

Señores

CORPORACIÓN CLUB CAMPESTRE FARALLONES

ESD

Avenida El Barrio  
Cra 127 parcelación A 1F2122

COPIA

REF: PETICION DE SOLICITUD DE SOPORTES TECNICOS PARA  
CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE ENFERMEDAD.

ARL: SURA

AFILIADO: MARIA MARGARITA ARCINIEGAS GUTIERREZ  
C.C No. 66.855.863Recibi 9:55 am.  
26/01/23.

EYMI ANDREA CADENA MUÑOZ, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía N° 67.004.067 expedida en Cali, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional N° 96.962 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado de la señora MARIA MARGARITA ARCINIEGAS GUTIERREZ, identificado con la cédula de ciudadanía 66.855.863 de Cali, respetuosamente, me permito presentar ante su despacho PETICION DE CALIFICACION DE ORIGEN DE ENFERMEDAD.

## HECHOS

**PRIMERO:** La señora ARCINIEGAS labora para el club campestre Farallones desde el 1 de junio de 1996 en el cargo de servicios administrativos.

**SEGUNDO:** Mi mandante se encuentra actualmente en tratamiento por enfermedad mental con diagnóstico de 1. ESTRES POSTRAUMATICO 2. DEPRESIÓN MAYOR 3. BURNOUT (LABORAL).

**TERCERO:** Se ha anotado dentro de la historia clínica de la señora ARCINIEGAS "De acuerdo con el criterio clínico esta enfermedad esta enfermedad se inició por factores de tipo laboral consistentes en percepción de estrés laboral tipificado como: 1. Ambiente laboral toxico 2. Sobrecarga laboral en horas 3. Alta responsabilidad o complejidad de las tareas. 4. Baja sensación de control. 5 percepción de acoso laboral..."

Mi mandante sufrió AT el 13 de septiembre de 2014 el cuál se describe así "... Trabajador transitaba por la vía vieja YUMBO - Cali, trayendo pinturas en la moto, cuando es embestido por otro vehículo produciéndole una caída..."

Esta enfermedad le ha generado a la señora ARCINIEGAS incapacidades y hospitalización y sicología ocupacional recomendó:

"...Conclusiones:

\* Se recomienda considerar en el proceso de cambio de ocupación, la asignación de actividades laborales acordes al perfil técnico, profesional, experiencia y expectativas de crecimiento personal de la evaluada con funciones dentro del alcance técnico de lo anterior y atemperadas a su condición clínica con ajuste en la carga mental, cognitiva, emocional y operativa.

\* Se recomienda hacer partícipe a la trabajadora en el proceso de cambio de ocupación, escuchando sus expectativas y analizandolas dentro de la toma de decisiones para no generar barreras actitudinales, emocionales y de conflicto técnico-operativo.

\* Se recomienda medir la carga mental del cargo asignado y contrastarla con las capacidades residuales de la evaluada..."



COPIA



De la misma manera siquiatria recomienda:

1. Trabajar solo en horarios diurnos, la jornada laboral diaria que usualmente no supera 9 horas, pero en ocasiones puede ser de 10 horas de acuerdo con cada empresa. En cualquier caso, no debe superar las 48 horas a la semana. No trabajo en turnos nocturnos, ni fines de semana. En algunos casos puede trabajar un día del fin de semana.
2. No está en condiciones de atender público, en su trabajo contable nunca ha sido necesario.
3. Debe tener reducción moderada de la complejidad de las tareas, y en actividades que la persona pueda tener la sensación de control.
4. La asignación de las tareas debe ser sobre actividades de valor para la empresa, que puedan ser así reconocidas por todos los compañeros y colaboradores. Además es MUY IMPORTANTE el apoyo y las buenas relaciones con ex-compañeros y con los nuevos compañeros.
5. El área de trabajo debe ser cerca en un sector propio para la tarea específica, con compañeros que pertenezcan a la misma área y en ningún caso aislado o sin posibilidad de comunicarse visual y auditivamente con otros compañeros de trabajo. Bajo condiciones de comodidad ergonómica y del ambiente de trabajo que incluye luz, ruido, temperatura y otras condiciones generales y psicosociales.
6. Es importante que las recomendaciones y restricciones sean evaluadas y validadas por médico laboral de la empresa, además deben darse a conocer al grupo del SG-SST que incluye funcionario asignado a la empresa por la ARL.
7. Deben tener tiempo para asistir citas de control médico, psicología y terapias.
8. Todas las recomendaciones y restricciones, siguen lineamientos legales y buscan la recuperación y reintegración laboral, con mejora de calidad de vida y productividad.

