04793080

0400

extras
PERSONAL TEMPORAL

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO
POR EL TIEMPO QUE DURE LA REALIZACION DE LA LABOR CONTRATADA
1002661 1064806

0428CONT_LABEXT

EMPLEADOR: EXTRAS
LUGAR DONDE PRESTARA EL SERVICIO: GARZÓN
NATURALEZA DEL CONTRATO: Por duración de la obra o labor contratada
USUARIO: GASEOSAS DE CORDOBA S A
DESCRIPCION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA: PARA DESEMPEÑAR LABORES ENFOCADAS EN EJECUTAR LOS PROCESOS DE CARGUE DE PRODUCTO TERMINADO, ALISTAMIENTO DE VEHÍCULOS Y CLASIFICACIÓN DE PRODUCTO, ENVASES, CAJAS Y ELEMENTOS DE APOYO
CARGO: OPERARIO 1
SALARIO: $689455/MES **PERIODO DE PAGO:** 16 al 31-1 al 15

FECHA DE INICIACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO: 2016-01-25 00:00:00
PÓLIZA DE SEGUROS N° DL004905 Certificado: DL008606 MONTO: $1.933.050.000.oo
EXPEDIDA POR: COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A **FECHA INICIACIÓN: 01-ENE-2015 FECHA VENCIMIENTO: 01-ENE-2016**

TRABAJADOR: JUAN RICARDO GONZALEZ J JIMENEZ
DOMICILIO: CRA 11 N 1 - 13
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1077842053 **DE:** GARZÓN

Por medio del presente documento se hace constar que, **ANA MARIA ESTRADA**, quien se identifica como aparece al pie de la firma es mayor de edad y tiene domicilio y residencia en Cali, obrando en nombre de la Sociedad Comercial Anónima "EXTRAS S.A.", constituida mediante Escritura Pública No. 8118 de Noviembre 13 de 1984 en la Notaría Segunda de Cali, y reformada por Escrituras Públicas No. 8961 de Noviembre 18 de 1986 de la Notaría Segunda de Cali; 11485 de Diciembre 14 de 1988 de la Notaría Segunda de Cali; 4836 de Junio 27 de 1989 de la Notaría segunda de Cali; 8560 de Diciembre 17 de 1990 de la Notaría Segunda de Cali; 213 de enero 18 de 1991 de la Notaría Segunda de Cali; 41 de Mayo 3 de 1991 de la Notaría 15 de Cali; 40 de Mayo 3 de 1991 de la Notaría Quince de Cali; 1289 de Diciembre 31 de 1991 de la Notaría Quince de Cali; 1279 de Julio 30 de 1992 de la Notaría Quince de Cali; 2021 de Septiembre 14 de 1993 de la Notaría Quince de Cali; 6959 de Noviembre 18 de 1994 de la Notaría quince de Cali; 0617 de abril 16 de 1999 Notaría Cuarta de Cali, en su calidad de Líder Nacional Seguimiento Servicio al Cliente y conforme a lo previsto en los estatutos. Una parte y que en adelante se llamará **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR** cuyo nombre e identificación anteriormente se anotan, por otra parte y que en adelante se llamará **EL TRABAJADOR** han celebrado el contrato individual de trabajo que se rige por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: EL EMPLEADOR** "EXTRAS S.A.", es una sociedad comercial anónima cuyo objeto social y única actividad es la prestación de servicios con terceros beneficiarios para colaborar temporalmente en el desarrollo de sus actividades mediante la labor desarrollada por personas naturales directamente por nuestra empresa con quienes asumimos el carácter de empleador. Tales servicios consisten en el suministro de personal para el trabajo de acuerdo con lo reglamentado en la Ley 50: a) Cuando se trate de las labores ocasionales, accidentales o transitorias a que se refiere el artículo 6° del Código Sustantivo del Trabajo. b) Cuando se requiere reemplazar personal en vacaciones, en uso de licencia, en incapacidad por enfermedad o maternidad. c) Para atender incrementos en la producción, el transporte, las ventas de productos o mercancías, los periodos estacionales de cosechas y en la prestación de servicios, por un término de seis (6) meses prorrogable hasta por seis (6) meses más. **SEGUNDA: EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que cumpla las funciones anteriormente anotadas, por el tiempo que dure la prestación de servicios al **USUARIO** anteriormente anotado en el cargo específico para el que se contrata **EL TRABAJADOR** y hasta la fecha en la que **EL EMPLEADOR** reciba comunicación del **USUARIO** en el sentido de no requerir del servicio al que se refiere esta cláusula. En la Requisición, se detalla la obra y su duración. **EL TRABAJADOR** se obliga a prestarlos, salvo fuerza mayor, caso fortuito u otra causal que lo justifique a juicio dEL **EMPLEADOR** en los días y horas que sean requeridos por el **USUARIO** y además a poner al servicio de **EL EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o el **USUARIO.** Además, a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales de esta naturaleza a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio. Es entendido que **EL TRABAJADOR** está obligado a prestar sus servicios en el sitio o sitios que le indique el **USUARIO** y de conformidad con los horarios que le señale **EL EMPLEADOR** y/o **USUARIO.** Para tal efecto, **EL EMPLEADOR** informará a **EL TRABAJADOR** sobre el lugar de trabajo y le dará las instrucciones del caso, así como la respectiva presentación. **TERCERA: EL EMPLEADOR** pagará a **EL TRABAJADOR** por la prestación de sus servicios, el salario indicado al comienzo del presente contrato siendo entendido y así se declara y se conviene que, el 82.5% de dicho valor equivale a la remuneración por el servicio prestado y el 17.5% restante está destinado a remunerar los días dominicales y festivos. Este salario será pagado por **EL EMPLEADOR** al **EL TRABAJADOR** de acuerdo al período de pago establecido en el encabezado de este contrato, en las oficinas de **EL EMPLEADOR** , para lo cual **EL TRABAJADOR** se obliga a entregar a **EL EMPLEADOR** , los reportes de trabajo de cada período oportunamente, reportes que deberán indicar las horas trabajadas hasta el día último del período de pago respectivo. **CUARTA:** El salario pactado en la cláusula anterior se encuentra acordado por la unidad de tiempo y respeta el salario mínimo legal. Las partes convienen y así lo declaran que dicho salario solo se causará por cada hora trabajada a órdenes de **EL EMPLEADOR** en la prestación de servicios de ayuda temporal a los **USUARIOS** o al mismo **EMPLEADOR** en sus actividades propias. La determinación del número de horas trabajadas durante cada periodo, se hará con base en los reportes de trabajo periódicos que le expidan los **USUARIOS** a **EL TRABAJADOR** debidamente diligenciados, los cuales son suministrados por **EL EMPLEADOR** . **QUINTA: EL TRABAJADOR** se obliga a laborar con el salario pactado en el presente contrato hasta la jornada ordinaria de ocho (8) horas diarias, en los turnos y dentro de las horas señaladas por **EL EMPLEADOR** y/o los **USUARIOS**, pudiendo hacer estos ajustes o cambios de horario cuando así lo estimen conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el Artículo 164 del C. S. del T., teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada, no se computan dentro de las mismas, según el Artículo 167 ibídem. **SEXTA:** Queda entendido que **EL TRABAJADOR** solamente podrá laborar el número de horas que lo requiera el **USUARIO** y solamente por el número de horas trabajadas tendrá derecho al pago de salarios pactado. **SÉPTIMA:** Todo trabajo suplementario o en horas extras, y todo trabajo en día Domingo o festivo en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor que según la ley o Contrato haya de

