

Remisión Dictamen Junta Regional Quindio Rad. Nro 2018-00137

JUNTA REGIONAL QUINDIO <notificaciondictamenesjrciq@gmail.com>

Mié 12/04/2023 11:33 AM

Para: Juzgado Laboral Circuito - Tulua - Valle Del Cauca - Sevilla <j02lctotulua@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: perez.asesoresjuridicos <perez.asesoresjuridicos@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (414 KB)

GLORIA MARY ROLDAN_2023041210515700.pdf; gloria roldan.pdf;

Cordial Saludo,

Ref. Remisión del Dictamen

Accionante. Gloria Mary Roldan Diaz

Accionado. Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca

Rad. Nro. 2018-00137

De manera atenta me permito poner en conocimiento a este Honorable Despacho de la remisión del dictamen de calificación del accionante.

Atentamente,

MARLENY GIRALDO SOTELO

Directora Administrativa y Financiera.



Prosperidad
para todos

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO

NIT: 801000451-4

Armenia Q., 12 de Abril de 2023.

Señor(a)
JUEZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO
Ciudad

Ref. Remisión de Dictamen
Accionante: Gloria Mary Roldan Diaz
Accionado: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca
Rad. 2018-00137

Respetuosamente me permito remitir copia del dictamen N° 29142351-14202300152, emitido por los integrantes de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Quindío, correspondiente al señor (a) **GLORIA MARY ROLDAN DIAZ CC 29142351**; esto en cumplimiento a lo ordenado por ese Honorable Despacho.

Anexo

- Copia Del Dictamen.

Atentamente,

MARLENY GIRALDO SOTELO
Directora Administrativa y Financiera.

CARRERA 13 NRO 19-09 LOCAL 4, PISO MENOS 1 CC ALTA VISTA, ARMENIA Q,
TELEFONO: 7476268



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Fecha de recepción solicitud	29/03/2023	DICTAMEN No.	29142351-14202300152
Entidad remitente	Juez Segundo Laboral del Circuito de Tuluá	Radicado:	76-834-31-05-002- 2018-00137-00
Fecha de dictamen	11/04/2023	Motivo solicitud	PCL + ORIGEN + F.E.

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre de la entidad administradora		JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO	
Dirección	Carrera 13 # 19 - 09 Local 04 Piso -1 Centro Comercial Alti	Teléfono	7443654

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Apellidos		ROLDAN DIAZ					
Nombres		GLORIA MARY					
Doc. Identidad	C.C	X	29.142.351	T.I	C.E	Otro	No.
Fecha de nac.	28 de Octubre de 1956			Edad	66 años		
Género	Masculino		Femenino	X			
Estado civil	Soltero	X	Casado	Viudo	Unión libre	Separado	Otro
Escolaridad	Primaria		Secundaria	Técnico	X	Universidad	Analfabeta
							Otro

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1. DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA	Pensionado por invalidez en el año 2012
DENOMINACION DEL CARGO ACTUAL	Operaria de máquinas en la empresa COLOMBINA S.A.
ANTIGÜEDAD EN EMPRESA	Trabajó 35 años aproximadamente hasta el año 2012
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	
DESCRIPCION TAREAS:	

4.2. ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

EMPRESA	CARGO	RIESGOS	TIEMPO DE EXPOSICION
COLOMBINA S.A.	Operaria	Físico Ergonómico	15 años aproximadamente

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION:

5.1. RELACION DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	
HISTORIA CLINICA COMPLETA	X
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	
ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADAVER	
CERTIFICADO DE DEFUNCION	
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	
EXAMENES PARACLINICOS	X
EXAMENES PRE-OCUPACIONALES	
EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES	
EXAMENES POST - OCUPACIONALES	
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	
OTROS	