Herman G. Rincon H. MD, MSP  
Psiquiatra de IC/Enlace - Esp. G-SST

**CUARTO:** El 15 de diciembre de 2022 la SOS le solicita al Club campestre Farallones

1. Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas, o de egreso o retiro. Si el Empleador no conto con alguna de ellas, deberá remitirá certificado por escrito de la no existencia de la misma.
2. Contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición o en su defecto Certificación de cargos (Fecha de vinculación, tiempo laborado por cargo, horario de trabajo, descripción del oficio, perfil del cargo, etc.).
3. Información ocupacional, con descripción de la exposición ocupacional que incluya la información referente a la exposición a factores de riesgo con mínimo los siguientes datos:
  - 3.1. Definición de los factores de riesgo a los cuales se encontraba o encuentra expuesto el trabajador; conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
  - 3.2. Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
  - 3.3. Tipo de labor u oficios desempeñados durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el (los) factor (s) de riesgo que se está (n) analizando como causal.
  - 3.4. Jornada laboral real del trabajador.
  - 3.5. Análisis o evaluación de puesto de trabajo relacionado con Énfasis en Riesgo Psicosocial por afectación anatómica/funcional mental.
- 3.6. Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos o equipos o elementos, si se requiere.

Y le otorgan 10 días para que aporten dicha información.

**QUINTO:** Hasta la fecha no ha sido posible que la SOS profiera dictamen que determine el origen de la enfermedad debido a que no cuentan con los soportes técnico ya solicitados a la empresa, razón por la cual los requerimos para que apoyen el proceso y se agilice el mismo.

### PETICION

Solicito de la manera más atenta se sirvan informar si han dado respuesta a la solicitud de soportes técnicos solicitados el 15 de diciembre de 2022 y si es así se nos informe cuando y se nos expidan copias.





**PRUEBAS**

Sírvase tener como prueba lo siguiente:

1. Copia de la Historia clínica de la señora ARCINIEGAS
2. Copia de carta del 15 de diciembre de 2022

**NOTIFICACIONES**

- La suscrita recibirá las notificaciones en la ciudad de Cali en la Carrera 4 N° 11 – 33 oficina 301 edificio Ulpiano Lloreda Teléfono (2) 524 23 63 ó a la dirección electrónica: [eymicadena@imperaabogados.com](mailto:eymicadena@imperaabogados.com)

Atentamente,



**EYMI ANDREA CADENA MUÑOZ**

C. C N° 67.004.067 de Cali

T. P N° 96.962 del Consejo Superior de la Judicatura.

*Elaboró: EAC*





Señores

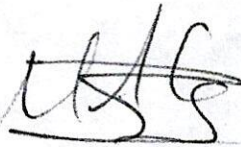
**CORPORACIÓN CLUB CAMPESTRE FARALLONES**  
E.S.D

**MARIA MARGARITA ARCINIEGAS GUTIERREZ**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía N° 66.855.863 de Cali (V) mediante el presente escrito confiero poder especial amplio y suficiente a la doctora **EYMI ANDREA CADENA MUÑOZ**, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con cédula de ciudadanía No. 67.004.067 de Cali (Valle), abogada en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 97.962 del CSJ y a la Dra. **WENDY LORRAINE MUÑOZ ALMARIO**, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.144.056.580 de Cali (Valle), abogada en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 327545 del CSJ., para que en mi nombre y representación radiquen **DERECHO DE PETICIÓN**.

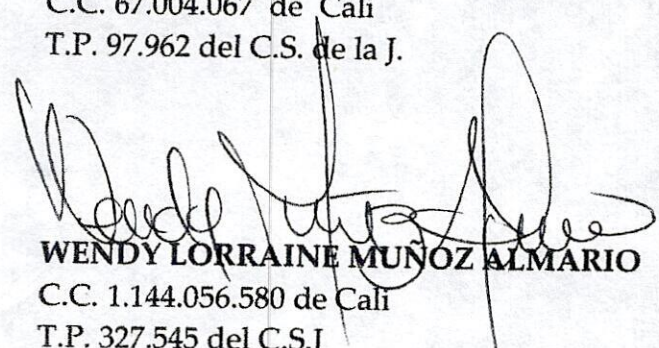
Mis apoderadas están facultadas conforme el 77 del CGP para transigir, conciliar, firmar historia laboral para bono pensional, sustituir y reasumir el presente poder, notificarse, presentar recursos de ley, recibir, revocar, cobrar, desistir, renunciar y todas aquellas facultades que estén dirigidas al buen y eficiente ejercicio del mandato.

Sírvase reconocer personería a mis apoderadas en los términos y para los efectos del presente poder.