ejecutarse así, debe autorizarla **EL EMPLEADOR** o sus representantes, previamente por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito a la mayor brevedad a **EL EMPLEADOR** o a sus representantes. **EL EMPLEADOR**, en consecuencia no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorios, que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho. **OCTAVA:** Los dos primeros meses del presente contrato son el período de prueba, no obstante si el contrato es a término inferior de un año, el período será de una quinta parte del tiempo pactado y por consiguiente cualquiera de las partes podrá terminarlo unilateralmente, en *cualquier momento de dicho período.* **NOVENA:** *Son justas causas para poner término a este contrato, unilateralmente,* las enumeradas en el Artículo 7° del Decreto 2351/65 y además por parte de **EL EMPLEADOR** , las siguientes fallas que para el efecto se califican como graves: a) La violación por parte de **EL TRABAJADOR** de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo, sin excusas suficientes a juicio de **EL EMPLEADOR** , por dos veces; c) La ejecución por parte de **EL TRABAJADOR** de labores remuneradas al servicio de terceros; d) La revelación de secretos o datos reservados de la Empresa; e) Las desavenencias con sus compañeros de trabajo; f) El hecho de que **EL TRABAJADOR** llegue embriagado o ingiera bebidas embriagantes en el sitio de trabajo; aún por la primera vez; g) El hecho de que **EL TRABAJADOR** abandone el sitio de trabajo, sin permiso de sus superiores; h) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo o más, sin justificación suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR** . Además de éstas, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves, i) Ser devuelto o rechazado **EL TRABAJADOR** por los **USUARIOS**, por dos o más veces, a juicio del **USUARIO**, j) Solicitar o aceptar préstamos de dinero de los **USUARIOS** o de sus trabajadores, k) Todo acto inmoral delictuoso que **EL TRABAJADOR** cometa contra el **USUARIO** o sus trabajadores o en el sitio de trabajo; l) Que **EL TRABAJADOR** altere, modifique ocupe o simule el reporte de trabajo enviado a **EL EMPLEADOR** y aprobado por el **USUARIO**; ll) La no presentación por parte de **EL TRABAJADOR** del reporte de trabajo elaborado o enviado por el **USUARIO**; dentro de las veinticuatro horas siguientes a la fecha de dicho reporte; m) Cualquier acto de injuria, malos tratamientos o indisciplina en que incurra **EL TRABAJADOR** contra los **USUARIOS** o sus trabajadores; n) El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR** de las órdenes o instrucciones que le imparta el **USUARIO** para la ejecución de las labores ejecutadas al servicio de éste. **DÉCIMA:** Los descubrimientos o invenciones y las mejoras en los procedimientos, lo mismo que los trabajos y consiguientes resultados de las actividades de **EL TRABAJADOR** mientras preste sus servicios a **EL EMPLEADOR**, incluso aquellos de que trata el Artículo 539 del Código de Comercio, quedará de la propiedad exclusiva de este. Además, tendrá **EL EMPLEADOR** el derecho de hacer patentar a su nombre o a nombre de terceros esos inventos o mejoras para lo cual **EL TRABAJADOR** debe acceder a facilitar el cumplimiento oportuno de las correspondientes formalidades y dar su firma o extender los poderes y documentos necesarios para tal fin, según se lo solicite **EL EMPLEADOR**; sin que este quede obligado el pago de compensación alguna. **UNDÉCIMA:** Cuando habiéndose terminado la ejecución de la obra o labor contratada **EL TRABAJADOR** no le avise a **EL EMPLEADOR** tal hecho, y por tal razón no se le retire de las planillas de asegurados en el sistema de seguridad social debiendo **EL EMPLEADOR** continuar pagando las correspondientes cotizaciones, tanto de su parte como de parte de **EL TRABAJADOR**; **EL TRABAJADOR** autoriza expresamente, a **EL EMPLEADOR** para descontar estas sumas en el acto de liquidación del contrato, del valor de los salarios, prestaciones sociales y demás conceptos laborales que le adeude **EL EMPLEADOR** . **DOCE: EL EMPLEADOR** ha constituido una garantía para el pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones a favor de sus trabajadores cuyas especificaciones aparecen al inicio del presente contrato. **TRECE: EL EMPLEADOR** asume la responsabilidad por la salud ocupacional de **EL TRABAJADOR** en misión, en los mismos términos que establece la Ley para los trabajadores permanentes. **CATORCE:** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno, cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto. **QUINCE- Autorización Tratamiento de datos personales: EL TRABAJADOR** tiene pleno conocimiento de la Ley de Protección de Datos personales, Ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 de 2013, y en condición de titular de la información personal y sensible que ha suministrado o suministrare para el desarrollo del presente contrato, autoriza de manera expresa , libre y voluntaria a LA EMPRESA para que almacene en sus bases de datos sus datos personales y sensibles y tenga acceso a los mismos en cualquier momento, los cuales serán tratados conforme a las siguientes finalidades:

FINALIDADES	FIRMA/AUTORIZACION
Cumplimiento de las obligaciones emanadas del contrato de trabajo en relación con los roles, funciones y responsabilidades a mi cargo.	
Cumplimiento de las obligaciones que deba hacer la Empresa en el desarrollo de su objeto social y respecto de las relaciones jurídicas que tenga con sus proveedores y clientes.	
Entrega de la información al fondo de empleados de la empresa Fondex, para el ofrecimiento de afiliación al mismo.	