5.2 DIAGNOSTICOS MOTIVO DE CALIFICACION:

1. G560 Síndrome de túnel del carpo Bilateral operados Origen Laboral	

5.3 EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Tipo de examen o interconsulta	Resultado
1	
2	
3	

ORIGINAL

MOTIVO DE CONTROVERSIAS: El Juez Segundo Laboral del Circuito de Tulua solicita a esta corporación se determine, en calidad de perito, la pérdida de la capacidad laboral referente a diagnósticos mencionados, pero la paciente deja claro que atribuye todos sus síntomas y signos a patología laboral. Por lo expuesto la calificación se hará sobre los supuestos laborales y no generales por enfermedad común porque nos queda claro que no es una calificación de PCL integral. **FUNDAMENTOS FÁCTICOS PARA CALIFICAR POR LA JUNTA REGIONAL:** Paciente de 66 años pensionada con decreto 917, calificación Junta Calificación Invalidez del Valle PCL 17, 18% Dictamen N° 61021208 17/12/2008 FE 13/12/2008 Origen enfermedad Común Deficiencias calificadas: Tendinitis de flexores de muñeca 3%; Codo tenista 2,50%; Neuroma de Morton pie Der 0%, Tendinitis manguito rotador 3,50%, Título I Calificación deficiencias ponderadas 6,02% Junta de Calificación de invalidez del Valle 31/08/2005 Acta N° 027-2005 PCL 10.08% FE 26/08/2005 Diagnostico: STC Bilateral leve, bilateral operado, origen enfermedad profesional Junta Calificación de invalidez del Valle resolución 00004726 de 12/10/2011 Dx vértigo de origen central, Otros trastornos específicos del oído interno Origen: Enfermedad Común Se anexa al parecer una calificación donde no se puede apreciar su contenido " Borrosa", ilegible. **PARACLINICOS:** Se transcriben textualmente **15/09/2017 EMG MS:** Estudio compatible con STC Bilateral leve de predominio derecho **26/01/2017 Concepto especializado Fisiatría:** Dx lesión del Manguito rotador bilateral. Tendinosis tobillo izquierdo, Qx. hombros y región cervical EMG miembros superiores control con estudios analgésicos, tobillera de uso en el día tobillo izquierdo, faja lumbar en el día en labores. Analgésicos, programa de fisioterapia. Paquete caliente + us + masaje cervical y hombros. Estirar músculos del manguito rotador bilateral, estirar latísimo del dorso bilateral, estirar paraespinales cervicales, trapecio y romboides mayor y menor. Postura y manejo de espalda **18/05/2015 RM Hombro izquierdo Simple:** Fenómenos degenerativos en: articulación acromioclavicular Acromion: de morfología: tipo I. Irregularidades corticales en el troquíter y troquín. Ruptura de espesor parcial de las fibras anteriores del supraespinoso adyacentes a la inserción humeral de 4mm de: espesor sobre la superficie articular. Signos de tendinosis del supraespinoso en el borde libre. Tendinosis del subescapular. Tendinosis del infraespinoso. Bursitis subacromial subdeltoides. Bursitis subcoracoidea. Leves signos de infiltración grasa de los planos musculares, del manguito rotador. Ruptura longitudinal del tendón de la cabeza larga del bíceps que se extiende desde la unión bicipital hasta la unión miotendinosa. Tenosinovitis. de la porción larga del bíceps. Hay hiperintensidad de señal al interior del labrum posterosuperior, en relación con desgarro incompleto. Leve derrame glenohumeral. No hay trazos de fractura en la glenoides. No hay lesiones expansivas en el espacio cuadrilátero. **17/03/2015 Concepto especializado Clínica del dolor:** Paciente ya evaluada en este servicio por dos especialistas en dolor, además por medio bioenergético, no hay mejoría de los síntomas, se considera que la paciente no es candidata para manejo en clínica del dolor por no disponerse de tratamientos alternativos para ofrecerle favor no remitir a clínica del dolor, debe continuar manejo por fisiatría **11/02/2015 Concepto neurocirugía:** Paciente de 58 años