Atentamente,

**MARIA MARGARITA ARCINIEGAS GUTIERREZ**  
C.C. 66.855.863 de Cali (V)

Aceptamos,

  
**EYMI ANDREA CADENA MUÑOZ**C.C. 67.004.067 de Cali  
T.P. 97.962 del C.S. de la J.  
**WENDY LORRAINE MUÑOZ ALMARIO**  
C.C. 1.144.056.580 de Cali  
T.P. 327.545 del C.S.I





**MARIA SOL SINISTERRA**  
**NOTARÍA CATORCE DE CALI**  
**PODER ESPECIAL**  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

En Cali, el día 2023-01-24 15:03:57  
Comparece ante la Notaría catorce de esta ciudad

**ARCINIEGAS GUTIERREZ MARIA MARGARITA**

Quien se identificó con: C.C. 66855863  
y manifiesta que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificados su identidad colocando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.

X   
Firma Compareciente



Cod. g14zt



8129-ea81e210

**MARIA VICTORIA GUTIERREZ RUBIANO**  
NOTARIA 14 (E) DEL CIRCULO DE CALI  
00375 20-01-2023

COLOMBIA  
62/10  
VICENSO



Santiago de Cali, 15-12-2022 CD2 48516

Señores:

CORPORACION CLU B CAMPRESTRE FARALLONES

Atn. Dpto Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Dirección: AV EL BANCO CRA 127 PACEL ALFEREZ REAL

Teléfono: 6804500

Cali

**Ref.: Requerimientos mínimos para calificar origen de enfermedad. art 30 Decreto 1352/13**

**Nombre Afiliado:** María Margarita Arciniegas

**Número Identificación:** 66855863

**Diagnóstico:** F332-F411


De acuerdo a concepto medico laboral de la EPS, existe sospecha que el estado patológico del trabajador de la referencia, puede ser el 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 (**Artículo 4 Ley 1562/12**)

Por lo expuesto y de acuerdo con lo establecido en el **Artículo 30 Decreto 1352 de 2013**, se les solicita los siguientes soportes de responsabilidad del Empleador:

1. Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas, o de egreso o retiro. Si el Empleador no conto con alguna de ellas, deberá remitirá certificado por escrito de la no existencia de la misma.
2. Contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición o en su defecto Certificación de cargos (Fecha de vinculación, tiempo laborado por cargo, horario de trabajo, descripción del oficio, perfil del cargo, etc.).
3. Información ocupacional, con descripción de la exposición ocupacional que incluya la información referente a la exposición a factores de riesgo con mínimo los siguientes datos:
  - 3.1. Definición de los factores de riesgo a los cuales se encontraba o encuentra expuesto el trabajador; conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
  - 3.2. Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
  - 3.3. Tipo de labor u oficios desempeñados durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el (los) factor (s) de riesgo que se está (n) analizando como causal.
  - 3.4. Jornada laboral real del trabajador.
  - 3.5. Análisis o evaluación de puesto de trabajo relacionado con Énfasis en Riesgo Psicosocial por afectación anatómica/funcional mental.

**Sede Nacional:** Cra 56 # 11A-88 Cali - Colombia  
**Línea Nacional:** 018000 938777 **PBX:** (2) 489 86 86  
**Correo electrónico:** servicioalcliente@sos.com.co

**Visita nuestras páginas web**  
[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
[www.pac-sos.com.co](http://www.pac-sos.com.co)

VIGILADO Supersalud 





3.6. Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos o equipos o elementos, si se requiere.

El empleador para dar cumplimiento a lo requerido, podrá anexar documentos, expedir certificaciones, realizar estudios o dar una constancia al respecto (**parágrafo 1 Artículo 30 Decreto 1352/13**).

Para allegar la información/documentación solicitada se otorga un plazo de diez (10) días hábiles de acuerdo con lo dispuesto en el **Artículo 16 Resolución 2569/99 de Minsalud**.

En espera de su valiosa contribución dentro de los términos descritos en las citadas normas, favor remitir lo solicitado a la dirección: Carrera 56 #11A 88 en Santiago de Cali y/o cualquier información adicional comunicarse con:

  
  
**MEDICINA DEL TRABAJO**  
**DEPENDENCIA TÉCNICA**

---

**DEPENDENCIA TECNICA**


**UNIDAD DE MEDICINA DEL TRABAJO**

Teléfono: (2) 4898686 Ext 1009

Copia: Archivo UMT, AFP: Colpensiones ARL: Sura. Elaboró: avobando

**Sede Nacional:** Cra 56 # 11A-88 Cali - Colombia  
**Línea Nacional:** 018000 938777 **PBX:** (2) 489 86 86  
**Correo electrónico:** servicioalcliente@sos.com.co

