

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO 003 CIVIL CIRCUITO

TRASLADO 108 FIJACION EN LISTA

TRASLADO No. **016**

Fecha: **08/03/2023**

Página: **1**

No. Proceso	Clase Proceso	Demandante	Demandado	Tipo de Traslado	Fecha Inicial	Fecha Final
2021 00138	Verbal	MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA Y OTROS	RAMIRO ALBERTO RUIZ	Traslado de Reposicion CGP	09/03/2023	13/03/2023

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ART. 108 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, SE FIJA EL PRESENTE TRASLADO EN LUGAR
PUBLICO DE LA SECRETARIA, HOY **08/03/2023** Y A LA HORA DE LAS 8 A.M.

ALFREDO DURÁN BUENDÍA
SECRETARIO

Ref.: RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO APELACION Proceso: verbal de
responsabilidad civil extracontractual Demandante: maria del carmen moreno garcia
Demandados: miguel angel otalora osorio y otros Rad. 41001310300320210013800

HEIDY PATRICIA MONTOYA BAHAMON <hpmontoya2007@hotmail.com>

Lun 6/03/2023 2:09 PM

Para: Juzgado 03 Civil Circuito - Huila - Neiva <ccto03nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señor

JUEZ TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO

Neiva-Huila

E. S. D.

ASUNTO:

REF.: RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO DE APELACION

PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DEMANDANTE: MARIA DEL CARMEN MORENO Y OTROS

DEMANDADO: MIGUEL ANGEL OTALORA Y OTROS

RAD. 41001-31-0300320210013800

HEIDI PATRICIA MONTOYA BAHAMON, mayor de edad y domiciliada en Neiva, identificada con cedula de ciudadanía número 55.161.342, y con Tarjeta Profesional 233.324 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada en el proceso del asunto; con todo respeto; allego archivos para los asuntos pertinentes.

Del señor Juez,

HEIDI PATRICIA MONTOYA BAHAMON

Apoderada actora

Señor
JUEZ TERCERO (03) CIVIL DEL CIRCUITO DE NEIVA / HUILA.
DR. JUAN PABLO RODRIGUEZ SANCHEZ
E. S. D.

RADICADO: 2021-00138
PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL
DEMANDANTES MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA Y OTROS
DEMANDADOS COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TAXISTAS URBANOS DE
NEIVA COOMULTAX, ASEGURADORA SOLIDARIA DE
COLOMBIA, Y OTROS.

ASUNTO RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO
APELACION.

HEIDI PATRICIA MONTOYA BAHAMON, en mi calidad de apoderada judicial de las partes demandantes en el proceso de la referencia, al señor Juez con mi acostumbrado respeto, encontrándome dentro del término legal respectivo, **me permito interponer recurso de reposición en subsidio apelación** contra el auto de fecha 28 de febrero de 2023, notificado mediante anotación en el estado de fecha 01 de marzo de 2023, por medio del cual se negó en las **PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE** el **DICTAMEN PERICIAL**, en los siguientes términos:

1.5 **DICTAMEN PERICIAL** señala la parte actora que adjunta dictamen rendido sobre la pérdida de capacidad laboral de la víctima **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA**, respecto a esta prueba el Juzgado **LA NIEGA** como quiera que no se acompaña con la presentación de la demanda tal como lo indica en el acápite respectivo. Art. 226 del C.G.P.

En primer lugar, es importante resaltar que, en el escrito de presentación de demanda, se enuncio en el acápite de PRUEBAS, DOCUMENTALES, en los numerales:

28. Copia de la solicitud de Calificación de Invalidez a la Junta Regional, de fecha 08 de noviembre de 2019.
29. Copia del recibo de consignación a la junta Regional de Calificación de Invalidez, por el valor de \$828.116.
30. Copia dictamen de la perdida de la capacidad laboral por parte de la Junta Regional de calificación de Invalidez.