quien consulta por dolor tanto área cervical y lumbar por lo que se solicitó RNM cervical y lumbosacra que demuestran protrusión discal C3-C4, C4-C5, C5-C6 Y C6-C7 sin contactar con la medula, RNM lumbosacra muestra protrusión discal L5-S1 con reducción mínima de los neuroforámenes. Lap tiene cirugía de manguito rotador, se descarta patología Neuro Qx, se solicita valoración y manejo por clínica del dolor. **16/09/2014 RNM Columna cervical simple:** Rectificación de la lordosis fisiológica de la columna cervical. Correcta alineación de cuerpos vertebrales y elementos posteriores. Los cuerpos vertebrales son de altura normal sin signos de fractura. Signos de espondilopatía degenerativa con formaciones osteofitarias marginales: Pérdida de la intensidad de señal de los discos intervertebrales en relación con discopatía degenerativa. En C3-C4 se identifica protrusión disco osteofitaria difusa que ocasiona disminución de amplitud del espacio subaracnoideo sin contactar con la medula. - En C4- C5 se identifica abombamiento discal sin compromiso foraminal ni estenosis En C5- C6 se identifica protrusión disco osteofitaria de predominio posterior que oblitera el espacio subaracnoideo; contacta con la medula sin ocasionar alteración en la intensidad de señal que sugiera mielopatía compresiva. En C6-C7 se identifica protrusión disco osteofitaria de predominio posterior que oblitera parcialmente el espacio subaracnoideo sin contactar con la medula. Los neuroforámenes son de amplitud normal. No hay signos de uncoartrosis. La medula espinal, la unión bulbo medular y la porción de fosa posterior valorada no presenta alteraciones. Los tejidos blandos prevertebrales y la musculatura para espinal son normales. **28/01/2014 RM Tobillo izquierdo Simple:** Esguince crónico del ligamento colateral lateral en componente talofibular posterior y esguince del ligamento deltoideo en el componente tibio navicular. Esguince en el ligamento en resorte: tenosinovitis de los ligamentos del seno del tarso, espón del calcáneo **28/01/2014 RM Pie izquierdo Simple:** Bursitis metatarsofalángicas **24/10/2013 RM de columna cervical Simple:** Rectificación de la columna cervical. Complejos disco osteofitos predominantemente C5-C6, C6-C7, contactan la médula cervical adyacente sin embargo no hay signos de mielopatía compresiva **19/09/2012 Concepto especializado Fisiatría:** Dolor en M Superior ambos epicóndilos, persiste engarrotamiento de manos, dolor lumbosacro mas izq, pie derecho operada de acromioplastia por artroscopia homi rr). Der (pinzamiento subacromial sutura de manguito rotador) 17 marzo 2012 dr es funcional para sus AVD **17/03/2012 Cirugía Síndrome Manguito Rotatorio Acromioplastia por artroscopia DER?** Portales de artroscopia posterior y lateral visualización de abundante sinovial y bursa se retira con saver se aprecia severo pinzamiento-subacromial se procede a realizar acromioplastia amplia inferior dejando adecuado espacio subacromial se valora lesión del manguito de los rotadores por debajo del mismo se realiza miniopenm y se procede a realizar sutura del manguito de los rotadores mediante punzón y guía de inserción con una sutura anclada de 5.0 de doble hilo mediante agujas viudas dejando manguito estable se cierra por planos **23/02/2012 Concepto especializado Fisiatría:** Dolor cervical y trapecios superiores, epicóndilo lateral izq aplico procaína múltiples puntos, continuar ascorbati y omega 3 grado farmacéutico bicarbonato de sodio, control. **13/12/2011 Concepto especializado Ortopedia y traumatología:** Cirugía artroscópica Sutura del manguito rotador por endoscopia sospecha A.T.E.P , acromioplastia por artroscopia sospecha A.T.E.P **13/10/2011 EMG MS:** STC bilateral, moderado y síndrome del túnel del tarso derecho

