en la vía pública.

#### DEMANDAS FÍSICAS

El trabajador debe encontrarse en una óptima condición física, utiliza sus patrones funcionales de movimiento tales como: cargar, transportar peso de 40 kilos en promedio, inclinarse, alcanzar, halar, empujar, levantar, agarre, agilidad, exactitud, coordinación motora, habilidad manual, destreza de dedos, coordinación ojo – mano- ojo- pie.

#### POCISION

Trabajador que durante la jornada laboral permanece en posición bípeda, equilibrio estático y agachado.

#### DEMANDAS DEL PUESTO DE TRABAJO

OBJETOS: en las funciones varias se requiere: trabajar con precisión, operar controlar, conducir operar, manipular, atender, alimentar detener.

#### DIMENSIONES DEL PUESTO DE TRABAJO

El puesto de trabajo es en el vehículo recolector parte posterior, diferentes zonas de la vía pública. Al aire libre. Iluminación y ventilación natural.

## CONDICIONES AMBIENTALES

Actividad que se realiza al aire libre: recolección de bolsas de basura en vehículo recolector. Expuesto a frío – calor, humedad, ruido, vibración, polvo, gases, vapores humo.

RIESGO	GRADO DE EXPOSICION
PUBLICO	ALTO
PSICOSOCIAL	MEDIO
LOCATIVO	ALTO
ERGONOMICO	ALTO
QUIMICO	ALTO
FISICO	ALTO
MECANICO	ALTO
BIOLOGICO	ALTO

## RECOMENDACIONES:

- Capacitación de higiene postural con el fin de educar y/o reeducar la adopción de posturas adecuadas y saludables durante la jornada laboral.
- Capacitación de pausas activas con el fin de favorecer la salud del trabajador previniendo la aparición de trastornos músculo esqueléticos, fatiga, cansancio físico que interfieran con su desempeño dentro de su puesto de trabajo.
- Capacitación de fomento de estilos de vida saludable.
- Realizar actividades grupales de crecimiento personal para disminuir los estados de stress y depresión.
- programar periódicamente actividades de esparcimiento que permitan descanso para el individuo y/o integración social.
- Seguimiento periódico por medico general por dolor abdominal.
- Dotación y supervisión periódica de elementos de protección personal
- Capacitación en utilización de Elementos de Protección Personal.
- No levante objetos pesados. cuando tenga que hacerlo, la fuerza debe hacerse con las piernas.

- Evite levantar pesos por encima del 20% de su peso corporal. agáchese como un levantador de pesas.
- No coloque objetos pesados encima de su cabeza, ni cargue objetos pesados inútilmente durante el día.
- Realizar investigación accidentes de trabajo.

Análisis Realizado por:

*Sugely A. Benavides A.*  
TERAPEUTA OCUPACIONAL  
U.M.- REG No. 52-18-38

SUGELY A.  
SUGELY A. BENAVIDES A.  
Terapeuta Ocupacional  
Reg. No. 18-3858



San Juan de Pasto, 19 de Junio de 2012

GH-012-0183

Doctora:  
Ruth Rosero  
Médico Laboral  
Carrera 33 # 19-46  
Unidad Médica El Bosque

Asunto: Examen Médico Periódico

Cordial Saludo, por medio de la presente me permito solicitarle, realizar el examen médico periódico al señor SEGUNDO OVIEDO, quien se desempeña como operario de barrido y limpieza

La cita está programada para el día viernes 22 de junio a las 3:00 p.m.

De antemano agradezco su colaboración.

Atentamente,

EVELYNNE MARIEL RUIZ  
Inspectora SISO

*Segundo Oviedo*



# CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

ESPECIALISTAS  
EN SALUD  
OCUPACIONAL

FECHA: 22.06.2012  
 NOMBRE DE LA EMPRESA: ENAG ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3900001  
 PREOCUPACIONAL O INGRESO ☐ POSOCUPACIONAL O EGRESO ☐  
 PERIÓDICO PROGRAMADO ☒ OTRO CUAL: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS Y NOMBRES: Quintero Pérez Segundo Abel C.C. 12'957.079  
 CARGO: Operario Barrido Limpieza

## EXÁMENES PRACTICADOS (N: Normal A: Anormal)

Examen	N	A	LABORATORIOS	N	A
Evaluación Médico Ocupacional					
Optometría / visimetría					
Audiometría					
Espirometría					
Otros					

## RESULTADO DE VALORACIÓN MÉDICA EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGÍA APARENTE ☐ CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ☐  
 APTO CON RESTRICCIÓN ☐ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 APLAZADO ☐ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 NO APTO ☐ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA: \_\_\_\_\_

## EXAMEN PERIÓDICO

PERIÓDICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ☒ RECOMENDACIÓN ESPECÍFICA: \_\_\_\_\_  
 SE SUGIERE:  
 REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS ☐

## OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS ☐

## EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐ MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL: SI ☐ NO ☐

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REMISIÓN A EPS: _____	USO DE EPP <input checked="" type="checkbox"/>	INICIO DE ACTIVIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/>
CONTINUAR MANEJO MÉDICO <input type="checkbox"/>	INGRESO A SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/>	DEJAR DE FUMAR <input type="checkbox"/>
REMISIÓN A ARP <input type="checkbox"/>	SOMA (Carga física): <input checked="" type="checkbox"/>	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL <input type="checkbox"/>
SEGUIMIENTO CASO POR ARP <input type="checkbox"/>	OÍDO (Ruido): <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROL DE PESO <input type="checkbox"/>
CITOLOGÍA VAGINAL <input type="checkbox"/>	VISUAL <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> CUAL _____
	RIESGO BIOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/>	
	CARDIO VASCULAR <input type="checkbox"/>	
	PSICOLABORAL <input type="checkbox"/>	
	RADIACIONES IONIZANTES <input type="checkbox"/>	

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE SALUD. TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO

## OBSERVACIONES:

1- Parasitosis: Grupo Bilioso  
Examinado.  
 2- Titulación de Hepatitis B

NOMBRE DEL MÉDICO, FIRMA, REGISTRO Y LICENCIA S.O.

Arturo Villalba Arenas  
Reg 7150 1320  
2009

FIRMA DEL TRABAJADOR

Segundo Pérez  
 C.C. No. 12957079



## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

30/04/10

GH-012-0216

San Juan de Pasto, 25 de Junio de 2012

**PARA:** SEGUNDO ABEL OVIEDO, Operario de barrido y limpieza  
**DE:** ZULMA LILIANA MORALES, Directora Recursos Humanos  
**Asunto:** RECOMENDACIONES EXAMÉN MÉDICO PERIÓDICO

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito informarle las recomendaciones emitidas por médico ocupacional en la valoración realizada el pasado 22 de Junio de los presentes:

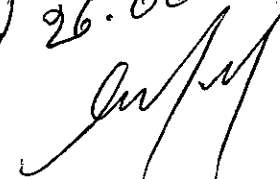
- Capacitar en riesgo biológico, ergonómico e higiene postural
- Realizar titulación de Anticuerpos hepatitis B

Por lo anterior es preciso mencionarle que puede continuar desempeñando su labor como operario de barrido y limpieza hasta que se emita nuevo concepto por Medico Laboral.

Atentamente,

  
ZULMA LILIANA MORALES  
Directora de Recursos Humanos

Copia jefe inmediato-historia laboral

Recd 26.06.2012  




## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

30/04/10

GH-012-0216

San Juan de Pasto, 25 de Junio de 2012

**PARA:** SEGUNDO ABEL OVIEDO, Operario de barrido y limpieza  
**DE:** ZULMA LILIANA MORALES, Directora Recursos Humanos

**Asunto:** RECOMENDACIONES EXAMÉN MÉDICO PERIÓDICO

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito informarle las recomendaciones emitidas por médico ocupacional en la valoración realizada el pasado 22 de Junio de los presentes:

- Capacitar en riesgo biológico, ergonómico e higiene postural
- Realizar titulación de Anticuerpos hepatitis B

Por lo anterior es preciso mencionarle que puede continuar desempeñando su labor como operario de barrido y limpieza hasta que se emita nuevo concepto por Medico Laboral.

Atentamente,

  
ZULMA LILIANA MORALES  
Directora de Recursos Humanos

Copia jefe inmediato-historia laboral

GRH-013-005

San Juan de Pasto, 10 de Septiembre de 2.013

Doctor:  
**VICTOR HUGO BASTIDAS**  
Médico Ocupacional  
Carrera 32 No 12ª-48  
San Ignacio

Asunto: Examen Periódico

Cordial Saludo, por medio de la presente me permito solicitarle, realizar examen médico periódico al señor (a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **12.957.079**, quien se desempeña como **OPERARIO DE BARRIDO Y LIMPIEZA**.

La cita está programada para el jueves, 12 de septiembre de 2.013 a las 9:00 AM

De antemano agradezco su colaboración,

Atentamente,

  
**ZULMA MORALES QUINTERO**  
Directora de Recursos Humanos

Sandra P.

*x Segundo Oviedo*

**Victor Hugo Bastidas López**

Médico cirujano Esp. Salud Ocupacional  
Lic. 1318/09

Fecha		
12	09	2013

**EXAMEN MÉDICO  
INFORME SALUD OCUPACIONAL**

El señor(a): Segundo Abel Oviedo Perez Empresa: CHAS  
Cuyo documento de identidad es: 12957079 de Pasto.  
Se presentó al examen médico: Periodico cargo Operario de Bando y limpieza.  
Criterio de aptitud: Apto ☐ Apto con limitación funcional ☒

Aplazado ☐ No apto ☐ Otra indicación ☒ énfasis ☐

Paciente con dolor crónico de hombro Izq sin mejoría con tratamiento en su EPS que requiere descartar Síndrome de Manguito Rotador Izq.

Tipo de restricciones o causas de aplazamiento:

- No levantamiento de Cargas ni sobre esfuerzos con hombro Izq.

Recomendaciones:

Cumplir normas de salud ocupacional ☒ Estilo de vida saludable ☒ Otros ☒

- Valoración y Manejo por Ortopedico en su EPS.  
- Valoración por Optometrico y uso de corrección optica.  
- Se solicita Audiometria de control.

Examen de egreso: Satisfactorio ☐ No Satisfactorio ☐

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la normatividad legal vigente.

*Dra. Luz Stella Beltrán G.*  
MEDICA ESPECIALISTA EN  
SALUD OCUPACIONAL  
Lic. 1378-2011

*Luz Stella Beltrán G.*  
Nombre y firma del Médico

*Segundo Oviedo*  
Firma del Evaluado 12957079  
c.c.



## NOTA INTERNA

RG-GG-01

V1

12/10/09

San Juan de Pasto, 04 octubre de 2.013

**PARA:** SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ – Operario de Barrido y Recolección  
**DE:** ZULMA LILIANA MORALES-Directora de Recursos Humanos  
**ASUNTO:** Resultado examen médico periódico

Cordial saludo.