DIECISEIS- Encargado del Tratamiento de Datos Personales: **EL TRABAJADOR** *se compromete a cumplir la legislación en materia de* protección de datos de datos personales Ley 1581 de 2012 y Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y dar estricto cumplimiento la Política de Tratamiento de la Información que la empresa ha implementado, como también a: 1. Utilizar los datos de carácter personal a los que tenga acceso único y exclusivamente para cumplir con las finalidades y obligaciones previstas para con **EL EMPLEADOR.** 2. Cumplir con las medidas de seguridad que **EL EMPLEADOR** haya implementado para asegurar la confidencialidad, secreto e integridad de los datos de carácter personal a los que tenga acceso, así como no a no ceder en ningún caso a terceras personas los datos de carácter personal a los que tenga acceso, ni tan siquiera a efectos de su conservación. 3. A no realizar tratamiento de datos personales y sensibles en forma alguna, directamente o a través de terceros, en asuntos, negocios, y/o actividades de cualquier tipo, distintas a aquellas autorizadas expresamente por EL RESPONSABLE

Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor y valor ante testigos. Las prestaciones sociales serán consignadas.

ANA MARIA ESTRADA NAVIA
EL EMPLEADOR
c.c. 29.344.681 de Candelaria

JUAN RICARDO GONZALEZ J JIMENEZ
EL TRABAJADOR
c.c. 1077842053 de GARZÓN

04793088

1145INDCORP_CH

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN CORPORATIVA
FIP24-16

Ciudad: NEIVA
Fecha de inducción: 2016-01-25 00:00:00
Nombre del colaborador: GONZALEZ J/JIMENEZ/JUAN RICARDO
Documento de identificación: 1077842053
Cargo: OPERARIO 1
Trabajador: 1064806

Por medio del presente documento certifico que recibí la inducción corporativa contemplando los siguientes temas:

Folleto de inducción corporativa:

- Generalidades de la empresa. (Ver plegable)
- Misión
- Visión
- Política integral de gestión
- Generalidades de seguridad social
- Programas de Formación, eventos de bienestar y desarrollo
- Reglamento Interno de trabajo
- Comité de Convivencia Laboral
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
- **Fondex:**
  - Información Póliza funeraria
- Suministro de información del Servicio
- Sistema Integral de Gestión en Seguridad, Salud en el trabajo y Ambiente - SSTA
- Creciendo Juntos con Calidad de Vida
- COPASST
- Responsabilidades SSTA
- Derechos y Deberes en el Sistema General de Riesgos Laborales
- Riesgos Laborales a los que puede estar Expuesto.
- Elementos de Protección Personal
- Definición de Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral.
- Plan de Emergencias y Evacuación.
- Programas de Gestión de Riesgos Prioritarios (PG en Alturas, PG en Riesgo Mecánico, PG de accidentes de tránsito, PG químico)
- Programa de Vigilancia Epidemiológica Osteomuscular.
- Trabajos de Alto Riesgo y Procedimientos Seguros
- Programa de Gestión Ambiental - Gestión de residuos
- Evaluación SSTA (Entregable).
- Seguridad Vial (Peatón, conductor de motocicleta, o vehículo)

Compromiso Seguridad Vial: Yo Juan Ricardo Gonzalez J identificado con CC 1077842053 me comprometo que durante la ejecución de actividades en la compañía cumpliré fielmente normas de tránsito establecidas.

- **Entrega Carné Corporativo.**

- **Entrega Descripción del Cargo.**

Firma de trabajador

VERSION 0
1 DE JULIO DE 2015

0412
1077842053

010001680396

extvas
PERSONAL TEMPORAL

Pereira, 13 de septiembre de 2017

Señor (a)
JUAN RICARDO GONZALEZ
C. C. No.1.077.842.053
Ciudad

ASUNTO: Finalización de la obra o labor determinada

Con la presente le informamos que hemos recibido comunicación de la empresa usuaria, lugar donde usted prestó los servicios como **OPERARIO** , que la obra o la labor que de manera particular usted venía realizando en desarrollo del contrato comercial, ha concluido a partir del día de hoy y por consecuencia su contrato ha finalizado por las razones expuestas en el literal d) del artículo 61 del Código sustantivo del trabajo.

Con el presente documento le estamos certificando paz y salvo sobre los aportes a la seguridad social integral y a la parafiscalidad con base en su salario y en cumplimiento de lo descrito en la Ley 789 de 2002 hacemos entrega de las copias de las planillas correspondientes a los últimos tres meses de contrato de trabajo.

Cordialmente

MARTHA LUCIA SALAZAR VILLEGAS
Coordinadora Eje Cafetero

Testigo: la persona no se presentó.

CC 1077842053
0300

04795977

SALUD ESPECIALIZADA PROTECCIÓN Y PREVENCION

LICENCIA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO RESOLUCION No. 0264 DE 2014 S.S.H.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD

1. INGRESO X 2. PERIODICO __ 3. RETORNO AL TRABAJO____ 4.CAMBIO DE FUNCION ____
5. RETIRO _ 6. SEGUIMIENTO PVE ____ 7. POST INCAPACIDAD ____ 8. OTROS

Fecha del reconocimiento: AÑO: 16 MES: 01 DIA: 22 CIUDAD: GARZON

1. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Nombre Empresa Usuaria: RAISA DISTRIBUCIONES LIMITADA

Actividad Económica: TRANSPORTE, COMPRA Y DISTRIBUCION DE BEBIDAS.

Cargo a Desempeñar: OPEARIO GENERICO

Sitio de Trabajo: GARZON

2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos: JUAN RICARDO GONZALES JIMENEZ

Identificación: 1.077.842.053 EDAD : 29 AÑOS

3. HALLAZGOS Y DIAGNOSTICOS

1. ADULTO SANO
2. PIEL III- OSTEOMUSCULAR NORMAL
3. RAYOS X DE COLUMNA LUMBAR DENTRO DE LIMITES NORMALES.

1. CLASIFICACION

Sin limitaciones para el cargo APTO:
Con limitaciones para el cargo
Examen de Egreso Satisfactorio? SI NO
Examen Periódico Satisfactorio? SI NO
Laboratorios: FROTIS DE GARGANTA, KOH UÑAS, COPROLOGICO: NORMALES
Prueba Aptitud para trabajo en Altura: NO APTO TRABAJO EN ALTURA: NO
Pruebas Funcionales: Visiometría: NO Espirómetria: NO
Audiometría: NORMAL Optometría: EMETROPE
Recomendaciones PVE:
Remisión :
Sospecha Enfermedad Profesional SI NO: X
Restricciones:

1. APTO PARA TRABAJAR.
2.
3.

Dr. JORGE MAURICIO ESCOBAR LOPEZ.
Especialista Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo
Resolución 1976 de 2010 S.S.H

JUAN RICARDO GONZALES JIMENEZ
C.C. 1.003.904.414

DR. CAMILO ARTURO BERNAL G.