01/11/2011 Laboratorio: Proteína C reactiva cuantitativa 3.9, creatinina en sangre 0.65 factor reumatoideo cuantitativo 9.90 estudios normales

ORIGINAL

15/10/2011 Concepto especializado Fisiatría: Control NC+EMG med der motoras distales 4.38 1zq 4,69 sensoriales D4, 19 I 14,53 plantar med Der 4.77 Lat der 5,08 amplitudes y VCM normales EMG neg 13/10/2011

Enfermedad actual

Trae NC+EMG de MS superiores SD de túnel carpiano bilateral moderado y SD de túnel Tarsiano derecho (latencias motora distal y sensoriales de n medianos y plantar Medial y lateral derecho prolongadas) RNM 4 oct 2011 tendinosis no ruptura de Manguito rotador Der en RNM de 28sept2009 ruptura parcial de supraespinoso der 50% y Tendinosis o ruptura parcial ordenaron artroscopia, pero no la hizo. Pues inicio Estudios de hipoacusia. Plan Neuroconducción y EMG de M Inf izquierdo cita control ortopedia M754 - síndrome de abducción dolorosa del hombro, confirmado repetido M751 - síndrome de manguito rotatorio G560 - síndrome del túnel carpiano G575 - síndrome del túnel calcáneo sd de túnel carpiano bilateral, moderado y sd de túnel tarsiano der confirmados

04/10/2011 RNM de hombro derecho : Las estructuras óseas conservan su morfología normal, observándose una gran formación quística ósea adyacente a la tuberosidad mayor.

Se observan cambios hipertróficos de la articulación acromio-clavicular, el acromion es tipo II. -

Existen marcados cambios de engrosamiento y cambios en la señal del tendón del supraespinoso indicando marcados cambios de tendinosis, sin lograrse definir pérdida de continuidad de sus fibras que sugiera rupturas.

Se observa marcado aumento de líquido a nivel de la bursa subacromio-subdeltoidea y hacia la bolsa subcoracoidea.

El resto de los componentes del tendón del manguito de los rotadores conservan su morfología y señal normal.

El tendón largo del bíceps se ubica en el surco bicipital, sin cambios en su señal ni aumento del líquido a nivel de su bursa.

Se observan cambios en la señal a nivel de la inserción labrum — bíceps labral hacia el aspecto anterior y superior del labrum que sugieren lesión laboral tipo Slap

07/09/2011 Concepto especializado Fisiatría: Dolor miembro superior der mas que izq, Dolor MSD em hombro, brazo, epicondilo lateral y muñeca cara volar y en MSI epicondilo lat y entumecimiento de manos con flexión de dedos. Plan manejo : Cx aplicación de procaína MS superiores NC+EMG Msuperiores y M inferiores der lat M771sd hombro doloroso entesopatía M inf SDTcarpobilat Cx NC+EMG m superiores y M inferiores Der recomendaciones estiramientos Dx M791 Mialgia, Confirmado repetido, M771 epicondilitis lateral, M778 otras entesopatías no clasificadas en otra parte , G560 STC

23/07/2011 Rx Columna lumbosacra : Hay ligeros cambios degenerativos facetarios L5-S1, demás aspectos normales

16/04/2011 Concepto Rehabilitación Nueva EPS: STC bilateral operados G560, Síndrome manguito rotatorio bilateral M751 , epicondilitis lat bilateral M771 Metarsalgia pie der postraumática M774. Pronostico regular.

08/04/2011 Concepto especializado Otorrinolaringología: Paciente con antecedente de tinitus, otología inestabilidad e intolerancia a ruido tiene audiometrías que muestran hipoacusia bilateral grado moderado a nivel de 4.000 -8.000hz conservando de 250-300 hz con potenciales evocados auditivos que son normales hasta los 4.000 hz, la paciente presenta hipoacusia a partir de los 4000hz en adelante lo cual es compatible con traumatismo acústico

06/04/2011 Concepto especializado Otorrinolaringología: Transcribe textualmente. Control. Antecedente de vértigo. Realizo 20 terapias vestibulares IDx Vertigo H814 , ICX nimodipino x 30mg, dimenhidrato x 50mg , 25 terapia vestibular , valoración por ORL mayo 2011

02/03/2011 Concepto especializado Otorrinolaringología : Transcribe textualmente .Control. Antecedente de vértigo. Realizo terapia vestibular. Al momento refiere continua con vértigo . Al examen físico normal . IDx Vertigo H830 . ICX nimodipino x 30mg, dimenhidrato x 50mg, terapia vestibular , valoración por ORL mayo 2011

07/09/2010 Junta de Calificación Nueva EPS: Hipoacusia Neurosensorial Bilateral secundaria a ruido industrial enfermedad profesional fecha dx 06/1/2010 Relación directa y obligada entre la labor desempeñada en el cargo de operaria por espacio de 34 años y la etiología del diagnóstico anotado