De acuerdo al resultado del examen médico periódico practicado el día 12 de septiembre de 2.013, usted debe:

- Solicitar cita con Ortopedia para descartar Síndrome de Manguito Rotador Izquierdo
- Valoración por optometría y uso de corrección óptica
- Audiometría.

Solicitar estos servicios en su EPS y hacer llegar el soporte de lo anterior a la oficina de Recursos Humanos.

Atentamente,

  
**ZULMA LILIANA MORALES QUINTERO**  
Directora Recursos Humanos

X Segundo Oviedo  
30213

<b>Nombre o Razón social</b> EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO		<b>Identificación</b> NT-8140007041		<b>Tipo Vinculador</b> Empleador
<b>Nombre de la Sede Principal</b> EMPRESA DE ASEO DE PASTO		<b>Actividad económica principal (Decreto 1607/02)</b> EMPRESAS DEDICADAS A LA ELIMINACION DE		
<b>Dirección de la sede principal</b> CARRERA 24 NO 23-51		<b>Municipio</b> PASTO	<b>Departamento</b> NARIÑO	
<b>Zona</b>	<b>Teléfono</b> 7216169	<b>Fax</b> 7216169	<b>Correo Electrónico</b> EMAS@TELECOM.COM.CO	
<b>Centro de Trabajo</b> 1-ASEO DE PASTO		<b>Actividad económica centro de trabajo</b> EMPRESAS DEDICADAS A LA ELIMINACION DE		
<b>Dirección del Centro de Trabajo</b>		<b>Municipio</b>	<b>Departamento</b>	
<b>Zona</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>	<b>Correo Electrónico</b>	

<b>Nombres</b> SEGUNDO ABEL		<b>Apellidos</b> OVIEDO PEREZ		<b>Sexo</b> Masculino
<b>Identificación</b> CC-12957079		<b>Fecha de Nacimiento Tipo Vinculación Laboral</b> *****		
<b>EPS</b> 37-NUEVA EPS S.A.		<b>AFP</b> 23801-ING FONDO DE PENSIONES		
<b>Dirección Residencia</b> CALLE 4TA NO 13-29		<b>Municipio</b> PASTO	<b>Departamento</b> NARIÑO	
<b>Zona</b>	<b>Teléfono</b> Urbana 7216169	<b>Fax</b>	<b>Celular</b> 3206064811	<b>Ocupación Habitual (CIUO-88)</b> 9221-ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS
<b>Fecha de Vinculación</b> 01/01/2008		<b>Jornada habitual de trabajo</b> Diurno		
<b>Antigüedad en la ocupación</b>	<b>Meses</b> 38	<b>Días</b> 31	<b>Centro Trabajo Accidente</b>	1-ASEO DE PASTO

<b>¿Causó la muerte del trabajador?</b>		No						
<b>Fecha Accidente</b>	<b>Hora HH:MM</b>	<b>Municipio</b>	<b>Código</b>	<b>Departamento</b>	<b>Código</b>	<b>Zona</b>	<b>Día Accidente</b>	<b>Tiempo laborado antes del AT HH:MM</b>
05/02/2011	15:15	PASTO	1	NARIÑO	52	Urbana	Sábado	01:15
<b>¿Estaba realizando su labor habitual?</b>		Si Labor ejecutada en el momento del Accidente						
<b>Código (CIUO-88)</b> 9221		ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS HOTELES Y OTROS						
<b>Mecanismo o forma del accidente.</b>				<b>Lugar del accidente.</b>		<b>Jornada de ocurrencia del AT</b>		
OTRAS FORMAS DE ACCIDENTE NO CLASIFICADAS				Dentro de la Empresa		Normal		
<b>Sitio del accidente de trabajo</b>				<b>Tipo de Accidente de trabajo</b>				
AREAS DE PRODUCCION				PROPIOS DEL TRABAJO				
<b>Tipo de lesión</b>			<b>Agente causante de la lesión</b>			<b>Parte del cuerpo aparentemente afectada</b>		
[*] TRAUMA SUPERFICIAL (incluye rasguño, punción o pinchazo y le[*])			ANIMALES VIVOS			[*] CUELLO		

<b>Nombres y apellidos testigo</b> YERMAN SALAZAR	<b>Nombres y apellidos responsable</b> CAROLINA PORTILLA	<b>Firma del responsable</b>
<b>Identificación</b> CC-7160807	<b>Identificación</b> CC-36754535	



COLOMBIA  
A.R.P.

Código 1430

**SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES**

**INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE (FURAT)**

Reporte No. A8140007041110395213 Fecha Diligenciamiento 08/02/2011 Fecha Radicación 08/02/2011

**Descripción del Accidente**

EL OPERARIO SE ENCONTRABA CARGANDO LA ESTACIONARIA LOCALIZADA EN LOS DOS PUENTES, DONDE SE ENCONTRABAN BASTANTES HOJAS DE PLATANO Y ENREDADA UNA COLMENA DE ABEJAS, QUE EN EL MOMENTO DE MOVER ESTAS HOJAS LAS ABEJAS LO PICARON EN LA CARA Y PARTE DEL CUELLO.



**GRUPO SALA**  
**DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS**  
**PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL**

<b>NOMBRE DE LA EMPRESA Y CIUDAD</b>		<b>FECHA DEL ACCIDENTE</b>	<b>AM</b>	<b>PM</b>	<b>FECHA DEL REPORTE</b>	
EMAS PASTOS.A. E.S.P		05-Feb-11		X	08-Feb-11	
<b>DANOS A LA PERSONA</b>					<b>DANOS A LA PROPIEDAD</b>	
<b>ARP:</b>	<b>NOMBRE DEL TRABAJADOR</b>				<b>PROPIEDAD DAÑADA</b>	
MAPFRE	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ				NA	
<b>OCUPACION</b>	<b>ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO</b>				<b>COSTO ESTIMADO</b>	<b>COSTOS ACTUALES</b>
RECOLECCION	01/01/2008				NA	NA
<b>NATURALEZA DE LA LESION</b>		<b>PARTE DEL CUERPO AFECTADA</b>			<b>NATURALEZA DEL DAÑO</b>	
AMBIENTE DE TRABAJO		CARA - CUELLO			ANIMALES VIVOS	
<b>OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA QUE PRODUJO LA LESION: AMBIENTE DE TRABAJO</b>					<b>OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA DAÑADA</b>	
<b>PERSONA CON MAYOR CONTROL DEL OBJETO/EQUIPO/SUSTANCIA:</b>						
<b>OPERARIO DE RECOLECCION</b>						
<b>DESCRIPCION</b>	<b>DESCRIBA CLARAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE</b>					
	<p>El trabajador manifiesta que siendo las 03:15 de la tarde correspondiente a la fecha del día sábado 5 de febrero del presente año, el operario afirma que se encontraba realizando las labores de recolección por el sector de los dos puentes, descargando la estacionara que se encuentra ubicada en el lugar, justamente en el momento de vaciar la estacionara sobre el vehículo recolector; salieron abejas de este depósito, debido a que una colmena se encontraba enredada sobre unas hojas de plátano, ocasionándole al operario picaduras en la cara y parte del cuello. El operario se dirigió a urgencias de la NUEVA EPS, donde fue atendido por el médico.</p>					
<b>ANALISIS</b>	<b>CUALES ACTOS, FALLAS, ACTITUDES O ALGUNA CONDICION QUE CONTRIBUYERON DIRECTAMENTE</b>					
	<b>CAUSAS INMEDIATAS</b> ACTOS SUBESTANDAR COD. 6. Riesgos ambientales. (Panal de abejas) <b>CAUSAS BASICAS</b> COD. 108. Bajo tiempo de reacción.					
	<b>CUALES SON LAS RAZONES BASICAS O FUNDAMENTALES PARA LA EXISTENCIA DE ESTOS ACTOS O CONDICIONES</b> Falta de atención. Cadencia, ritmo, intensidad de trabajo elevado. Exceso de confianza Hábitos de trabajo incorrectos Realizar labores de descargue de los depositos sin tomar las debidas precauciones. Condiciones inseguras					



# Cafesalud

Bogotá D.C., 18 de Mayo de 2016

Señor(a):

SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ  
CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO  
Teléfono: 3158340509 -  
PASTO - NARIÑO



Red No 2015-505-000476-2  
Fecha 27/05/2016 03 13 28 p.m. Us Rad EVELING PAREDES  
Destino DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitente (EMP) CAFESALUD  
Fecha actual 27/05/2016 03 05 09 p.m.  
Empresa EMAS PASTO S.A. E S P.

Asunto: Notificación calificación de origen enfermedad

Respetado Señor(a):

EPS CAFESALUD se permite notificarle que de acuerdo a la calificación adelantada por el equipo interdisciplinario de Medicina Laboral, previa revisión de los documentos aportados para el caso del señor(a) SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CC 12957079, se determinó el diagnóstico M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL de origen LABORAL.

La calificación proferida por esta EPS, se realizó con base en los fundamentos legales que nos permitimos referir "ley 100 de 1993, ley 776 de 2002, ley 1562 de 2012, decreto 1352 de 2013, decreto 1295 de 1994 y el artículo 142 del decreto 0019 de 2012".

Es importante precisar que si la ARL como entidad interesada no está de acuerdo con la calificación efectuada, deberá radicar su inconformidad dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de este oficio en la dirección Cra. 7 N° 32-33 Piso 7 en la ciudad de Bogotá, y remitir el caso ante la Junta Regional de Calificación Invalidez del lugar de residencia del afiliado con la cancelación de los respectivos honorarios.


Como quiera que los términos legales para, dar trámite a la inconformidad son cortos y que lo pretendido primordialmente es el amparo de los derechos del usuario, se solicita no realizar devolución de los documentos a esta EPS, aunado a que no somos la entidad competente para remitir el caso ante la Junta Regional.

Por otro lado, en caso de que el usuario no esté de acuerdo con la calificación, deberá radicar su inconformidad en la dirección ya enunciada, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de este oficio. Se pone de precedente que los diagnósticos de origen LABORAL, sus prestaciones económicas y asistenciales se encuentran a cargo de la ARL, así como los de origen COMÚN siguen a cargo de la EPS.

En caso de no presentarse la inconformidad dentro del término establecido, el dictamen emitido por esta entidad quedará en firme y sobre el mismo no procederá ningún tipo de recurso en vía administrativa.

El presente documento constituye notificación formal a las personas naturales y/o jurídicas que lo reciban.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Folios: 7

CC: ARL COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A. Dir: Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4 Tel: 071 - 324 11 11 y 2502 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ  
CC: AFP PROTECCION S.A. Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ  
CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO

Recibido  
Am E. Umut  
30739277.  
31 de mayo 2016.