MEDICINA LABORAL Y SALUD OCUPACIONAL

Clínica Integral de Dolor

Paciente	JUAN RICARDO GONZALEZ			Doc. Identidad	1077842053		
Sexo	MAS	Fecha	19/07/1987	Edad	30		
Dirección	CALLE 86 NO 6 22			Estado Civil	UL		

HISTORIA CLÍNICA DE MEDICINA LABORAL

Formato Nº.	CABG 1	Fecha de Atención	20/012/2016
Siniestro Nº		Fecha del Siniestro	20/06/2016

MOTIVO DE CONSULTA CIERRE DE CASO

MOTIVO DE LA CONSULTA: ACTUALMENTE REFIERE DOLOR EN REGION LUMBAR HORMIGUEO EN LAS PIERNAS

CONSULTA POR: CIERRE DE CASO

ENFERMEDAD ACTUAL REFIERE QUE PRESENTO DOLOR EN REGION LUMBAR AL MANIPULAR CARGA DE 25 KG EL DIA 20 DE JUNIO DE 2016

ANTECEDENTES MEDICOS

PATOLOGICOS: NIEGA

TOXICO ALERGICOS: NIEGA

GINECO- OBSTETRICOS:

QUIRURGICOS: niega

FARMACOLOGICOS: NIEGA

TERAPEUTICOS:NIEGA

OTROS:NIEGA

RESULTADO DE EXAMENES COMPLEMETARIOS

DESCRIPCION DE PARACLINICOS:

Teléfono: 8638603. Móvil: 3134091740 Email. Camilo.bernal.66@gmail.com

DR. CAMILO ARTURO BERNAL G.

MEDICINA LABORAL Y SALUD OCUPACIONAL

Clínica Integral de Dolor

EXAMEN FISICO: INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS ORIENTADO EN TRES ESFERAS DEAMBULA SIN DIFICULTAD EN PUNTAS Y TALONES PALPACION DE COLUMNA EN PARA VERTEBRALES LUMBARES REACTIVO DOLOROSO FC 80 FR 16 TA 80 65 LASSEGUE NEGATIVO WADELLSS POSITIVO FLEXION COLUMNA LUMBAR 70 ° ROTACION 30 ° INCLINACIONES LATERALES COMPLETAS

DIAGNOSTICO (S):M624 LUMBALGIA ESPASMO MUSCULAR LUMBAR.ANTEROLISTESIS

ORDENES MEDICAS:TRAE RNM SEÑALES DE DSEHIDRATACION PARCIAL DISCLA L5 S1 CON LEVES CAMBIOS FACETARIOS ANTEROLISTESIS GRADO I L5 S1 ABOMBAMINETO Y PROTRUSION DISCAL DESCRITA SIN COMPRIMIR LAS RAICES NERVIOSAS A RITERIO CLINICO COMPLEMENTAR EMG ESTUDIO NORMAL NEGATIVO PARA RADICULOPATIA LUMBOSACTRA Y/O NEUROPATIA PERIFERICA EN MIS

CONCEPTO: PACIENTE CON MEJORIA TERAPEUTICA EVITAR MANIPULACION DE CARGAS SUPERIORES A 10 KG EVITAR FLEXO EXTENSION FORZADA DE COLUMNA , SOLICITO CALIFICAR PCL .

FIRMA:

MEDICO ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO MEDICO:79393437, LIC: 2658 DE 2015.

Teléfono: 8638603. Móvil: 3134091740 Email. Camilo.bernal.66@gmail.com

Mana A.

0510
1077842053

NUEVA EPS S.A

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA POR MATERNIDAD

EMISION DE INCAPACIDAD

nueva eps
NIT. 900.156.264-2

Estado Transcrita

No.de Autorización — Nro Incapacidad 0003607634

Oficina 0101 GARZON — No. de Solicitud

Cotizante C 1077842053 JUAN RICARDO GONZALEZ JIMENEZ Edad 30 Tipo Trabajador Dependiente

Fecha Recepción 15/06/2017 Fecha de Expedición 12/06/2017

Empleador NT 890327120 EXTRAS SA

IPS 6965 SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE GARZON

010001441451

Dias de Incapacidad 4 Fecha Inicio 12/06/2017 Fecha Terminación

Prórroga NO

Diagnóstico M545

Contingencia ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Incapacidad AMBULATORIA Procedimiento Estético NO

Profesional Reg Med 5254798 Ingreso Base de liquidación $0

nueva eps OF. GARZÓN 15 JUN 2017 RECIBIDO Hora Código No. 1302054125

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, éstos 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 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.

Postoben
OK

Manei A
0516
1077842053

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

nueva eps
NIT. 900.156.264-2

Estado Transcrita

No.de Autorización **Nro Incapacidad** 0003658911

Oficina 0101 GARZON **No. de Solicitud**

Cotizante C 1077842053 JUAN RICARDO GONZALEZ JIMENEZ **Edad** 31 **Tipo Trabajador** Dependiente

Fecha Recepción 13/07/2017 **Fecha de Expedición** 05/07/2017

010001441450

Empleador NT 890327120 EXTRAS SA

IPS 6965 SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE GARZON

Dias de Incapacidad 1 **Fecha Inicio** 05/07/2017 **Fecha Terminación** 05/07/2017

Prórroga NO

Diagnóstico R51X

Contingencia ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Incapacidad AMBULATORIA **Procedimiento Estético** NO

Profesional Reg Med 2074 **Ingreso Base de liqujdación** $0

OF. GARZÓN
13 JUL 2017

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, éstos 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 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.

Posloba
OK

24 -06 -2016

Eficacia S. A.

Yo Juan Ricardo Gonzalez Jimenez identificado con numero ce 1077842053 Garzon Huila. ingrese a las instalaciones el dia lunes 20 junio 2016 a las 18:00 Horas de postobon. ha elaborar donde el Senor supervisor. me da instrucciones mientras solen los cargues. para despues empezar a estibar lo cual me pide. lo haga con el compañero donde nos colocan a organizar. lo que llego en transcurso del dia. en ese momento nos dirigimos a organizar. los. Bag. in Box por orden de fecha, en el transcurso a. comodando los Bag in Box me agacho a recoger una. caja de Bag in Box 1893 para colocarla en otro lado, en el momento que la descargo senti un dolor en la cintura me deje ir al suelo aproximadamente a los 18:30 produciendome mucho dolor me sente por un buen rato y segui trabajando al otro dia no me aguante. y me fue por urgencias donde el doctor me da 3 dias de incapacidad. y luego paso a consulta externa el dia 23. junio. y la doctora meda otros 3 Dias incapacidad. mandandome una radiografia. la cual me la entregan en 10 Dias.

ATT.