En atención a lo anterior, desconociendo si por un error humano, o del sistema; en el cargue de los archivos adjuntos con la presentación de la demanda, no se encuentran los archivos relacionados, y teniendo en cuenta que no se nos informó o requirió en el transcurso del proceso, para que la allegáramos la prueba relacionada, es claro que la prueba del DICTAMEN PERICIAL, esta vestida de vital importancia en el proceso, al ser conducente, pertinente y útil, para demostrar las afectaciones y daños que se le ocasionaron a mi representada con el accidente de tránsito, ocurrido el día 26 de septiembre de 2018, dicho de otro modo la prueba pericial permitirá sustentar con firmeza las decisiones del caso objeto de litis.

De igual forma es importante señalar que el Dictamen de la pérdida de capacidad laboral, de la Señora MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA, enunciado en el acápite de pruebas documentales, con la presentación del escrito de demanda, fue llevado a cabo por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, desde el día 04 de febrero de 2020.

Así las cosas, me permito anexar:

- Copia de la solicitud de Calificación de Invalidez a la Junta Regional, de fecha 08 de noviembre de 2019.
- Copia del recibo de consignación a la junta Regional de Calificación de Invalidez, por el valor de \$828.116.
- Copia dictamen de la perdida de la capacidad laboral por parte de la Junta Regional de calificación de Invalidez.

Total, de folios: 08

Argumentos de Derecho: Artículo 164, 165, subsiguientes Y 226 del C.G.P.

Por todo lo anterior es claro que el auto objeto del presente recurso debe reponerse.

En consecuencia, con mi acostumbrado respeto solicito al Despacho:

1. Se sirva reponer el auto objeto del presente recurso, consecuencia Decretar la Prueba Documental, enunciada en los numerales 28,29 y 30 del acápite de pruebas de la demanda presentada.
2. En caso de no ser acogida la presente solicitud solicito al despacho se sirva conceder el recurso de alzada ante la Sala Civil del Tribunal de Neiva / Huila.

Del señor Juez,



HEIDI PATRICIA MONTOYA BAHAMON

C.C.55.161.342 de Neiva

T.P. No. 233.324 del C.S. de la Judicatura



Neiva / Huila, noviembre 08 de 2019.

Folios: 113

Señores

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ HUILA -
JURECAHUILA**

Carrera 5 N° 10 - 49. OFC: 302 - 306.
CIUDAD.



ASUNTO: SOLICITUD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.

DIEGO ARMANDO PARRA ANGEL, mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Neiva / Huila, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado titulado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No 230.382, del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de la Señora **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA**, identificada con la cedula de ciudadanía N° 36.347.978 de Campoalegre / Huila y con domicilio en la ciudad de Neiva /Huila, por medio del presente escrito y con mi acostumbrado respeto me permito presentar a la honorable Junta, solicitud formal de calificación de invalidez a mi representada la Señora **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA**, con el fin de presentar el dictamen de calificación en el respectivo Proceso Ordinario de Responsabilidad Civil Extracontractual, por los daños y perjuicios que ha sufrido mi mandante derivados de las lesiones ocasionadas en el accidente de tránsito ocurrido el día 26 de septiembre de 2018 a la 09:47 am, en la Avenida 26 con carrera 5 de la ciudad de Neiva, cuando la señora **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA** conducía por su vía, la motocicleta de placas STH89C, la cual de manera repentina y sorpresiva fue embestida por el vehículo Taxi de placas THP 128, el cual era conducido por el señor **MIGUEL ANGEL OTALORA OSORIO**, quien no respeto la señal de pare, e impacto en forma directa la motocicleta conducida por mi poderdante, ocasionándole múltiples lesiones con el impacto.

ANEXOS

- Comprobante de pago original No 0151730140-6 Banco Av Villas por valor de \$828.116.
- Copia de la cedula de ciudadanía de la Señora **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA**.
- Poder debidamente otorgado al suscrito.
- Copia de la Tarjeta Profesional y cedula de ciudadanía del suscrito.
- Historia Clínica de la Sra **MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA**.
- Informe Pericial de clínica forense.
- Registro fotográfico de las lesiones y procedimientos realizados.