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 1 de 6

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN			
Dictamen No: 3397163	Fecha de solicitud: 18/06/2015	Fecha dictamen: 18/05/2016	
Ciudad: PASTO / NARIÑO	Regional: Nariño		
2. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO			
Apellidos: OVIEDO PEREZ		Nombres: SEGUNDO ABEL	
Documento Identidad: CC	No: 12957079	Edad: 65 AÑOS	Fecha nacimiento: 06/02/1951
Género: MASCULINO	Estado civil: CASADO(A)	Escolaridad: PRIMARIA	
EPS: EPS CAFESALUD	ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.	AFP: PROTECCION S.A.	
3. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO			
Empresa: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP			Nit: 814000704
Cargo: OPERARIO DE RECOLECCIÓN Y BARRIDO			
Actividad económica: organizaciones gubernamentales de todo tipo			
Antigüedad en la empresa: 96 MESES		Antigüedad en el cargo: 96 MESES	
4. INFORMACION CLÍNICA DEL AFILIADO			
4.1. DESCRIPCIÓN ENFERMEDAD ACTUAL Y EVOLUCION			
Paciente masculino Segundo Abel Oviedo de 65 años de edad quien labora en EMAS como operador de barrido Con cuadro clínico consistente en dolor de hombros, de 2 años de evolución que se exacerba con los movimientos en manejo por ortopedia quirúrgicamente el derecho e infiltración en el izquierdo, enviado a medicina laboral para calificación de origen de la enfermedad.			
4.2 ANTECEDENTES DEL AFILIADO			
EMPRESA	CARGO	FACTOR DE RIESGO	TIEMPO EXPOSICIÓN
aseo urbano	reciclador	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecánicos, biológicos	12 MESES
precooperativa de recicladores	nueva generacion	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecánicos, biológicos	84 MESES
coempreder-cooperativa	operario de recoleccion	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecánicos, biológicos	129 MESES
EMAS	operario de recoleccion	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecánicos, biológicos	101 MESES
5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION			
5.1. RELACION DE DOCUMENTOS			
Documento	Se tuvo en cuenta		
FUREL	aportado		
Evaluaciones médicas ocupacionales de Ingreso, periódicas o de egreso	27/11/2012. periódico. Puede continuar en su labor. 12/09/2013. Dr. Víctor Bastidas. Apto con limitación funcional. 27/08/2014 Dr. Víctor Bastidas. Dra. Luz Bolaños. Examen médico periódico. Con restricciones para el cargo.		
Análisis de puesto de trabajo	Empresa: metropolitana de aseo de pasto SA/ESP. Inicio de sintomatología 12/09/2013. Tiempo de servicios en la empresa: 8 años 26 días. Área: recolección. Lateralidad. Diestra. Dx smr. Antecedentes ocupacionales: Aseo urbano. Reciclador. 12 meses. Precooperativa de recicladores nueva generación. Reciclador. 84 meses. Coemprender-cooperativa en convenio con emas. Operario de recolección y barrido. 129 meses. Emas. Operario de recolección desde 01/01/2008-2013.60 meses. EMAS. Operario de barrido 2013 a la fecha 41 meses. CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTACIONES DE TRABAJO: Camión recolector Base adaptada con altura de 0.60 metros para apoyo de los operarios mientras el camión se		



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 2 de 6

desplaza. Agarraderas metálicas con altura 1.93 metros.

MÁQUINAS UTILIZADAS Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) • Compactadora de residuos Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) • Ninguna

HERRAMIENTAS /INSUMOS /ACCESORIOS UTILIZADOS Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) • Canecas 0.95 alturas metros, peso vacía 5 kg, capacidad hasta de 159 kg • Contenedores altura 1.5 m peso capacidad hasta 1000 kg.

Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) • Escoba convencional • Recogedor convencional

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) • Guates de carnaza • Botas con puntera de acero • Mascarilla antipolvo Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) • Guates de carnaza • Botas con puntera de acero • Mascarilla antipolvo.

Horario Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) Lunes a Sábado Turno 1 de 6:00 am a 2:00 pm - Turno 2 de 2:00 pm a 10:00 pm. Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) Lunes a Sábado Centro y avenidas de 4am a9am y de 2pm a5pm - Barrios de 7 am a 3 pm o 6 am a 2 pm Descansos durante la jornada Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2011) 30 minutos. Operado de Barrido (desde 2013 a la fecha) 30 minutos. Rotaciones Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) Semanal. Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) Semanal. Tiempos Operado de Recolección (desde 2008 hasta 2011) Tiempo oficial 480 minutos Tiempo oficial de descanso 30 minutos • Tiempo no oficial de descanso 0 minutos Tiempo inactivo no aplica. Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) Tiempo oficial 480 minutos Tiempo oficial de descanso 30 minutos Tiempo no oficial de descanso 0 minutos Tiempo inactivo no aplica.

ACTIVIDAD: OPERARIO DE RECOLECCIÓN SUBACTIVIDAD: RECOGER BOLSAS CON DESECHOS ORGANICOS: hombros con movimiento de flexión entre 0° y 100°, extensión entre 0 y 30°, rotación interna y externa entre 0° y 30°, abducción entre 00 y 90°; codos con movimientos de flexo extensión entre 0 y 100°, antebrazo con pronación entre 0° y 50°, supinación entre 0 y 50°.

RECOGER CANECAS CON DESECHOS ORGANICOS: Desplazar caneca hasta el camión: En postura bípeda, hombros con movimiento de flexión entre 0 y 30°, codos con flexión entre 0 y 30°, antebrazos con pronación entre 0 y 80°. Ubicar la caneca en el borde del camión: En postura bípeda hombro derecho con abducción entre 0 y 45°, codo derecho con flexión entre 0 y 90°, antebrazo con pronación entre 0 y 80°. Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 90°, codo izquierdo con flexión entre 0 y 90°, antebrazo con pronación entre 0° y 80°. Vaciar caneca: En postura bípeda hombros con movimiento de flexión entre 0° y 90°, codos con flexión entre 0 y 90°, antebrazos con pronación entre 0 y 80°. Desplazar caneca hasta punto de acopio: En postura bípeda hombro derecho con movimiento de flexión entre 0° y 90°, codo derecho con flexión entre 0 y 85°, antebrazo en neutro, Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 45°, abducción entre 0° y 15°, codo izquierdo con flexión entre 0 y 90°, supinación entre 0 y 70°.

RECOGER CONTENEDORES CON DESECHOS ORGANICOS Levantar compuerta de contenedor. En postura bípeda hombro derecho con movimiento de abducción entre 0° y 120°, flexión entre 0 y 130° codo derecho con flexión entre 0 y 110°, antebrazo con pronación entre 0 y 80°, Hombro izquierdo con flexión entre 0 y 90°, codo izquierdo con flexión entre 00 y 90°, supinación entre 0 y 70° Levantar lona: En postura bípeda hombros con flexión entre 0° y 90°, codos con flexión entre 0 y 90°, antebrazos en neutro.

OPERAR SISTEMA PARA COMPACTADO DE DESECHOS ORGANICOS. En postura bípeda hombro derecho con flexión entre 0° y 30°, codo derecho con flexión entre 0 y 100°. Antebrazo derecho con pronación entre 0 y 80°. Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 40°, codo izquierdo con flexión entre 0 y 80°.

ACTIVIDAD: OPERARIO DE BARRIDO SUBACTIVIDAD: BARRER RECOGER. Barrer En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 60°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70° y 90°, Hombro izquierdo con movimientos de

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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 3 de 6

	<p>abducción entre 0° y 90°, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0° y 90°, Recoger En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0° a 70°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70° y 90°, Hombro izquierdo en aducción, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 70°</p> <p>PAPELEAR En postura bípeda se registra cuello en flexión de 20°. Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 70°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70° y 90°. Hombro izquierdo en aducción, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 70°.</p> <p>SELECCIONAR VIDRIO En postura bípeda Hombro derecho en flexión de 0° a 90°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70 y 90°, Hombro izquierdo en flexión de 0 a 90°, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 70°.</p> <p>UBICAR LA BOLSA DE BASURA EN EL SEPARADOR O ANDEN: Hombro derecho en aducción entre 0° y 30°, codo derecho con flexión entre 0 y 20°, muñeca derecha en flexión de 0° a 10°. Hombro izquierdo con movimientos de abducción entre 0° y 40°, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 40°</p>
<b>Matriz de riesgo o panorama de factores de riesgo</b>	físico (radiaciones ionizantes, ruido). Químico (aerosoles, material particulado humo y polvo), condiciones de seguridad (eléctrico, accidentes de tránsito, locativo, publico), biológicos, biomecánicos (posturas inadecuada, movimientos repetitivos, levantamiento de cargas), psicosocial (altos ritmos de trabajo, monotonía en la tarea, forma de mando)
<b>Paraclínicos</b>	07/04/2015 RMN de hombros. Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo
<b>Historia Clínica</b>	07/04/2015. Ortopedia. Dr. Miguel Martinez. control Trae resonancia que confirma lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo Síndrome de manguito rotatorio Código CIE10 M751 Tipo de Diagnóstico confirmado Recomendaciones Explico necesidad de tratamiento quirúrgico inicialmente con el hombro derecho para evitar progresión. En el mismo tiempo qgco se hará infiltración en el lado izquierdo en el cual el pronóstico de mejoría de función no es bueno. Doy incapacidad a partir de hoy por 7 días explicando que es prorrogable. Envío a valoración por medicina laboral. Solicito paraclínicos programa para el día 15 de abril. Solicito materiales; ss ch, kit medicina deportiva reparación de manguito rotador con anclaje (hombro).
<b>Copia última planilla de pago PILA</b>	aportada
<b>Autorización para la entrega de la historia clínica</b>	aportado
<b>Certificado de cargos y funciones</b>	<p>Empresa Ermas pasto s.a e.s.p. Ingreso 01/01/2008 contrato a término indefinido cargo: operario de barrido y recolección. Funciones: Realizar el barrido de la cuneta de la vía o calle, hasta un metro hacia la calzada de la misma. 2. Retirar la hierba que crece en las grietas de las cunetas. 3. Recoger los papeles y residuos gruesos encontrados sobre los andenes. 4. Realizar despápele en los parques y zonas verdes aledañas a las vías asignadas en el sector respectivo indicado en el microruteo. 5. Depositar los residuos provenientes de barrido en las bolsas y ubicarlas a un lado de las vías en las que pasa el vehículo recolector. 6. Realizar las labores relacionadas con la recolección de residuos especiales en áreas públicas y áreas privadas. 7. Recoger y embolsar todo tipo de residuos encontrados sobre la cuneta de la vía, incluyendo escombros de volúmenes menores o iguales a un metro cubico (1 m3). 8. Evacuar los depósitos y barrer la zona donde se encuentran las mismas. 9. Ubicar los recipientes retornables de los usuarios a una distancia máxima de 3 metros del lugar donde se encontró. 10. Reportar malas prácticas de los usuarios que ocasionen retrasos en la recolección (residuos mal empacados o mal ubicados). 11. Realizar labores de mantenimiento básico, tales como lavado, engrase, cambio de aceite y otros. 12. Conocer el diseño óptimo de la microruta, reportar desviaciones que se presenten en su ejecución y aportar mejorar para conseguir</p>