Juan Ricardo Gonzalez. J.
1077842053

extras PERSONAL TEMPORAL	**SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE**

PROCESO OPERACIONAL

FORMATO DE INVESTIGACION DE ACCIDENTES Y CASI ACCIDENTES EXTRAS

FECHA DE EMISIÓN	**VERSION:** 3	**CÓDIGO:**	**HOJA:**
12 DE FEBRERO DE 2013	**FECHA:** 19 DE ABRIL DE 2016	FIP21-13-1	**1 DE 6**

INCIDENTE: [ ]

ACCIDENTE: LEVE [X] GRAVE [ ] MORTAL [ ]

EPS A LA QUE ESTÁ AFILIADO	CÓDIGO EPS	ARL A LA QUE ESTA AFILIADO	CÓDIGO ARL
Cafesalud		**Positiva**	
AFP A LA QUE ESTÁ AFILIADO: SEGURO SOCIAL SI [ ] NO [X] CUAL:			CÓDIGO AFP O SEGURO SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR, CONTRATANTE O COOPERATIVA

TIPO DE VINCULADOR LABORAL:	(1) EMPLEADOR	x	(2) CONTRATANTE		(3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	

SEDE PRINCIPAL:	CODIGO
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES DE SUMINISTRO DE PERSONAL TEMPORAL O DE EMPLEOS TEMPORALES	

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
EXTRAS	NIT [x] CC [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] No. **890327120**

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
AV 5N # 23AN 35 B/SAN VICENTE	**4854242**	

CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
dianam_garcia@eficacia.com.co	VALLE	CALI	U [X] R [ ]

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR.	CODIGO
Gaseosa Posada Tobon	

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DEL CENTRO PRINCIPAL? SI [ ] NO [X]
SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL CENTRO DE TRABAJO	CÓDIGO
EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES DE SUMINISTRO DE PERSONAL TEMPORAL O DE EMPLEOS TEMPORALES	

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
AV 5N # 23AN 35 B/SAN VICENTE	**4854242**	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
VALLE DEL CAUCA	CALI	U [X] R [ ]

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

TIPO DE VINCULACIÓN	CÓDIGO
(1) PLANTA [ ] (2) MISION [X] (3) COOPERADO [ ] (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ [ ] (5) INDEPENDIENTE [ ]	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
GONZALEZ	JIMENEZ
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**
JUAN	RICARDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC [X] CE [ ] UN [ ] TI [ ] PA [ ] No. 1077842053	19 07 1986	M [X] F [ ]

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CALLE 6 N 1 E 210	**3102159287**	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CARGO
Huila	**Garzon**	U [x] R [ ]	Operario

OCUPACIÓN HABITUAL	CÓDIGO	TIEMPO OCUPACIÓN HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE
Operario		06 00

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)	JORNADA DE TRABAJO HABITUAL
25 01 2016	689.455	(1) DIURNA [X] (2) NOCTURNA [ ] (3) MIXTO [ ] (4) TURNOS [ ]

III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE	DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	JORNADA EN QUE SUCEDE
20 / 06 / 2016	18 : 30	LU [X] MA [ ] MI [ ] JU [ ] VI [ ] SA [ ] DO [ ]	(1) NORMAL [X] (2) EXTRA [ ]

ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL?	DILIGENCIAR SOLO EN CASO NEGATIVO	CÓDIGO	TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE
(1) SI [X] (2) NO [ ]	CUAL:		00 : 30

TIPO DE ACCIDENTE
(1) VIOLENCIA [ ] (2) TRÁNSITO [ ] (3) DEPORTIVO [ ] (4) RECREATIVO O CULTURAL [ ] (5) PROPIOS DEL TRABAJO [X]

CAUSÓ LA MUERTE AL TRABAJADOR?	FECHA DE LA MUERTE	DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE	MUNICIPIO DEL ACCIDENTE
(1) SI [ ] (2) NO [X]	DD MM AAAA	Huila	Garzon

ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:
U [X] R [ ]	(1) DENTRO DE LA EMPRESA [X] (2) FUERA DE LA EMPRESA [ ]

INDIQUE CUAL SITIO:

- [ ] (1) ALMACENES O DEPÓSITOS
- [X] (2) AREAS DE PRODUCCIÓN
- [ ] (3) AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS
- [ ] (4) CORREDORES O PASILLOS
- [ ] (5) ESCALERAS
- [ ] (6) PARQUEADEROS O AREAS DE CIRCULACIÓN VEHICULAR
- [ ] (7) OFICINAS
- [ ] (8) OTRAS AREAS COMUNES
- [ ] (9) OTRO; ESPECIFICAR_____

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL LUGAR DEL ACCIDENTE:

TIPO DE LESIÓN:

- [ ] (10) FRACTURA
- [ ] (20) LUXACIÓN
- [X] (25) TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACIÓN DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA.
- [ ] (30) CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO
- [ ] (40) AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (Exclusión o pérdida del ojo)
- [ ] (41) HERIDA ABIERTA
- [ ] (50) TRAUMA SUPERFICIAL
- [ ] (55) GOLPE O CONTUSIÓN O APLASTAMIENTO
- [ ] (60) QUEMADURAS
- [ ] (70) ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN
- [ ] (80) EFECTO DEL TIEMPO, DEL CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE.
- [ ] (81) ASFIXIA
- [ ] (82) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD
- [ ] (83) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN
- [ ] (90) LESIONES MÚLTIPLES
- [ ] (99) OTRO. Especifique

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

- [ ] (1.1) REGIÓN CRANEANA
- [ ] (1.2) OJO
- [ ] (1.3) OREJA
- [ ] (1.4) BOCA (Labios, dientes, lengua)
- [ ] (1.5) NARIZ
- [ ] (1.6) CARA (no clasificado en otros)
- [ ] (1.8) CABEZA (Ubicaciones múltiples)
- [ ] (1.9) CABEZA (Ubicación no precisada)
- [ ] (2) CUELLO
- [ ] (3.1) ESPALDA
- [ ] (3.2) TÓRAX
- [ ] (3.3) ABDOMEN
- [ ] (3.4) PELVIS
- [ ] (3.8) TRONCO (Ubicaciones múltiples)
- [X] (3.9) TRONCO (Ubicación no precisada)
- [ ] (4.1) HOMBRO
- [ ] (4.2) BRAZO
- [ ] (4.3) CODO
- [ ] (4.4) ANTEBRAZO
- [ ] (4.5) MUÑECA
- [ ] (4.6) MANO
- [ ] (4.7) DEDOS
- [ ] (4.8) MIEMBRO SUPERIOR Ubicaciones múltiples
- [ ] (4.9) MIEMBRO SUPERIOR Ubicación no precisada
- [ ] (5.1) CADERA
- [ ] (5.2) MUSLO
- [ ] (5.3) RODILLA
- [ ] (5.4) PIERNA
- [ ] (5.5) TOBILLO
- [ ] (5.6) PIE
- [ ] (5.7) DEDOS DE LOS PIES
- [ ] (5.8) MIEMBRO INFERIOR Ubicaciones múltiples
- [ ] (5.9) MIEMBRO INFERIOR Ubicación no precisada