**Visita nuestras páginas web**  
[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)  
[www.pac-sos.com.co](http://www.pac-sos.com.co)

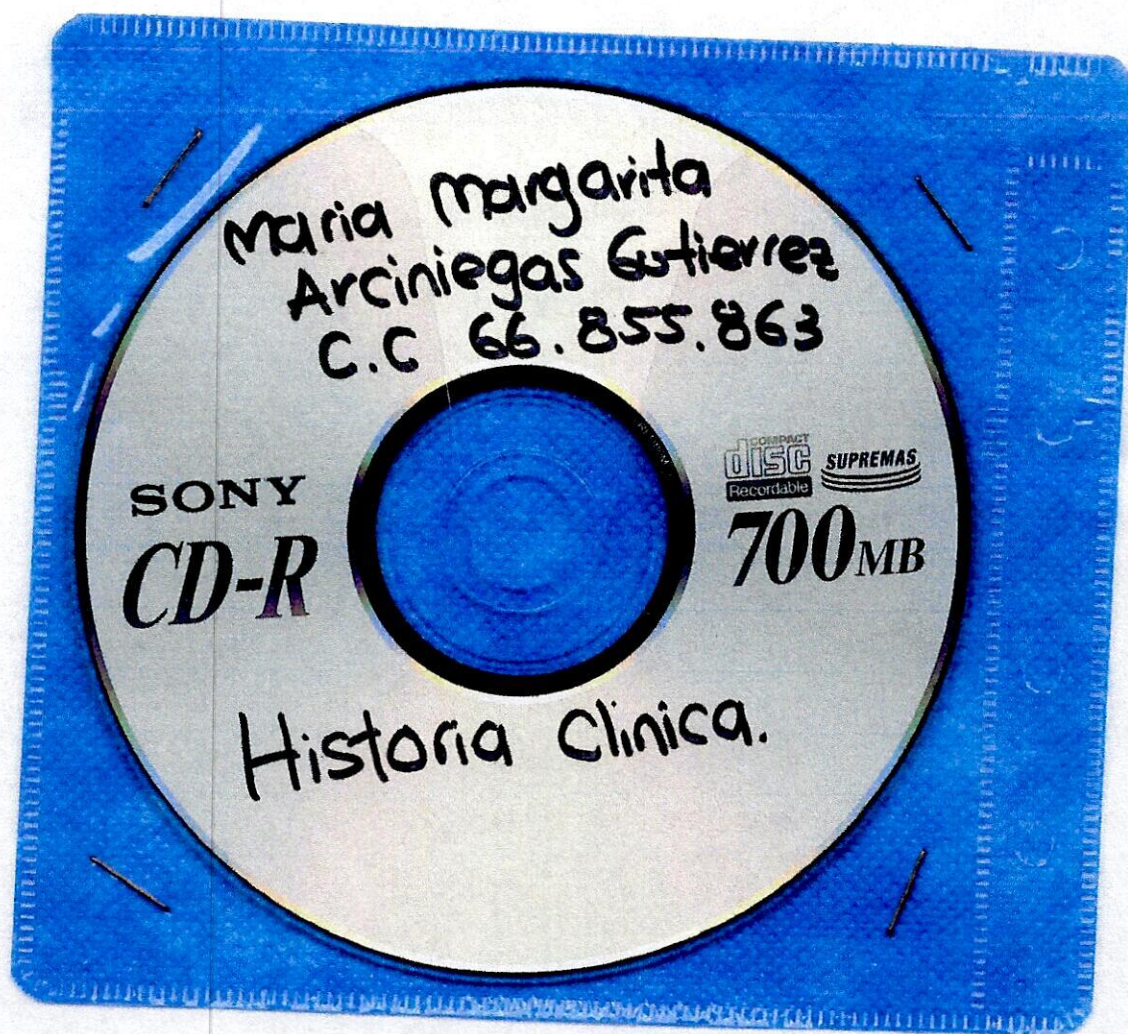
VIGILADO Supersalud 





**HISTORIA CLINICA**  
**MARIA MARGARITA ARCINIEGAS**  
**GUTIERREZ**

**C.C 66.855.863**





WISCONSIN HISTORICAL SOCIETY

WISCONSIN HISTORICAL SOCIETY

WISCONSIN HISTORICAL SOCIETY

WISCONSIN HISTORICAL SOCIETY





REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

66855863

APELLIDOS

ARCINIEGAS GUTIERREZ

NOMBRES

MARIA MARGARITA

FIRMA







INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

27-OCT-1972

CALI

(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

26-JUL-1991 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADOR NACIONAL

IVAN DUQUE ESCOBAR



A-3100100-65099871-F-0066855863-20020220

0690202050N 01 120206833