# Cafesalud

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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 4 de 6

eficiencias. 13. Conocer la capacidad óptima de la caja compactadora y calcular su máxima ocupación, así como el número de ciclos de compactación parta controlados. Reportar oportunamente fugas de lixiviado o aceite hidráulico, mangueras averiadas y deterioros en la presentación física del vehículo. 15. Reportar cualquier ineficiencia detectada que pueda corregirse. 16. Las demás actividades que se requiera para cumplir con la misión y visión de la Empresa y/o que su Jefe Inmediato le solicite

### DOCUMENTOS ADICIONALES

NO APLICA

### 5.2. EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Fecha	Nombre examen o Interconsulta	Resultado
07/04/2015	RMN de hombros	Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo

### 5.3 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION

M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL

LABORAL

### 6. CALIFICACION DE ORIGEN



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 5 de 6

**SUSTENTACION:** Paciente de 65 años, sexo masculino, identificado con cédula número 12957079 quien labora alrededor de 96 meses ejerciendo actividades manuales en el área operativa de la empresa metropolitana de aseo refiriendo Dolor en hombros de más o menos 24 meses de evolución que se exacerba con los movimientos, limitando paulatinamente el desarrollo de sus actividades diarias. Con base en el estudio de la historia Clínica, exámenes paraclínicos, interconsultas de Especialistas y el Análisis del puesto de trabajo, se concluye que el Origen de su enfermedad es de carácter laboral sustentado en lo siguiente:

Paciente quien se encuentra expuesto a factores de riesgo ergonómicos de larga data realizando actividades que implica el uso continuo de miembros superiores en su labor como operador de recolección y de barrido sin examen de Ingreso que descarte la presencia de patología osteomuscular previa al inicio de su labor y con evidencia de exámenes Periódicos descritos durante su transcurso laboral con restricciones.

Las valoraciones por Médicos Especialistas confirman la patología en hombros apoyados por el resultado de la resonancia magnética que muestra: Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo

Según lo anteriormente referido y con base en los criterios descritos en la GATISO para Hombro doloroso se agrupa este tipo de síntomas con el diagnóstico de síndrome de manguito rotador; enfermedad secundaria a la exposición de posturas mantenidas, prolongadas y forzadas realizadas durante un determinado tiempo y con un factor de riesgo ergonómico continuo propio de su trabajo; que en el caso particular, se encuentran presentes, los cambios evidenciados en la Resonancia de Hombro hace referencia a un proceso inflamatorio relacionado con su actividad laboral

Finalmente según el Análisis del puesto de trabajo TIPO, se evidencia que en la mayoría de las actividades realizadas durante su jornada laboral como lo son: operario de recolección subactividad: recoger bolsas con desechos orgánicos: hombros con movimiento de flexión entre 0° y 100°, recoger canecas con desechos orgánicos: Desplazar caneca hasta el camión: En postura bípeda, Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 90°. Vaciar caneca: En postura bípeda hombros con movimiento de flexión entre 0° y 90°. Desplazar caneca hasta punto de acopio: En postura bípeda hombro derecho con movimiento de flexión entre 0° y 90°. Recoger contenedores con desechos orgánicos Levantar compuerta de contenedor. En postura bípeda hombro derecho con movimiento de abducción entre 0° y 120°, flexión entre 0 y 130, Hombro izquierdo con flexión entre 0 y 90°, operario de barrido subactividad: barrer recoger. Recoger En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0° a 70°, papelear En postura bípeda. Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 70°, seleccionar vidrio En postura bípeda Hombro derecho en flexión de 0° a 90°, Hombro izquierdo en flexión de 0 a 90°, los movimientos realizados a nivel de hombros para flexión y abducción se encuentran por encima de los ángulos de confort, labor rutinaria, repetitiva, haciendo de esta actividad un factor de riesgo alto para desarrollar lesión por trauma acumulativo a nivel de hombros.

Por lo anteriormente mencionado y con base a las consideraciones legales anotadas a continuación, se concluye que el Origen de la Enfermedad es de tipo laboral.

Este estudio de origen de enfermedad es producto de la información suministrada por el usuario y se realiza bajo el entendido que no existe un primer dictamen, no obstante, si se llega a conocer que hay uno que se encuentre en firme por el mismo diagnóstico o en trámite ante alguna de las entidades competentes y/o en cualquier instancia, es importante indicar que esta segunda calificación no tendría validez y tampoco sería pasible de controversia ante las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez ni de demanda ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral. La anterior aclaración, por cuanto es nuestro interés prestar el servicio requerido sin llegar a incurrir en la conducta irregular de que trata el artículo 32 del Decreto 1352 de 2012.



# Cafesalud

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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

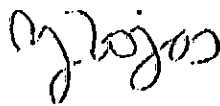
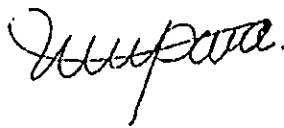
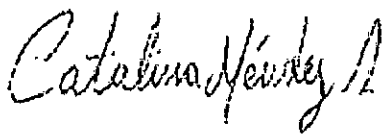
Pág 6 de 6

CONSIDERACIONES LEGALES: BASADOS EN LEY 100 DE 1993, LEY 1562 DE 2012, DECRETO 1352 DE 2013 Y ARTÍCULO 142 DE LA LEY 019 DE 2012.

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 HÁBILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 142 DEL DECRETO LEY 019 DE 2012. LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN AL RESPECTO SERÁN RESUELTAS POR LAS JUNTAS REGIONALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013.

ELABORADO POR: XIOMARA ALEJANDRA PEÑEROS TURR

### 6. RESPONSABLES DE LA CALIFICACION COMITÉ INTERDISCIPLINARIO DE CALIFICACIÓN

EDNA YADIRA ROJAS LSO 86 de 2009	
MARICELA PARRA FAJARDO Profesional Salud Ocupacional Lic. 1672/2010	
Catalina Méndez Silva Medico Fisiatra RM. 3576-2010	

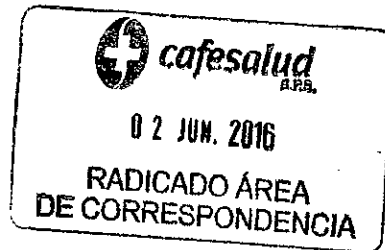


San Juan de Pasto, 02 de Junio de 2016

Señores:

**CAFESALUD EPS,**

Empresa Promotora de Salud  
Pasto (N).



Asunto: **Solicitud relación de Incapacidades.**

Derecho de petición

(Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia de 1991)

Cordial Saludo,

Yo **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ** identificada con cedula de ciudadanía No. **12.957.079**, de Pasto (Nariño), por medio de la presente me permito solicitar la relación correspondiente a las incapacidades las cuales me han sido otorgadas desde el inicio de mi afiliación a esta entidad, todo esto con el fin de gestionar y adelantar tramites ante el Fondo de pensiones al cual me encuentro afiliado.

Atentamente,

*Segundo Abel Oviedo Perez*

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**

**C.C. 12.957.079**

I. Información del Empleador.	Nombre o Razón social		Identificación		Tipo Vinculador	
	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO		NT-8140007041		Empleador	
	Nombre de la Sede Principal		Actividad económica principal (Decreto 1607/02)			
	EMPRESA DE ASEO DE PASTO		EMPRESAS DEDICADAS A LA ELIMINACION DE			
	Dirección de la sede principal		Municipio		Departamento	
	CARRERA 24 NO 23-51		PASTO		NARIÑO	
II. Información del trabajador al momento del accidente.	Zona	Teléfono	Fax	Correo Electrónico		
		7216169	7216169	EMAS@TELECOM.COM.CO		
	Centro de Trabajo		Actividad económica centro de trabajo			
	Dirección del Centro de Trabajo		Municipio		Departamento	
	Zona	Teléfono	Fax	Correo Electrónico		

II. Información del trabajador al momento del accidente.	Nombres		Apellidos		Sexo	
	SEGUNDO ABEL		OVIEDO PEREZ		Masculino	
	Identificación		Fecha de Nacimiento Tipo Vinculación Laboral			
	CC-12957079		.....			
	EPS		AFP			
	Dirección Residencia		Municipio		Departamento	
	CALLE 6TA No 13-29 BARRIO CAICEDO					
	Zona	Teléfono	Fax	Celular	Ocupación Habitual (CIUO-88)	
	Urbana	7216169		3206064811	9221-ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS	
	Fecha de Vinculación		Jornada habitual de trabajo			
01/01/2008		Diurno				
Antigüedad en la ocupación		Meses 39	Días 31	Centro Trabajo Accidente		

III. Información sobre el accidente de trabajo (AT).	¿Causó la muerte del trabajador?		No					
	Fecha Accidente	Hora HH:MM	Municipio	Código	Departamento	Código Zona	Día Accidente	Tiempo laborado antes del AT HH:MM
	23/03/2011	08:00		1		52 Urbana	Miércoles	02:00
	¿Estaba realizando su labor habitual?		Si Labor ejecutada en el momento del Accidente					
	Código (CIUO-88) 9221		ASEADORES Y FUMIGADORES DE OFICINAS HOTELES Y OTROS					
	Mecanismo o forma del accidente.		Lugar del accidente.		Jornada de ocurrencia del AT			
	CAIDAS DE PERSONAS				Normal			
	Sitio del accidente de trabajo		Tipo de Accidente de trabajo					
	AREAS DE PRODUCCION		PROPIOS DEL TRABAJO					
	Tipo de lesión		Agente causante de la lesión		Parte del cuerpo aparentemente afectada			
["I"] GOLPE, CONTUSION O APLASTAMIENTO		["I"] OTROS APARATOS		["I"] MIEMBROS INFERIORES				

IV. Descripción del accidente	Nombres y apellidos testigo		Nombres y apellidos responsable		Firma del responsable	
	YERMAN SALAZAR		CAROLINA PORTILLA			
	Identificación		Identificación			
	CC-7160807		CC-36754535			

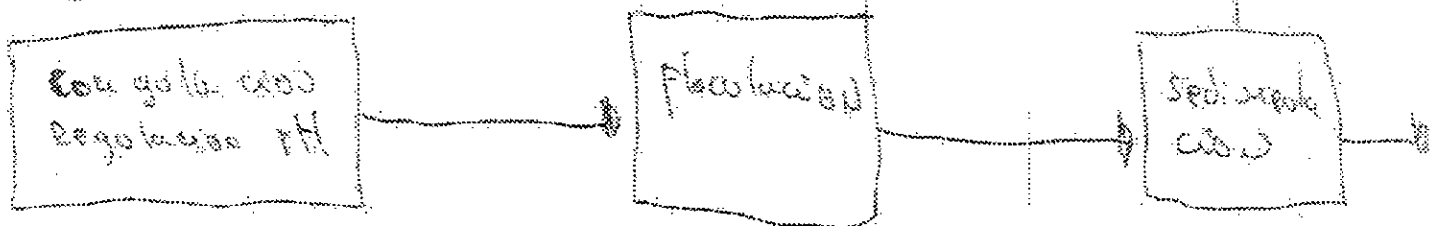
5) Usar decantación de sólidos suspendidos y totales para determinar la biomasa del reactor

6) Evitar espumas en el reactor

7) Realizar un análisis microbiológico del efluente para determinar microorganismos aerobios y evitar organismos filamentosos que afectan el funcionamiento del reactor.