- [ ] (6.1) CABEZA Y TRONCO, CABEZA Y UNO O VARIOS MIEMBROS
- [ ] (6.2) TRONCO Y UNO O VARIOS MIEMBROS
- [ ] (6.3) UN MIEMBRO SUPERIOR Y UN MIEMBRO INFERIOR O MÁS DE DOS MIEMBROS
- [ ] (6.8) OTRAS UBICACIONES MÚLTIPLES
- [ ] (6.9) UBICACIONES MÚLTIPLES NO PRECISADA
- [ ] (7.1) APARATO CIRCULATORIO GENERAL.
- [ ] (7.2) APARATO RESPIRATORIO GENERAL
- [ ] (7.3) APARATO DIGESTIVO GENERAL
- [ ] (7.4) SISTEMA NERVIOSO GENERAL
- [ ] (7.8) OTRAS LESIONES GENERALES
- [ ] (7.9) LESIONES GENERALES NO PRECISADAS

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR)

- [ ] (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS
- [ ] (2) MEDIOS DE TRANSPORTE
- [ ] (3) APARATOS
- [ ] (3.36) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS
- [X] (4) MATERIALES O SUSTANCIAS
- [ ] (4.4) RADIACIONES
- [ ] (5) AMBIENTE DE TRABAJO (Incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- [ ] (6) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS
- [ ] (6.61) ANIMALES (Vivos o productos animales)
- [ ] (7) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE:

- [ ] (1.1) CAIDAS DE ALTURA O EN PROFUNDIDADES
- [ ] (1.2) CAIDAS DE PERSONAS AL MISMO NIVEL
- [ ] (2.1) DERRUMBE
- [ ] (2.2) DESPLOME
- [ ] (2.3) CAÍDAS DE OBJETOS
- [ ] (2.4) OTRAS CAÍDAS DE OBJETOS
- [ ] (3.1) PISADAS SOBRE OBJETOS
- [ ] (3.2) CHOQUES CONTRA OBJETOS INMÓVILES
- [ ] (3.3) CHOQUE CONTRA OBJETOS MÓVILES
- [ ] (3.4) GOLPES POR OBJETOS MÓVILES
- [ ] (4.1) ATRAPAMIENTO POR UN OBJETO
- [ ] (4.2) ATRAPAMIENTO ENTRE UN OBJETO INMÓVIL Y UN OBJETO MÓVIL
- [ ] (4.3) ATRAPAMIENTO ENTRE DOS OBJETOS MÓVILES
- [ ] (5.1) ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL LEVANTAR OBJETOS
- [ ] (5.2) ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL EMPUJAR OBJETOS O TIRAR DE ELLOS
- [X] (5.3) ESFUERZOS FÍSICOS EXCESIVOS AL MANEJAR O LANZAR OBJETOS
- [ ] (5.4) FALSOS MOVIMIENTOS
- [ ] (6.1) EXPOSICÓN AL CALOR
- [ ] (6.2) EXPOSICIÓN AL FRIO
- [ ] (6.3) CONTACTO CON SUSTANCIAS U OBJETOS ARDIENTES
- [ ] (6.4) CONTACTO CON SUSTANCIAS U OBJETOS MUY FRÍOS
- [ ] (7) EXPOSICIÓN A, O CONTACTO CON LA CORRIENTE ELÉCTRICA
- [ ] (8.1) INHALACIÓN, INGESTIÓN O ABSORCIÓN DE SUSTANCIAS NOCIVAS
- [ ] (8.2) EXPOSICIÓN POR RADIACIONES IONIZANTES
- [ ] (8.3) EXPOSICIÓN A OTRAS RADIACIONES
- [ ] (9.1) OTRAS FORMAS DE ACCIDENTES NO CLASIFICADAS
- [ ] (9.2) NO CLASIFICADO POR FALTA DE DATOS

IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DESCRIBA DETALLADAMENTE EL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO:

El día 20 de junio del año 2016 siendo las 06:30pm el colaborador se encontraba organizando mercancía por orden de fecha, realizando esta actividad se agacho a recoger una caja para trasladarla a otro lugar en el momento en el cual descarga la caja siente fuerte dolor en cintura lo cual ocasiona que el operario se deje ir al piso pensando que el dolor le pasaría pero este se hace cada vez más intenso.

DATOS COMPLEMENTARIOS:

*No se tiene datos sobre el peso de la caja manipulada
*El reporte de accidente laboral se reporta de manera extemporánea el 28 de junio 2016
*El evento había generado 06 días de incapacidad

DIAGRAMAS, DIBUJOS O FOTOGRAFÍAS

*No se tiene diagrama o dibujo

VERSIÓN TRABAJADOR ACCIDENTADO:

*Se anexa carta a mano alzada con versión del colaborador

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE

Hubo personas que presenciaron el accidente? SI [ ] NO [X] En caso afirmativo, diligenciar la siguiente información y anexar las versiones:

APELLIDOS Y NOMBRES		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CARGO	FIRMA	CC [ ] TI [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] No.
Versión del testigo:		

APELLIDOS Y NOMBRES		TIPO DE IDENTIFICACIÓN
CARGO	FIRMA	CC [ ] TI [ ] CE [ ] NU [ ] PA [ ] No.
Versión del testigo:		

V. ANALISIS DE CAUSAS: (METODOLOGIA 5 POR QUE?)

ANALISIS DE CAUSAS					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA (Accidente)	**1 POR QUE?**	**2 POR QUE?**	**3 POR QUE?**	**4 POR QUE?**	**5 POR QUE?**
Dolor en la parte baja de la espalda	**Porque se encontraba organizando los productos por orden de fecha**	**Porque se dispuso a levantar una caja para trasladarla**	**Porque al momento de descargarla siente fuerte dolor en la cintura**	**Porque probablemente no realizo una manipulación de cargas adecuada tanto a momento de levantarla como al momento de descargarla**	**Porque no se coloca en práctica el estándar para manipulación manual de cargas** **Porque se desconoce el estándar para manipulación manual de cargas**

VI. CAUSAS DEL ACCIDENTE

- **CAUSAS INMEDIATAS**

  ACTOS INSEGUROS

  - **359-No especificado en otra parte**

  CONDICIONES INSEGURAS

  - **320-Uso de métodos o procedimientos peligrosos no especificados en otra parte**
- **CAUSAS BÁSICAS**