20/04/2010 EMG MS : Síndrome del túnel del carpo bilateral leve

04/11/2009 Concepto especializado Fisiatría: Realizo 30 sesiones de terapia física para hombro doloroso sin mejoría del dolor RNM de hombros bilateral : Derecho con ruptura del 50% del supraespinoso y tendinitis vs ruptura parcial en el izquierdo, fue remitida por ortopedista para cirugía de hombro en Cali. Se espera valoración por Cirujano de Hombro

28/09/2009 RNM de hombro izquierdo: El tendón del supraespinoso presenta áreas hiperintensas en su porción proximal cerca de la unión miotendinosa, cambios que sugieren tendinosis y/o ruptura parcial los demás aspectos de característica normal

28/09/2009 RNM de hombro derecho : En la cabeza humeral cerca a las tuberosidades se aprecia una lesión de aspecto quístico, de bordes bien definidos. Las demás estructuras óseas tienen una apariencia normal.

Acromion tipo 1.

El espacio articular glenohumeral esta conservado. No se identifica lesiones del labrum glenoideo.

El tendón del supraespinoso se aprecia adelgazado en su tercio medio y distal con hiperintensidad indicando una ruptura parcial que compromete aproximadamente un 50% del espesor de sus fibras en su borde inferior.

Los demás componentes del manguito rotador tienen una apariencia normal.

El tendón del bicipital sin evidencia de lesiones.

Estructuras musculares de aspecto normal, no hay signos de atrofia

12/05/2009 Junta de Calificación Nueva EPS:

Síndrome manguito rotador derecho, tendinitis bicipital izquierda de origen profesional, con fechas de diagnóstico 14/11/08-27/11/08. Relación directa y obligada entre la labor desempeñada en el cargo de operaria por espacio de 33 años y la etiología del diagnóstico anotado.

27/04/2009 Concepto especializado Fisiatría: Tendinitis crónica , cervicodorsalgia plan: terapia física 15 sesiones Presenta mejoría de tendinitis en hombros, S hombro mano derecha, además dolor medial y lateral en epicondilos de codo derecho

02/02/2009 EMG MS: Estudio compatible con Síndrome del túnel del Carpo bilateral leve de predominio derecho, clínicamente

ORIGINAL

presenta peritendinitis en hombros y codos

04/12/2008 Rx Columna Cervical : proyecciones AP y Lateral: conclusión: - imágenes compatibles con fenómenos espondiloartrosicos posteriores que podrían comprometer por lo menos los neuroforámenes c4-c5 y c5-c6.

04/12/2008 Rx de pie derecho ap y lateral: Únicamente se observa discreto espolón calcáneo, el extremo libre no termina de manera aguda que podría no tener mayor relevancia patológica, siendo la clínica la que le da su verdadero valor. Las demás estructuras osteoarticulares visualizadas no ofrecen particularidades.

27/11/2008 Ecografía de hombro derecho: Tendinitis de Biceps

14/11/2008 Ecografía de hombro derecho : Tejido celular subcutáneo sin alteraciones,, Superficies integrales y espacios preservados, Las estructuras óseas no presentan alteraciones, contornos lisos, Tejidos blandos, musculares normales, Se observa adelgazamiento del manguito rotador, Si la clínica lo amerita complementar con Resonancia Magnética Nuclear.

10/03/2008 Fisiatria : luego de infiltración, ha tenido alivio del dolor, ya tiene las plantillas en silicona con botón metatarsiano y las tolera adecuadamente, también usa la ortesis anti hallux valgo nocturna, no tolera la amitriptilina

31/08/2009 Ortopedia : Dolor en hombros para manguito rotador , epicondilitis, dolor en manos por túnel del carpo

25/02/2008 Urgencias: Transcrito textualmente, Accidente de trabajo, el pasado sábado trabajando en Colombina con una envolvente de la maquina le cogió el segundo dedo de la mano izquierda desde entonces dolor y limitación funcional, mano izquierda segundo dedo gran edema y equimosis de la falange distal hematoma subungueal dolor intenso al palpar e intentar movilizar Análisis: Rx aumento de tejidos blando no hay Fx