8) La turbidez primaria asociada es un buen parámetro en el que se adicionan químicos para de esta manera garantizar la eliminación de contaminantes de un vertimiento, puede ser eliminados de metales, algo de materia orgánica y otros compuestos.

Diagrama de Bloques.





**MAPFRE**

**COLOMBIA**

A.R.P.

Código 1430

**SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES**

**INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE (FURAT)**

Reporte No. A8140007041110825985 Fecha Diligenciamiento

Fecha Radicación

**Descripción del Accidente**

EL OPERARIO SE ENCONTRABA POR OBONUCO, SE DIRIGIAN EN EL VEHICULO RECOLECTOR R15 PARA TRASLADAR LAS CANECAS DE LA BASURA, QUE IBAN A SER PUESTAS EN ESE LUGAR Y EN EL TRANSCURSO DE LA VIA EL CARRO PISO UNA VALLA DE SEGURIDAD DE LA POLICIA, GOLPEANDO LA PARTE DE ATRAS DEL CARRO LO QUE OCACIONO AL OPERADOR QUE SE ENCONTRABA EN LA PARTE TRASERA LA CAIDA DEL VEHICULO Y UN GOLPE EN LOS MIEMBROS INFERIORES.

página 4 de 5

3) modo de seguimiento de los datos de todos los actuadores

1) Medida de oxígeno disuelto. Se debe garantizar que el rango de concentración de oxígeno disuelto se encuentre entre 2.5 y 2.3 mg/L para evitar la degradación de la materia orgánica. Las concentraciones superiores favorecen la nitrificación.

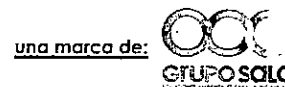
2) Medida de Respiración (puede ser realizada por sensores) para determinar los parámetros cinéticos del reactor y determinar los óptimos parámetros de operación

3) medición de  $COT$  y  $NTK$  para determinar si es necesario la adición de nutrientes al sistema.

4) medición Índice biológico de todos para determinar el estado del lago. Valores bajos de  $IBL$  determinan un mal comportamiento del reactor.



Siente tu ciudad, vívela limpia



San Juan de Pasto, 20 de agosto de 2014

Doctor:  
**VICTOR HUGO BASTIDAS**  
Médico Ocupacional  
Carrera 32 No 12ª-48  
San Ignacio

Asunto: Examen Médico de ocupacional,

Cordial Saludo, por medio de la presente me permito solicitarle, realizar examen médico ocupacional al señor **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, identificado con cédula de ciudadanía número **12.957.079** Pasto (N). Quien se desempeña como OPERARIO DE BARRIDO Y LIMPIEZA.

**Para el desempeño de este cargo, el colaborador cumple con las siguientes responsabilidades específicas:**

• Realizar el barrido de la cuneta de la vía, hasta un metro hacia la calzada de la misma
• Retirar la hierba que crece en las grietas de las cunetas
• Recoger los papeles y residuos gruesos encontrados sobre los andenes
• Realizar despapele en los parques y zonas verdes aledañas a las vías asignadas en el sector respectivo indicado en el microruteo
• Depositar los residuos provenientes de barrido en las bolsas y ubicarlas a un lado de las vías en las que pasa el vehículo recolector
• Las demás actividades que se requiera para cumplir con la misión y visión de la Empresa y/o que su Jefe Inmediato le solicite

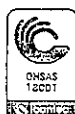
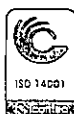
La cita está programada para el **miércoles, 27 agosto de 2014 a las 03:45 pm**

Atentamente,

  
**ZULMA MORALES QUINTERO**  
Directora de Talento Humano.

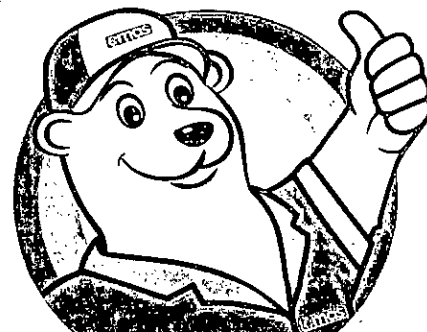
Sandra P.

*Segundo Oviedo*  
**12957079**



Emas Pasto S.A. E.S.P.  
Cra. 24 No. 23 - 51  
Tel.: (2) 721 6169 - (2) 736 2874  
Atención al cliente: Cll. 22 No. 23 - 93  
Casona Empopasto

**www.emaspasto.com.co**



**Victor Hugo Bastidas López**

Médico cirujano Esp. Salud Ocupacional  
Lic. 1318/09

Fecha		
27	08	2014

## EXAMEN MÉDICO INFORME SALUD OCUPACIONAL

El señor(a): SEGUNDO ABEI CUIERO PEREZ Empresa: EMAS PASTO

Cuyo documento de identidad es: 12957079 de PASTO

Se presentó al examen médico: PERSONAL cargo OPERARIO DE BARRILAS Y LIMAÇA

### Exámenes Realizados

- |  |  |
|--|--|
| 1. Examen Medico <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Otros <input type="checkbox"/>        |
| 2. Audiometría <input type="checkbox"/>              |  |
| 3. Espirometría <input type="checkbox"/>             |  |
| 4. Optometría <input type="checkbox"/>               | 8. Laboratorios <input type="checkbox"/> |
| 5. Visiometría <input type="checkbox"/>              |  |
| 6. Prueba Psicotécnica <input type="checkbox"/>      |  |

### EXAMEN DE PREINGRESO - POSTINCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

#### Concepto de Aptitud

- ☐ Sin limitaciones o restricciones para el cargo  
☒ Con limitaciones o restricciones para el cargo  
☐ Aplazado  
☐ No cumple con los requerimientos médicos para el cargo

#### Examen de Egreso

- Hay sospecha de secuela de accidente de trabajo no reportado ☐ Si ☐ No  
Enfermedad laboral ☐ Si ☐ No  
Enfermedad Común agravada por el trabajo ☐ Si ☐ No  
Enfermedad Común ☐ Si ☐ No

Otras indicaciones: Paciente con Síndrome de Manguito Rotador bilateral en estudio y tratamiento en su EPS con Ortopedia el cual debe continuar, Peso máximo de Carga 5 Kg. Se limitan movimientos repetitivos de hombros, pausas Activas laborales. Requiere valoración por optometría y uso de corrección óptica permanente.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud. Todo es verídico y puede ser confirmado

Nombre y firma del Médico

Firma del Evaluado

c.c. 12957079



Bogotá D.C, 17 de Julio de 2016

Señores:  
COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.  
Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4  
Tel: 071 - 324 11 11 y 2502  
BOGOTÁ D.C. (BOGOTÁ)

**ASUNTO: FIRMEZA DE DICTAMEN - CALIFICACIÓN DE ORIGEN**  
**CASO: SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ - CC 12957079**  
**DICTAMEN: 3397163**

Respetados señores,

Revisadas nuestras bases de datos y sistemas de información, se evidenció que esta EPS calificó en primera oportunidad como de origen laboral el diagnóstico M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL padecido por el señor(a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, dictamen que fue debidamente notificado a su entidad.

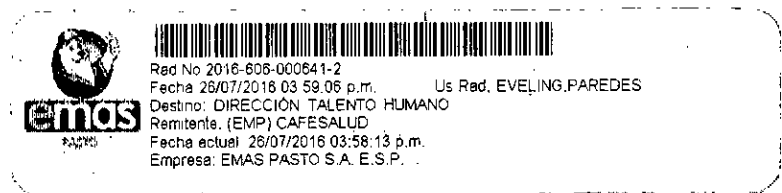
Por lo anterior y teniendo en cuenta que esa entidad no presentó controversia en los términos del artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012 (1), se concluye que el referido dictamen cobró firmeza y por tanto es definitivo.

Finalmente, es importante señalar que las prestaciones que pueda requerir el usuario derivadas de los diagnósticos definidos como de origen laboral, están a cargo de esa entidad, según lo establecido en el Decreto 1295 de 1994 y la Ley 1562 de 2012.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Folios. 1



**CC: AFILIADO** SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ Dir: CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO Tel:3158340509 - PASTO (NARIÑO)

**CC: AFP** PROTECCION S.A. Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C -BOGOTÁ

**CC: EMPLEADOR** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP Dir. CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO

(1) *Artículo 142. Calificación del estado de invalidez. (...) En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes" (...)*





Bogotá D.C., 18 de Mayo de 2016

Señor(a):

**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
CALLE 6A # 13-29 BARRIO CAICEDO BAJO  
Teléfono: 3158340509 -  
PASTO - NARIÑO



Rad No 2016-606-000476-2  
Fecha 27/05/2016 03:13:28 p.m. Us Rad. EVELING PAREDES  
Destino: DIRECCIÓN TALENTO HUMANO  
Remitente (EMP) CAFESALUD  
Fecha actual: 27/05/2016 03:05:09 p.m.  
Empresa: EMAS PASTO S.A. E.S.P.

Asunto: Notificación calificación de origen enfermedad

Respetado Señor(a):

EPS CAFESALUD se permite notificarle que de acuerdo a la calificación adelantada por el equipo interdisciplinario de Medicina Laboral, previa revisión de los documentos aportados para el caso del señor(a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ CC 12957079**, se determinó el diagnóstico **M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL** de origen **LABORAL**.

La calificación proferida por esta EPS, se realizó con base en los fundamentos legales que nos permitimos referir "ley 100 de 1993, ley 776 de 2002, ley 1562 de 2012, decreto 1352 de 2013, decreto 1295 de 1994 y el artículo 142 del decreto 0019 de 2012".

Es importante precisar que si la ARL como entidad interesada no está de acuerdo con la calificación efectuada, deberá radicar su inconformidad dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de este oficio en la dirección Cra. 7 N° 32-33 Piso 7 en la ciudad de Bogotá, y remitir el caso ante la Junta Regional de Calificación Invalidez del lugar de residencia del afiliado con la cancelación de los respectivos honorarios.

Como quiera que los términos legales para dar trámite a la inconformidad son cortos y que lo pretendido primordialmente es el amparo de los derechos del usuario, se solicita no realizar devolución de los documentos a esta EPS, aunado a que no somos la entidad competente para remitir el caso ante la Junta Regional.