  FACTORES PERSONALES

  - **001-Altura, peso, talla, fuerza, alcance, etc inadecuados**

  FACTORES DEL TRABAJO

  - **210-Identificacion deficiente de los ítems que implican riesgos**

VII. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN NECESARIAS

	Aplica en			**Implementación**		**Verificación**		
Recomendación	**F**	**M**	**T**	**Fecha**	**Responsable**	**Fecha**	**Efectividad**	**Responsable**
Sensbilizacion sobre manejo manual de cargas para la prevención de AL			X		SSTA Extras			

VIII. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO: Risaralda	MUNICIPIO: Pereira	
DIRECCIÓN; calle 14 # 15-03 Avenida circunvalar	FECHA: 29-7-2016	HORA:08:00am

EQUIPO INVESTIGADOR

NOMBRE	CARGO		DOCUMENTO IDENTIDAD		FIRMA
	EN LA EMPRESA	EN EL SG-SST	TIPO*	NÚMERO	

* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL

Firma _____

Nombre _____

Doc. identidad Tipo:* _____ Número _____

Licencia S.O. _____

* **CC**: Cédula de ciudadanía; **TI**: Tarjeta e identidad; **CE**: Cédula de extranjería; **NU**: Nuip; **PA**: Pasaporte

EN CASO DE EVENTOS GRAVES O MORTALES

RESPONSABLE DEL SG-SSTA

Firma _____

Nombre _____

Doc. identidad Tipo:* _____ Número _____

Licencia S.O. _____

REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____

Nombre _____

Doc. Identidad Tipo:* _____ Número _____

FECHAS DE REMISIÓN

Envío de la investigación de la Empresa a la ARL	
Envío de recomendaciones de la ARL a la Empresa	

Envío de la investigación a la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo	

Revisó: Diego Fernando Lucero **Analista Nacional de SSTA**	**Aprobó:** Olga Lucía Gualy Líder Nal de Seguridad Social Integral y Salud Ocupacional

VICEPRESIDENCIA TECNICA

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

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

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 1716918 2016/06/28 Dictamen 1438419 2016/11/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal HUILA

Direccion Calle 15 No. 5-58. Neiva Telefono 8722810

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Primer Apellido GONZALEZ Segundo Apellido JIMENEZ Nombres JUAN RICARDO

Tipo Documento CEDULA DE Identificación 1077842053 Género MASCULINO

Fecha Nacimiento 1986/07/19 Edad 30 Años

Estado Civil DESCONOCIDO Escolaridad DESCONOCIDO

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1. DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

Nombre EXTRAS SA NIT 890327120

Denominacion Cargo OPERARIO Ocupacion (Res 1830/99) 590

Codigo Actividad Dto. 3749101 Antig. en el Cargo Antig. en la empresa

Descripcion Tareas del Cargo

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
REPORTE DE FORMATO ÚNICO DE	FECHA DE ACCIDENTE: 20/06/2016 "ME ENCONTRABA ORGANIZANDO LA MERCANCÍA POR ORDEN DE FECHA EN EL TRANSCURSO ORGANIZANDO LA MERCANCÍA ME AGACHO A RECOGER UNA CAJA PARA TRASLADARLA A OTRO LADO EN EL MOMENTO QUE LA DESCARGO SENTÍ UN DOLOR EN LA CINTURA ME DEJE IR AL SUELO HABER SI ME PASABA EL DOLOR PERO SE VOLVIÓ MAS INTENSO"
COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA IPS	21/06/2016 MOTIVO DE CONSULTA: "TENGO DOLOR EN LA COLUMNA" ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD EN LA CUAL PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 24 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN REGION LUMBAR DE INTENSIDAD 7/10 INCAPACITANTE, OCASIONADO POR UNA MALA POSTURA , NIEGA OTRAS SINTOMATOLOGIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA. EF: DORSO LUMBAR: PRESENTA A NIVEL DE REGION LUMBAR A NIVEL DE LOS MUSCULOS PARAVERTEBRALES DOLOR A LA

VICEPRESIDENCIA TECNICA

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

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

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 1716918 2016/06/28 Dictamen 1438419 2016/11/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal HUILA

Direccion Calle 15 No. 5-58. Neiva Telefono 8722810

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

Nombre Documento	Observaciones
	PALPACION
	PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD EN LA CUAL PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 24 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN REGION LUMBAR DE INTENSIDAD 7/10 INCAPACITANTE, OCASIONADO POR UNA MALA POSTURA , NIEGA OTRAS SINTOMATOLOGIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR EN REGION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES CON LEVE LIMITACION FUCIONAL, MOTIVO POR EL CUAL SE LE ORDENA ATENCION INMEDIATA
CARTA EXPLICANDO LA EXTEMPORANEIDAD	EN RESPUESTA A SU SOLICITUD NOS PERMITIMOS DAR RESPUESTA AL COMUNICADO EMITIDO POR USTEDES SOBRE EL EVENTO REPORTADO POR EL COLABORADOR JUAN GONZALEZ JIMENEZ CC 107784205 QUIEN EL DÍA 20 DE JUNIO 2016 MIENTRAS MANIPULABA UN BID DE 23 KG APROXIMADAMENTE SIENTE DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA. EL EVENTO SE REPORTA DE FORMA EXTEMPORÁNEA PORQUE LA GENERALISTA DE LA EMPRESA CLIENTE ENVIÓ LA INFORMACIÓN DE ESTE EVENTO DESPUÉS DE LAS 48 HORAS ESTABLECIDAS PARA REPORTAR UN EVENTO SE ADJUNTA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA MARTHA LUCIA SALAZAR VILLEGAS. COORDINADORA OFICINA EJE CAFETERO.

5.2 DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION

DIAGNOSTICO	ID DX
CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS PARAVERTEBRALES DE COLUMNA LUMBAR	M624

VICEPRESIDENCIA TECNICA

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

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

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 1716918 2016/06/28 Dictamen 1438419 2016/11/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal HUILA

Direccion Calle 15 No. 5-58. Neiva Telefono 8722810

5.2 DIAGNOSTICOS MOTIVO DE LA CALIFICACION

DIAGNOSTICO	ID DX
PROTRUSION DISCAL POSTERIOR ASIMETRICA L5 - S1 + ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERIOR L4 - L5 (NO DERIVADO DEL AT)	M511
ANTEROLISTESIS GRADO I L5 SOBRE S1 (NO DERIVADO DEL AT)	M511