11/05/2007 EMG MS: estudio anormal evidencia síndrome túnel carpiano derecho leve no el izquierdo

26/08/2005 EMG MS Antecedente de POP de STC izquierdo en 1999, Antecedente de POP de STC derecho en 2004, persiste braquialgia derecha asociada a parestesias en manos

12/07/2005 EMG MS: Atrapamiento del nervio mediano derecho de carácter moderado en el túnel del carpo

13/11/2004 Concepto especializado Ortopedia: POP STC enfermedad ocupacional

20/09/2004 EMG MS: Estudio compatible con Síndrome del túnel del Carpo leve bilateralmente

12/18/2001 EMG MS : Estudio compatible con Síndrome del túnel del Carpo Bilateral leve de predominio derecho.

20/07/2000 EMG MS: Estudio anormal sugiere el Dx Síndrome de túnel carpiano derecho leve

Análisis Puesto de Trabajo : No aporta APT de la entidad Colombina S.A

RESUMEN CLÍNICO

ANTECEDENTES PERSONALES

Cesárea, histerectomía

EXAMEN FÍSICO

Síndrome túnel del carpo

Derecha: duele IZQ: hormigueo

Cicatriz Qx en las dos manos de liberación del STC

AMAS HOMBROS: IZQ ELEVACION ANTERIOR 90°; DER ELEVACION ANTERIOR 110°; ROTACION INTERNA IZQ 90° Y EXTERNA 90°; ROTACION INTERNA DER 90° Y EXTERNA 80°; EXTENSION 60°; ADD 40°; ABD 90°

COLUMNA VERTEBRAL

AMAS y función normal

DIAGNÓSTICOS

G560 ,STC bilateral operados

M751 Síndrome manguito rotatorio bilateral,

M771 Epicondilitis lateral bilateral

M774. Metatarsalgia pie der postraumática

H814Vertigo

CONCLUSIONES

Evaluadas las patologías documentadas en la historia clínica de la paciente se ratifican los diagnósticos presentados y se evalúa su condición de exposición

Se ratifican las CALIFICACIONES DE JUNTA DE VALLE en especial . Síndrome de Túnel del carpo bilateral leve intervenidos quirúrgicamente ambos .

Sus otras patologías diagnosticadas son de origen común

G560 ,STC bilateral operados Laborales

M751 Síndrome manguito rotatorio bilateral origen común ,

M771 Epicondilitis lat bilateral origen común

M774. Metatarsalgia pie derecho, neuroma Morton ella refiere postraumática presunto accidente laboral

H814 Vértigo origen común

Técnicamente solo calificaremos la patología denomina Síndrome de túnel del carpo bilateral, excluyendo las patologías de origen común puesto que la reclamación está basada en patologías laborales, no en la calificación integral del caso.

Para determinar el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral fueron estudiadas con detalle las deficiencias y con fundamento en la historia clínica; valoraciones y conceptos médicos aportados; así como la valoración física por los integrantes de la junta técnica (médico + fisioterapeuta) se concluye que las deficiencias a calificar son las enunciadas en el acápite del diagnóstico, las cuales se ponderan con fundamento en el instrumento de medida que el GOBIERNO NACIONAL ha establecido, aplicando este en forma exegética.

Por lo anterior y con fundamento en la historia clínica— valoraciones, conceptos de los médicos especialistas y examen físico realizado por el médico y la fisioterapeuta de la Junta, las deficiencias son como figura en la tabla de deficiencias del presente dictamen.