Por otro lado, en caso de que el usuario no esté de acuerdo con la calificación, deberá radicar su inconformidad en la dirección ya enunciada, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de este oficio. Se pone de precedente que los diagnósticos de origen LABORAL, sus prestaciones económicas y asistenciales se encuentran a cargo de la ARL, así como los de origen COMÚN siguen a cargo de la EPS.

En caso de no presentarse la inconformidad dentro del término establecido, el dictamen emitido por esta entidad quedará en firme y sobre el mismo no procederá ningún tipo de recurso en vía administrativa.

El presente documento constituye notificación formal a las personas naturales y/o jurídicas que lo reciban.

Cordialmente,

  
Departamento Medicina Laboral  
Convenio EPS CAFESALUD

Folios 7

**CC: ARL COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.** Dir: Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4 Tel: 071 - 324 11 11 y 2502 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ  
**CC: AFP PROTECCION S.A.** Dir: CRA 7 No 32-39 Tel: 7444464 BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ  
**CC: EMPLEADOR EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP** Dir: CARRERA 24 # 23 - 51 Tel: 7216169 PASTO - NARIÑO

  
27/05/16  
74



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 1 de 6

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN			
Dictamen No: 3397163	Fecha de solicitud: 18/06/2015	Fecha dictamen: 18/05/2016	
Ciudad: PASTO / NARIÑO		Regional: Nariño	
2. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO			
Apellidos: OVIEDO PEREZ		Nombres: SEGUNDO ABEL	
Documento Identidad: CC	No: 12957079	Edad: 65 AÑOS	Fecha nacimiento: 06/02/1951
Género: MASCULINO	Estado civil: CASADO(A)	Escolaridad: PRIMARIA	
EPS: EPS CAFESALUD	ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.	AFP: PROTECCION S.A.	
3. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO			
Empresa: EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP			Nit: 814000704
Cargo: OPERARIO DE RECOLECCIÓN Y BARRIDO			
Actividad económica: organizaciones gubernamentales de todo tipo			
Antigüedad en la empresa: 96 MESES		Antigüedad en el cargo: 96 MESES	
4. INFORMACION CLÍNICA DEL AFILIADO			
4.1. DESCRIPCIÓN ENFERMEDAD ACTUAL Y EVOLUCION			
Paciente masculino Segundo Abel Oviedo de 65 años de edad quien labora en EMAS como operador de barrido Con cuadro clínico consistente en dolor de hombros, de 2 años de evolución que se exagera con los movimientos en manejo por ortopedia quirúrgicamente el derecho e infiltración en el izquierdo, enviado a medicina laboral para calificación de origen de la enfermedad.			
4.2 ANTECEDENTES DEL AFILIADO			
EMPRESA	CARGO	FACTOR DE RIESGO	TIEMPO EXPOSICIÓN
aseo urbano	reciclador	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	12 MESES
precooperativa de recicladores	nueva generacion	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	84 MESES
coempreder-cooperativa	operario de recoleccion	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	129 MESES
EMAS	operario de recoleccion	ergonómico, psicosocial, condiciones de seguridad, biomecanicos, biologicos	101 MESES
5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION			
5.1. RELACION DE DOCUMENTOS			
Documento	Se tuvo en cuenta		
FUREL	aportado		
Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso	27/11/2012.periódico. Puede continuar en su labor. 12/09/2013. Dr. Víctor Bastidas. Apto con limitación funcional. 27/08/2014 Dr. Víctor Bastidas. Dra. Luz Bolaños. Examen médico periódico. Con restricciones para el cargo.		
Análisis de puesto de trabajo	Empresa: metropolitana de aseo de pasto SA/ESP. Inicio de sintomatología 12/09/2013. Tiempo de servicios en la empresa: 8 años 26 días. Área: recolección. Lateralidad. Diestra. Dx smr. Antecedentes ocupacionales: Aseo urbano. Reciclador. 12 meses. Precooperativa de recicladores nueva generación. Reciclador. 84 meses. Coemprender-cooperativa en convenio con emas. Operario de recolección y barrido. 129 meses. Emas. Operario de recolección desde 01/01/2008-2013.60 meses. EMAS. Operario de barrido 2013 a la fecha 41 meses. CARACTERÍSTICAS DE LAS ESTACIONES DE TRABAJO: Camión recolector Base adaptada con altura de 0.60 metros para apoyo de los operarios mientras el camión se		



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 2 de 6

desplaza. Agarraderas metálicas con altura 1.93 metros.

MÁQUINAS UTILIZADAS Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) • Compactadora de residuos Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) • Ninguna

HERRAMIENTAS /INSUMOS /ACCESORIOS UTILIZADOS Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) • Canecas 0.95 alturas metros, peso vacía 5 kg, capacidad hasta de 159 kg • Contenedores altura 1.5 m peso capacidad hasta 1000 kg.

Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) • Escoba convencional • Recogedor convencional

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) • Guates de carnaza • Botas con puntera de acero • Mascarilla antipolvo Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) • Guates de carnaza • Botas con puntera de acero • Mascarilla antipolvo.

Horario Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) Lunes a Sábado Turno 1 de 6:00 am a 2:00 pm - Turno 2 de 2:00 pm a 10:00 pm. Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) Lunes a Sábado Centro y avenidas de 4am a9am y de 2pm a5pm - Barrios de 7 am a 3 pm o 6 am a 2 pm Descansos durante la jornada Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2011) 30 minutos. Operado de Barrido (desde 2013 a la fecha) 30 minutos. Rotaciones Operario de Recolección (desde 2008 hasta 2013) Semanal. Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) Semanal. Tiempos Operado de Recolección (desde 2008 hasta 2011 Tiempo oficial 480 minutos Tiempo oficial de descanso 30 minutos • Tiempo no oficial de descanso 0 minutos Tiempo inactivo no aplica. Operario de Barrido (desde 2013 a la fecha) Tiempo oficial 480 minutos Tiempo oficial de descanso 30 minutos Tiempo no oficial de descanso 0 minutos Tiempo inactivo no aplica.

ACTIVIDAD: OPERARIO DE RECOLECCIÓN SUBACTIVIDAD: RECOGER BOLSAS CON DESECHOS ORGANICOS: hombros con movimiento de flexión entre 0° y 100°, extensión entre 0 y 30°, rotación interna y externa entre 0° y 30°, abducción entre 00 y 90°; codos con movimientos de flexo extensión entre 0 y 100°, antebrazo con pronación entre 0° y 50°, supinación entre 0 y 50°.

RECOGER CANECAS CON DESECHOS ORGANICOS: Desplazar caneca hasta el camión: En postura bípeda, hombros con movimiento de flexión entre 0 y 30°, codos con flexión entre 0 y 30°, antebrazos con pronación entre 0 y 80°, Ubicar la caneca en el borde del camión: En postura bípeda hombro derecho con abducción entre 0 y 45°, codo derecho con flexión entre 0 y 90°, antebrazo con pronación entre 0 y 80°, Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 90°, codo izquierdo con flexión entre 0 y 90°, antebrazo con pronación entre 0° y 80°.Vaciar caneca: En postura bípeda hombros con movimiento de flexión entre 0° y 90°, codos con flexión entre 0 y 90°, antebrazos con pronación entre 0 y 80°. Desplazar caneca hasta punto de acopio: En postura bípeda hombro derecho con movimiento de flexión entre 0° y 90°, codo derecho con flexión entre 0 y 85°, antebrazo en neutro, Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 45°, abducción entre 0° y 15°, codo izquierdo con flexión entre 0 y 90°, supinación entre 0 y 70°.

RECOGER CONTENEDORES CON DESECHOS ORGANICOS Levantar compuerta de contenedor. En postura bípeda hombro derecho con movimiento de abducción entre 0° y 120°, flexión entre 0 y 130° codo derecho con flexión entre 0 y 110°, antebrazo con pronación entre 0 y 80°, Hombro izquierdo con flexión entre 0 y 90°, codo izquierdo con flexión entre 00 y 90°, supinación entre 0 y 70° Levantar lona: En postura bípeda hombros con flexión entre 0° y 90°, codos con flexión entre 0 y 90°, antebrazos en neutro.

OPERAR SISTEMA PARA COMPACTADO DE DESECHOS ORGANICOS. En postura bípeda hombro derecho con flexión entre 0° y 30°, codo derecho con flexión entre 0 y 100°. Antebrazo derecho con pronación entre 0 y 80°.Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 40°, codo izquierdo con flexión entre 0 y 80°.

ACTIVIDAD: OPERARIO DE BARRIDO SUBACTIVIDAD: BARRER RECOGER. Barrer En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 60°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70° y 90°, Hombro izquierdo con movimientos de

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

*(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)*

Pág 3 de 6

	<p>abducción entre 0° y 90°, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0° y 90°, Recoger En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0° a 70°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70° y 90°, Hombro izquierdo en aducción, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 70°</p> <p>PAPELEAR En postura bípeda se registra cuello en flexión de 20°. Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 70°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70° y 90°. Hombro izquierdo en aducción, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 70°.</p> <p>SELECCIONAR VIDRIO En postura bípeda Hombro derecho en flexión de 0° a 90°, codo derecho con movimientos de flexo extensión entre 70 y 90°, Hombro izquierdo en flexión de 0 a 90°, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 70°.</p> <p>UBICAR LA BOLSA DE BASURA EN EL SEPARADOR O ANDEN: Hombro derecho en aducción entre 0° y 30°, codo derecho con flexión entre 0 y 20°, muñeca derecha en flexión de 0° a 10°. Hombro izquierdo con movimientos de abducción entre 0° y 40°, codo izquierdo con movimientos de flexo extensión de 0 a 40°</p>
<b>Matriz de riesgo o panorama de factores de riesgo</b>	físico (radiaciones ionizantes, ruido). Químico (aerosoles, material particulado humo y polvo), condiciones de seguridad (eléctrico, accidentes de tránsito, locativo, publico), biológicos, biomecánicos (posturas inadecuada, movimientos repetitivos, levantamiento de cargas), psicosocial (altos ritmos de trabajo, monotonía en la tarea, forma de mando)
<b>Paraclínicos</b>	07/04/2015 RMN de hombros. Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo
<b>Historia Clínica</b>	07/04/2015. Ortopedia. Dr. Miguel Martínez. control Trae resonancia que confirma lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo Síndrome de manguito rotatorio Código CIE10 M751 Tipo de Diagnóstico confirmado Recomendaciones Explico necesidad de tratamiento quirúrgico inicialmente con el hombro derecho para evitar progresión. En el mismo tiempo qgco se hará infiltración en el lado izquierdo en el cual el pronóstico de mejoría de función no es bueno. Doy incapacidad a partir de hoy por 7 días explicando que es prorrogable. Envío a valoración por medicina laboral. Solicito paraclínicos programa para el día 15 de abril. Solicito materiales; ss ch, kit medicina deportiva reparación de manguito rotador con anclaje (hombro).
<b>Copia última planilla de pago PILA</b>	aportada
<b>Autorización para la entrega de la historia clínica</b>	aportado
<b>Certificado de cargos y funciones</b>	<p>Empresa Emas pasto s.a e.s.p. Ingreso 01/01/2008 contrato a término indefinido cargo: operario de barrido y recolección. Funciones: Realizar el barrido de la cuneta de la vía o calle, hasta un metro hacia la calzada de la misma. 2. Retirar la hierba que crece en las grietas de las cunetas. 3. Recoger los papeles y residuos gruesos encontrados sobre los andenes. 4. Realizar despápele en los parques y zonas verdes aledañas a las vías asignadas en el sector respectivo indicado en el microruteo. 5. Depositar los residuos provenientes de barrido en las bolsas y ubicarlas a un lado de las vías en las que pasa el vehículo recolector. 6. Realizar las labores relacionadas con la recolección de residuos especiales en áreas públicas y áreas privadas. 7. Recoger y embolsar todo tipo de residuos encontrados sobre la cuneta de la vía, incluyendo escombros de volúmenes menores o iguales a un metro cubico (1 m3). 8. Evacuar los depósitos y barrer la zona donde se encuentran las mismas. 9. Ubicar los recipientes retornables de los usuarios a una distancia máxima de 3 metros del lugar donde se encontró. 10. Reportar malas prácticas de los usuarios que ocasionen retrasos en la recolección (residuos mal empacados o mal ubicados). 11. Realizar labores de mantenimiento básico, tales como lavado, engrase, cambio de aceite y otros. 12. Conocer el diseño óptimo de la microruta, reportar desviaciones que se presenten en su ejecución y aportar mejorar para conseguir</p>