5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
RMN COLUMNA LUMBAR SIMPLE	HALLAZGOS: DISMINUCIÓN MODERADA ASIMÉTRICA EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL DEL DISCO INTERVERTEBRAL L5-S1 CON REDUCCIÓN EN LA AMPLTUD, LEVE REDUCCIÓN EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL Y AMPLITUD DEL DISCO INTERVERTEBRAL T 12-LI, CONSERVANDO LA AMPLITUD E INTENSIDAD DE SEÑAL EN LOS RESTANTES NIVELES DISCALES LUMBARES, PRESERVANDO LA ALTURA DE LOS CUERPOS VERTEBRALES, SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL, AUMENTO DE LA LORDOSIS POR LEVE DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE L5 SOBRE SI, OBSERVÁNDOSE ADEMÁS PLATILLOS VERTEBRALES IRREGULARES CON NÓDULOS DE SCHMORL EN TL 1 Y T12 DE RELACIÓN PARCIAL EN EL PRESENTE ESTUDIO. PEDÍCULOS ÍNTEGROS; TRAYECTO CON IRREGULARIDAD, HIPOINTENSIDAD Y SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD EN LA PARS INTERARTICULAR DE 15, LEVE HIPOINTENSIDAD DE LAS SUPERFICIES INTERAPOFISIARIAS L5-S1, SIN OTROS CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE SEÑAL EN LOS DEMÁS ELEMENTOS ÓSEOS POSTERIORES. ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERIOR L4-L5, TOCANDO EL SACO DURAL, SIN COMPRESIÓN DE LAS RAÍCES NERVIOSAS. PROTRUSIÓN DISCAL POSTERIOR ASIMÉTRICA EN L5-S1, COMPONENTE MAYOR FORAMINAL DERECHO CON FISURAL DEL ANILLO FIBROSO LOCAL, SIN CONTACTO CON EL CORDÓN MEDULAR NI LAS RAÍCES NERVIOSAS CORRESPONDIENTES, CANAL RAQUÍDEO LOCAL SIN REDUCCIÓN EN LA AMPLITUD, CONO MEDULAR Y RAÍCES DE LA CAUDA EQUINA CON INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL. CANAL RAQUÍDEO DE AMPLITUD PRESERVADA. GRUPOS MUSCULARES PARAVERTEBRALES Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SIN CAMBIOS EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL.	13/09/2016

VICEPRESIDENCIA TECNICA

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

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

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente ARP POSITIVA Solicitud 1716918 2016/06/28 Dictamen 1438419 2016/11/09

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Sucursal HUILA

Direccion Calle 15 No. 5-58. Neiva Telefono 8722810

5.3. RELACION DE EXAMENES E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Descripcion Examen	Resultado	Fecha
	OPINIÓN: SEÑALES DE DESHIDRATACIÓN PARCIAL DISCAL L5-S1 CON LEVES CAMBIOS FACETARIOS; ANTEROLISTESIS GRADO1 L5 SOBRE S1; ABOMBAMIENTO Y PROTRUSIÓN DISCAL DESCRITA, SIN COMPRIMIR LAS RAICES NERVIOSAS A CRITERIO CLINICO COMPLEMENTAR.	

6. CALIFICACION DEL ORIGEN

Evento ACCIDENTE Fecha AT o Dx. EP: Lunes, 20 Junio de 2016

Tipo AT Propios del Trabajo Mortal NO Fecha Muerte

Sustentación

EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A DETERMINÓ QUE EL EVENTO OCURRIDO EL 20/06/2016 ES DE ORIGEN MIXTO BAJO LOS SIGUIENTES ASPECTOS: DESCRIPCIÓN DE REPORTE DE ACCIDENTE INDICA: 'ME ENCONTRABA ORGANIZANDO LA MERCANCÍA POR ORDEN DE FECHA EN EL TRANSCURSO ORGANIZANDO LA MERCANCÍA ME AGACHO A RECOGER UNA CAJA PARA TRASLADARLA A OTRO LADO EN EL MOMENTO QUE LA DESCARGO SENTÍ UN DOLOR EN LA CINTURA ME DEJE IR AL SUELO HABER SI ME PASABA EL DOLOR PERO SE VOLVIÓ MAS INTENSO. HISTORIA CLÍNICA 21/06/2016 MOTIVO DE CONSULTA: 'TENGO DOLOR EN LA COLUMNA' ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD EN LA CUAL PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 24 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN REGION LUMBAR DE INTENSIDAD 7/10 INCAPACITANTE, OCASIONADO POR UNA MALA POSTURA, NIEGA OTRAS SINTOMATOLOGIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA. EF: DORSO LUMBAR: PRESENTA A NIVEL DE REGION LUMBAR A NIVEL DE LOS MUSCULOS PARAVERTEBRALES DOLOR A LA PALPACION PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD EN LA CUAL PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 24 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN REGION LUMBAR DE INTENSIDAD 7/10 INCAPACITANTE, OCASIONADO POR UNA MALA POSTURA, NIEGA OTRAS SINTOMATOLOGIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR EN REGION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES CON LEVE LIMITACION FUCIONAL, MOTIVO POR EL CUAL SE LE ORDENA ATENCION INMEDIATA. RMN COLUMNA LUMBAR SIMPLE 13/09/2016 HALLAZGOS: DISMINUCIÓN MODERADA ASIMÉTRICA EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL DEL DISCO INTERVERTEBRAL L5-S1 CON REDUCCIÓN EN LA AMPLTUD, LEVE REDUCCIÓN EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL Y AMPLITUD DEL DISCO INTERVERTEBRAL T 12-LI, CONSERVANDO LA AMPLITUD E INTENSIDAD DE SEÑAL EN LOS RESTANTES NIVELES DISCALES LUMBARES, PRESERVANDO LA ALTURA DE LOS CUERPOS VERTEBRALES, SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA INTENSIDAD DE SEÑAL, AUMENTO DE LA LORDOSIS POR LEVE DESPLAZAMIENTO ANTERIOR DE L5 SOBRE SI, OBSERVÁNDOSE ADEMÁS PLATILLOS VERTEBRALES IRREGULARES CON NÓDULOS DE SCHMORL EN TL 1 Y T12 DE RELACIÓN PARCIAL EN EL PRESENTE ESTUDIO. PEDÍCULOS ÍNTEGROS; TRAYECTO CON IRREGULARIDAD, HIPOINTENSIDAD Y SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD EN LA PARS INTERARTICULAR DE 15, LEVE HIPOINTENSIDAD DE LAS SUPERFICIES INTERAPOFISIARIAS L5-S1, SIN OTROS CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE SEÑAL EN LOS DEMÁS ELEMENTOS ÓSEOS POSTERIORES. ABOMBAMIENTO DISCAL POSTERIOR L4-L5, TOCANDO EL SACO DURAL, SIN COMPRESIÓN DE LAS RAÍCES NERVIOSAS. PROTRUSIÓN DISCAL POSTERIOR ASIMÉTRICA EN L5-S1, COMPONENTE MAYOR FORAMINAL