Discapacidades de la conducta: sin discapacidad; **Discapacidades de la Comunicación:** ejecución ayudada para escribir,

ORIGINAL

Discapacidades del cuidado personal: dificultad en la ejecución para bañarse, para el aseo personal, para vestirse, para arreglarse y para realizar los preparativos de la comida; **Discapacidades de la locomoción:** dificultad en la ejecución para utilizar el transporte y ejecución ayudada para levantar; **Discapacidades de la disposición del cuerpo:** dificultad en la ejecución para proveer la subsistencia y para las tareas del hogar; **Discapacidades de la destreza:** ejecución ayudada para regular el entorno; **Discapacidades de la situación:** ejecución ayudada para la resistencia; **Minusvalía de orientación:** completamente orientado; **Minusvalía de Independencia física:** Plenamente Independencia; **Minusvalía de desplazamiento:** desplazamiento pleno; **Minusvalía ocupacional:** Habitualmente Ocupado; **Minusvalía de integración social:** Socialmente integrada; **Minusvalía de autosuficiencia económica:** plenamente autosuficiente porque cuenta con los ingresos de la pensión; **Minusvalía en función de la edad:** 66 años. De 55 y más años.

Con fundamento en el párrafo del artículo 2.2.5.1.52 decreto 1072 de 2015, la actuación como perito por parte de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, el dictamen emitido **NO TIENE VALIDEZ ANTE PROCESO DIFERENTE PARA EL CUAL FUE REQUERIDO. FUNDAMENTOS DE DERECHO:** Ley 100 de 1993, Decreto 2463/2001, Decreto Ley 019/2012 Decreto 917/1999 Ley 1562/2012 Decreto 1352 de 2013, Decreto 1072 de 2015

ORIGINAL

GLORIA MARY ROLDAN DIAZ C.C. No: 29142351

DICTAMEN N° 29142351-14202300152

I. Descripción de deficiencias:				DEC. 917/99	
# Orden	Descripción	%	SC	Capítulo, numeral, literal, tabla.	
1	Deficiencia por Síndrome Túnel del Carpo bilateral	5		C: N: T: Clase Cap. 2 tabla 2.7 Clase II	
2				C: N: T: Clase	
3				C: N: T: Clase	
4				C: N: T: Clase	
5				C: N: T: Clase	
Sumatoria			$A+(B*(50-A)/100)$	SUMA COMBINADA	5,00

II. Descripción de discapacidades:												Calificación máxima posible 50%	
Asigne el valor de discapacidad según su gravedad, así:													
0.0 No discapacitado												0.2 Ejecución Ayudada	
0.1 Dificultad en la ejecución												0.3 Ejecución asistida, dependiente o incrementada	
#	Discapacidad	Número de la discapacidad										%	
1	Conducta	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	0,00	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
2	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	0,00	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
3	Cuidado de la persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	0,40	
		0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0		
4	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	0,20	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0		
5	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	0,30	
		0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
6	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	0,00	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
7	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78	0,00		
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Sumatoria total (calificación máxima posible 20 %)											0,90		

III. Descripción de minusvalías:													
Asigne únicamente el máximo valor de cada categoría que corresponda al individuo evaluado:													
#	Minusvalía	Número de la minusvalía										%	
1	Orientación	10	11	12	13	14	15					0,00	
2	Independencia física	20	21	22	23	24	25					0,00	
3	Desplazamiento	30	31	32	33	34	35					0,00	
4	Ocupacional	40	41	42	43	44	45	46					0,00
5	Integración social	50	51	52	53	54	55					0,00	
6	Autosuficiencia económica	60	61	62	63	64	65					0,00	
7	En función de la edad	71	72	73	74	75	76					2,50	
Sumatoria total (calificación máxima posible: 30%)											2,50		

7. PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL		Descripción	
		I. DEFICIENCIA	5,00
		II. DISCAPACIDAD	0,90
		III. MINUSVALÍA	2,50
		TOTAL	8,40

Estado de la PCL:	<5%	<input checked="" type="checkbox"/>	Incapac. Permanente Parcial		Invalidez
Fecha de estructuración:	26 de agosto de 2005		Requiere ayuda de terceros:	NO	

8. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN
 ORIGEN: Común Accidente Laboral Enfermedad Laboral

9. RESPONSABLE(S) DE LA CALIFICACIÓN:

Jaime Yepes Alzate Médico S.O.
 C.C. 10.238.276

Aldemar Hernando Gomez Gomez Médico S.O.
 C.C. 71.601.679

Ligia Ines Torres Chaves - Fisioterapeuta S.O.
 C.C. 40.025.857

ORIGINAL