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

*(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)*

Pág 4 de 6

eficiencias. 13. Conocer la capacidad óptima de la caja compactadora y calcular su máxima ocupación, así como el número de ciclos de compactación para controlados. Reportar oportunamente fugas de lixiviado o aceite hidráulico, mangueras averiadas y deterioros en la presentación física del vehículo. 15. Reportar cualquier ineficiencia detectada que pueda corregirse. 16. Las demás actividades que se requiera para cumplir con la misión y visión de la Empresa y/o que su Jefe Inmediato le solicite

**DOCUMENTOS ADICIONALES**

**NO APLICA**

**5.2. EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Fecha	Nombre examen o Interconsulta	Resultado
07/04/2015	RMN de hombros	Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo

**5.3 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION**

**M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO BILATERAL**

**LABORAL**

**6. CALIFICACION DE ORIGEN**



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

*(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)*

Pág 5 de 6

**SUSTENTACION:** Paciente de 65 años, sexo masculino, identificado con cédula número 12957079 quien labora alrededor de 96 meses ejerciendo actividades manuales en el área operativa de la empresa metropolitana de aseo refiriendo Dolor en hombros de más o menos 24 meses de evolución que se exacerba con los movimientos, limitando paulatinamente el desarrollo de sus actividades diarias. Con base en el estudio de la historia Clínica, exámenes paraclínicos, interconsultas de Especialistas y el Análisis del puesto de trabajo, se concluye que el Origen de su enfermedad es de carácter laboral sustentado en lo siguiente:

Paciente quien se encuentra expuesto a factores de riesgo ergonómicos de larga data realizando actividades que implica el uso continuo de miembros superiores en su labor como operador de recolección y de barrido sin examen de Ingreso que descarte la presencia de patología osteomuscular previa al inicio de su labor y con evidencia de exámenes Periódicos descritos durante su transcurso laboral con restricciones.

Las valoraciones por Médicos Especialistas confirman la patología en hombros apoyados por el resultado de la resonancia magnética que muestra: Lesión de manguito y bicipital en ambos hombros con retracción del lado izquierdo severa y atrofia grasa en el izquierdo

Según lo anteriormente referido y con base en los criterios descritos en la GATISO para Hombro doloroso se agrupa este tipo de síntomas con el diagnóstico de síndrome de manguito rotador; enfermedad secundaria a la exposición de posturas mantenidas, prolongadas y forzadas realizadas durante un determinado tiempo y con un factor de riesgo ergonómico continuo propio de su trabajo; que en el caso particular, se encuentran presentes, los cambios evidenciados en la Resonancia de Hombro hace referencia a un proceso inflamatorio relacionado con su actividad laboral

Finalmente según el Análisis del puesto de trabajo TIPO, se evidencia que en la mayoría de las actividades realizadas durante su jornada laboral como lo son: operario de recolección subactividad: recoger bolsas con desechos orgánicos: hombros con movimiento de flexión entre 0° y 100°, recoger canecas con desechos orgánicos: Desplazar caneca hasta el camión: En postura bípeda, Hombro izquierdo con flexión entre 0° y 90°. Vaciar caneca: En postura bípeda hombros con movimiento de flexión entre 0° y 90°. Desplazar caneca hasta punto de acopio: En postura bípeda hombro derecho con movimiento de flexión entre 0° y 90°. Recoger contenedores con desechos orgánicos Levantar compuerta de contenedor. En postura bípeda hombro derecho con movimiento de abducción entre 0° y 120°, flexión entre 0 y 130, Hombro izquierdo con flexión entre 0 y 90°, operario de barrido subactividad: barrer recoger. Recoger En postura bípeda Hombro derecho con movimientos de abducción de 0° a 70°, papelear En postura bípeda. Hombro derecho con movimientos de abducción de 0 a 70°, seleccionar vidrio En postura bípeda Hombro derecho en flexión de 0° a 90°, Hombro izquierdo en flexión de 0 a 90°, los movimientos realizados a nivel de hombros para flexión y abducción se encuentran por encima de los ángulos de confort, labor rutinaria, repetitiva, haciendo de esta actividad un factor de riesgo alto para desarrollar lesión por trauma acumulativo a nivel de hombros.

Por lo anteriormente mencionado y con base a las consideraciones legales anotadas a continuación, se concluye que el Origen de la Enfermedad es de tipo laboral.

Este estudio de origen de enfermedad es producto de la información suministrada por el usuario y se realiza bajo el entendido que no existe un primer dictamen, no obstante, si se llega a conocer que hay uno que se encuentre en firme por el mismo diagnóstico o en trámite ante alguna de las entidades competentes y/o en cualquier instancia, es importante indicar que esta segunda calificación no tendría validez y tampoco sería pasible de controversia ante las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez ni de demanda ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral. La anterior aclaración, por cuanto es nuestro interés prestar el servicio requerido sin llegar a incurrir en la conducta irregular de que trata el artículo 32 del Decreto 1352 de 2012.



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

(Artículo 52 Ley 962 /2005 Res. 01971/1999 Ministerio de Protección S. S.S)

Pág 6 de 6

CONSIDERACIONES LEGALES: BASADOS EN LEY 100 DE 1993, LEY 1562 DE 2012, DECRETO 1352 DE 2013 Y ARTÍCULO 142 DE LA LEY 019 DE 2012.

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 HÁBILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA, DE ACUERDO AL ARTÍCULO 142 DEL DECRETO LEY 019 DE 2012. LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN AL RESPECTO SERÁN RESUELTAS POR LAS JUNTAS REGIONALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1352 DE 2013.

ELABORADO POR: XIOMARA ALEJANDRA PEÑEROS TURR

6. RESPONSABLES DE LA CALIFICACIÓN  
COMITÉ INTERDISCIPLINARIO DE CALIFICACIÓN

EDNA YADIRA ROJAS  
LSO 86 de 2009

MARICELA PARRA FAJARDO  
Profesional Salud Ocupacional  
Lic. 1672/2010

Catalina Méndez Silva  
Medico Fisiatra RM. 3576-2010



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRABAJO  
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO NIT 900687628-9



San Juan de Pasto, 19 de Octubre del 2016

Señor (a)  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
**EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO**  
Ciudad

**Ref. NOTIFICACION DICTAMEN**

Cordial saludo.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito remitir a Usted el dictamen Número: **2016-12957079-0304**, expedido por la Junta en audiencia realizada el día 19 de Octubre del 2016.

Se advierte que contra el presente Dictamen procede el Recurso de Reposición ante ésta Junta, interpuesto dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de su desfijación de cartelera.

Proceda así mismo el Recurso de Apelación ante la Junta Nacional, el cual podrá interponerse directamente o como subsidio de reposición por intermedio de ésta Junta dentro del mismo término.

Atentamente,



**MARIA ELISA DIAZ DE JURADO**  
Directora Administrativa y Financiera

*Segundo Mantecón*  
FIRMA COMPARECIENTE  
54-311-030 Pasto.  
017-ENE-2017.



# JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

Nit. 900.587.628-9

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

Calificación basada en el Manual Único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 12-08-2014

### INFORMACION GENERAL

ENTIDAD RECEPTORA			
Nombre Entidad:	JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REG. NARIÑO		Tipo Entidad:
Nombre Receptor:	MARIA ELISA DIAZ DE JURADO	Cargo:	DIR. ADMIN Y FINANCIERA
Ciudad y Departamento:	PASTO - NARIÑO		
Dirección y Teléfono:	CALLE 12 No. 27-112 BARRIO SAN FELIPE - Tel.: 7294552- 7294549		
Correo electrónico:	juntacalificacionregionalnari@gmail.com		

Nombre del Solicitante:	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO - EMAS
-------------------------	--------------------------------------

Fecha de recepción para calificación:	Día	Mes	Año
	20	1	2016

Fecha de valoración:	Día	Mes	Año
	26	5	2016

Motivo de calificación:	PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
-------------------------	------------------------------

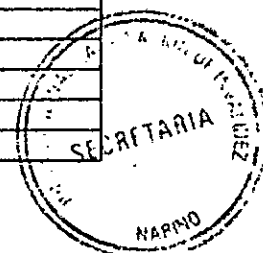
DICTAMEN NUMERO	2016-12957079- 0304	DE FECHA :	19 de Octubre 2016
-----------------	---------------------	------------	--------------------

### DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Apellidos:	OVIEDO PEREZ			Nombres:	SEGUNDO ABEL		
Documento de Identidad:	C.C.	Número:		Género:	MASCULINO	Estado civil	CASADO
		12.957.079					
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad años cumplidos	65 AÑOS	Escolaridad( alcanzada):	PRIMERO DE PRIMARIA
	6	2	1951				
Lugar de nacimiento:	Municipio	LA FLORIDA		Departamento:	NARIÑO		
Dirección:	CALLE 16 No. 13-29			Municipio:	PASTO	Departamento:	NARIÑO
Celular	317 8524678			Teléfono			
Régimen de afiliación al SGSSS							
A.F.P.	PROTECCION						
E.P.S.	CAFESALUD						
A.R.L.	NO INFORMA						
Profesión u oficio:	OPERARIO DE BARRIDO - EMAS				Tipo vinculación:	NO INFORMA	

### SECUELAS O PATOLOGIAS A CALIFICAR

1.-) INFARTO DE MIOCARDIO ANTIGUA
2.-) OSTEOARTROSIS
3.-) SINDROME DE MAGUITO ROTADOR DERECHO
4.-) SINDROME DE MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
5.-) DIVERTICULOS DEL COLON IZQUIERDO
6.-) HEMORROIDES INTERNAS GI
7.-) GASTRITIS CRONICA
8.-) SINDROME DE COLON IRRITABLE



Conceptos de especialistas relacionados con la calificación:

Fecha:	Especialidad	Concepto

Resultados de exámenes paraclínicos

Fecha	Exámen	Resultado

**CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL  
VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS**

DEFICIENCIA			
Descripción	Numeral/Tabla	CLASE D	Grado Severidad
DEF. DE ENF. ARTERIAL CORONARIA	II- 2.5- 2.5.4- 2.2.	II	32.0 %
DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO DERECHO	XIV- 14.4- 14.4.6- 14.5	II	15.0 %
DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO IZQUIERDO	XIV- 14.4- 14.4.6- 14.5	II	15.0 %
DEF. POR ESORDENES DE COLON	IV- 4.4- 4.4.2- 4.7	II	10.5 %
DEF. POR DESORDENES DEL RECTO	IV- 4.4- 4.4.2- 4.7	I	5.0 %
DEF. DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR	IV- 4.4- 4.4.2- 4.6	I	5.0 %
	Grado Severidad % para la deficiencia		60.32 %

Descripción	Grado Severidad %
DEFICIENCIA COMBINADA (DC) = $A + (100 - A) \times B / 100$	60.32 %

CALCULO VALOR FINAL DE LA DEFICIENCIA = DC * 50% :	30.16 %
--	---------

**CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL:  
VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES**

Criterio	Categoría	%	Valor Máximo	Valor Asignado
Rol Laboral	Activo sin limitaciones para la actividad laboral	0.0	25	0.0
	Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral.	5.0	25	0.0
	Rol laboral o puesto de trabajo adaptado.	10.0	25	0.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo	15.0	25	15.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas	20.0	25	0.0
	Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral- restricciones completas.	25.0	25	0.0
Autosuficiencia Económica	Autosuficiencia	0.0	2.5	0.0
	Autosuficiencia reajustada	1.0	2.5	1.0
	Precariamente autosuficiente	1.5	2.5	0.0
	Económicamente débiles	2.0	2.5	0.0
	Económicamente dependientes	2.5	2.5	0.0

Edad cronológica (edad cumplida al momento de calificación)	Menor de 18 años	2.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	1.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años	2.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 60 años	2.5	2.5	2.5
Otras áreas ocupacionales	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (Tabla 6)	4.0	20.0	0.0
	Comunicación (tabla /7)	4.0	20.0	0.0
	Movilidad (tabla 8)	4.0	20.0	2.0
	Cuidado personal (tabla 9)	4.0	20.0	2.0
	Vida doméstica (tabla 10)	4.0	20.0	2.0
TOTAL VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTROS AREAS OCUPACIONALES				24.5 %

VALOR TOTAL CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Cálculo valor final de la deficiencia:	30.16 %
Total valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales	24.50 %
Valor total calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional	54.66 %

Calificación de origen:	CÓMUN
-------------------------	-------

Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad:	Día	Mes	Año
	6	10	2008

SEGUNDO MORALES MONTEZUMA  
Lic. S.O. Res. 1881  
Médico

ORFA LEILA CANTE CASAS  
Lic.  
Fisioterapeuta



SIGIFREDO SUAREZ A.  
Lic. S.O. Res. 1373  
Médico

MARIA ELISA DIAZ DE JURADO  
Lic. 23061 CSJ  
Abogada



**Empresa:** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP

**Fecha Generación:** 18/08/2020

**Tipo Documento:** Nit - No. Identificación Tributaria

**Número Documento:** 814000704

**Nombre Cotizante:** OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

**Tipo Documento:** Cédula Ciudadanía

**Numero Documento:** 12957079

### Datos Incapacidad / Licencias

Número de licencia / incapacidad	Tipo de incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
5169252	PRORROGA	Enfermedad General	11/01/2017	09/02/2017	30	571	21/03/2017
5169247	PRORROGA	Enfermedad General	09/12/2016	07/01/2017	30	541	21/03/2017
5169053	PRORROGA	Enfermedad General	26/10/2016	24/11/2016	30	511	21/03/2017
5169048	PRORROGA	Enfermedad General	26/09/2016	25/10/2016	30	481	21/03/2017
5168925	PRORROGA	Enfermedad General	25/08/2016	23/09/2016	30	451	21/03/2017
5168920	PRORROGA	Enfermedad General	26/07/2016	24/08/2016	30	421	21/03/2017
5168918	PRORROGA	Enfermedad General	19/07/2016	25/07/2016	7	414	21/03/2017
5168914	PRORROGA	Enfermedad General	12/07/2016	18/07/2016	7	407	21/03/2017
5168909	PRORROGA	Enfermedad General	05/07/2016	11/07/2016	7	400	21/03/2017
5168902	PRORROGA	Enfermedad General	14/06/2016	20/06/2016	7	393	21/03/2017
5168897	PRORROGA	Enfermedad General	07/06/2016	13/06/2016	7	386	21/03/2017
5168894	PRORROGA	Enfermedad General	31/05/2016	06/06/2016	7	379	21/03/2017
5168889	PRORROGA	Enfermedad General	23/05/2016	29/05/2016	7	372	21/03/2017
3899169	PRORROGA	Enfermedad General	10/05/2016	16/05/2016	7	365	13/06/2016
3899167	PRORROGA	Enfermedad General	02/05/2016	08/05/2016	7	358	13/06/2016
3899166	PRORROGA	Enfermedad General	25/04/2016	01/05/2016	7	351	13/06/2016

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta 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.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

[www.cafesalud.com.co](http://www.cafesalud.com.co)



**Empresa:** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP

**Fecha Generación:** 18/08/2020

**Tipo Documento:** Nit - No. Identificación Tributaria

**Número Documento:** 814000704

**Nombre Cotizante:** OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

**Tipo Documento:** Cédula Ciudadanía

**Numero Documento:** 12957079


### Datos Incapacidad / Licencias

Número de licencia / incapacidad	Tipo de incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
3899164	PRORROGA	Enfermedad General	18/04/2016	24/04/2016	7	344	13/06/2016
3899163	PRORROGA	Enfermedad General	29/03/2016	04/04/2016	7	337	13/06/2016
3899161	PRORROGA	Enfermedad General	22/03/2016	28/03/2016	7	330	13/06/2016
3899160	PRORROGA	Enfermedad General	14/03/2016	20/03/2016	7	323	13/06/2016
3899158	PRORROGA	Enfermedad General	07/03/2016	13/03/2016	7	76	13/06/2016
3899156	PRORROGA	Enfermedad General	29/02/2016	06/03/2016	7	69	13/06/2016
3899155	PRORROGA	Enfermedad General	17/02/2016	23/02/2016	7	62	13/06/2016
3899153	PRORROGA	Enfermedad General	10/02/2016	16/02/2016	7	55	13/06/2016
3899151	PRORROGA	Enfermedad General	03/02/2016	09/02/2016	7	48	13/06/2016
3899150	PRORROGA	Enfermedad General	27/01/2016	02/02/2016	7	41	13/06/2016
3899148	PRORROGA	Enfermedad General	20/01/2016	26/01/2016	7	34	13/06/2016
3899147	PRORROGA	Enfermedad General	08/01/2016	14/01/2016	7	27	13/06/2016
3898227	PRORROGA	Enfermedad General	29/12/2015	04/01/2016	7	20	13/06/2016
3898224	PRORROGA	Enfermedad General	22/12/2015	28/12/2015	7	13	13/06/2016
3898220	PRORROGA	Enfermedad General	15/12/2015	21/12/2015	7	6	13/06/2016
4701877	PRORROGA	Enfermedad General	09/12/2015	14/12/2015	6	27	18/11/2016
3898197	NUEVA	Enfermedad General	02/12/2015	07/12/2015	6	0	13/06/2016

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta 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.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

[www.cafesalud.com.co](http://www.cafesalud.com.co)

	<b>Empresa:</b>	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP	<b>Fecha Generación:</b>	18/08/2020
	<b>Tipo Documento:</b>	Nit - No. Identificación Tributaria	<b>Número Documento:</b>	814000704
	<b>Nombre Cotizante:</b>	OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL		
	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula Ciudadanía	<b>Numero Documento:</b>	12957079

Total Registros Encontrados: 33

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de a competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

[www.cafesalud.com.co](http://www.cafesalud.com.co)



**Empresa:** EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO SA ESP

**Fecha Generación:** 27/09/2018

**Tipo Documento:** Nit - No. Identificación Tributaria

**Número Documento:** 814000704

**Nombre Cotizante:** OVIEDO PEREZ SEGUNDO ABEL

**Tipo Documento:** Cédula Ciudadanía

**Numero Documento:** 12957079

### Datos Incapacidad / Licencias

Número de licencia / incapacidad	Tipo de incapacidad	Origen	Fecha inicio	Fecha fin	Días otorgados	Días acumulados	Fecha de expedición o Transcripción
1147702	PRORROGA	Enfermedad General	12/09/2018	24/09/2018	13	13	12/09/2018
1109235	NUEVA	Enfermedad General	30/08/2018	11/09/2018	13	0	30/08/2018
689702	NUEVA	Enfermedad General	26/03/2018	04/04/2018	10	0	05/04/2018
487902	NUEVA	Enfermedad General	25/01/2018	29/01/2018	5	0	25/01/2018
381674	PRORROGA	Enfermedad General	20/12/2017	24/12/2017	5	76	20/12/2017
334221	PRORROGA	Enfermedad General	10/11/2017	22/11/2017	13	63	05/12/2017
235056	PRORROGA	Enfermedad General	25/10/2017	04/11/2017	11	52	14/11/2017
219371	PRORROGA	Enfermedad General	13/10/2017	24/10/2017	12	40	07/11/2017
144426	PRORROGA	Enfermedad General	21/09/2017	02/10/2017	12	28	07/10/2017
119312	PRORROGA	Enfermedad General	08/09/2017	20/09/2017	13	15	28/09/2017
70988	NUEVA	Enfermedad General	17/08/2017	31/08/2017	15	0	06/09/2017

Total Registros Encontrados: 11

*Cumpliendo con la circular externa 047 de 2007 (Circular única) 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 ésta 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.*

EPS EN LÍNEA: Para todo el país 6510777 - 018000120777. En Bogotá 6510777

[www.medimas.com.co](http://www.medimas.com.co)