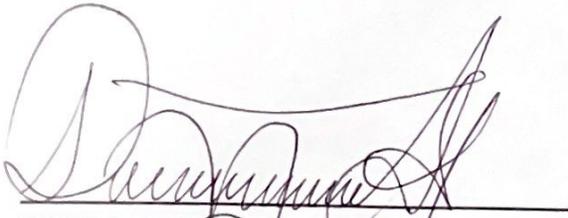
NOTIFICACIONES

- El suscrito las recibirá en la calle 4 Sur No 3ª - 90, oficina 102, zona industrial de la ciudad de Neiva / Huila, correo electrónico diegoarmandoparraangel@gmail.com, móvil: 314 2819801.
- La señora María del Carmen Moreno García, en la carrera 4 No 77 B - 21, de la ciudad de Neiva / Huila, correo electrónico maria12moreno@gmail.com, móvil: 319 2608540.

MANIFESTACION

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que hasta la fecha de la presente no se ha presentado solicitud de calificación de invalidez con base en los mismos hechos.

Atentamente.



DIEGO ARMANDO PARRA ANGEL

C.C. No 80.030.547 de Bogotá.

T.P. N°230.382 del C.S. de la J.



0151730140-6

COMPROBANTE UNIVERSAL DE RECAUDO

ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO, NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA O NOMBRE DEL ENCARGO FIDUCIARIO

NUMERO DE CUENTA DE LA ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO O DEL ENCARGO FIDUCIARIO

Junta Regional de la Calificación

411 1118144

REFERENCIA: ES EL NUMERO DEL CREDITO, CODIGO DEL ESTUDIANTE, CEDULA DEL COMPRADOR PARA FIDEICOMISOS CONSTRUCTOR O NUMERO DE FACTURA QUE IDENTIFICA AL PAGADOR ANTE LA ENTIDAD A LA QUE REALIZA EL PAGO.

AVV 411 20191031 14:42 SC1913 LINEA D
EF 828,116.00 CH 0.00
NOMBRE: JUNTA REGIONAL CALIFICACION IN
CTA:411118144 PIN: 000000000000000000
REF:36347978
****3403
PIN TXN: 40191650103265
DESTINO:OFICINA 0411
REF1 36347978

REFERENCIA DEL CONVENIO	
REF. 1	REF. 2
<i>36347978</i>	

FAVOR ANOTAR EL NUMERO DE LA CUENTA AL RESPALDO DE CADA CHEQUE

PAGOS EN CHEQUE				
COO. BANCO	CIUDAD DEL CHEQUE	NUMERO DEL CHEQUE	NUMERO DE CUENTA DEL CHEQUE	VALOR

NOMBRE Y TELEFONO DEL DEPOSITANTE
Maria del Carmen Moreno Garcia
celular 3192608540

TOTAL CHEQUES	\$	
TOTAL EFECTIVO	\$	<i>828,116</i>
TOTAL	\$	<i>828,116</i>

NO SE ACEPTAN CONSIGNACIONES CON CHEQUES DE DIFERENTES PLAZAS EN UN MISMO COMPROBANTE

ESPACIO PARA TIMBRE

NOTA: Este recibo sólo será válido cuando figure la impresión de nuestra máquina de control indicando la fecha, el número de la operación y el importe de pago, o en su defecto, la firma y sello que fige la Entidad.

Neiva, 6 de Febrero del 2020

Señora
MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA
Correo: diegoarmandoparraangel@gmail.com
Calle 4 sur NO 3 A - 90 oficina 102
Cei. 3314281960i
Neiva – Huila

REF: Notificación Personal de una decisión de la Junta Regional de calificación de Invalidez del Huila.

De conformidad con lo establecido por artículo 2 del Decreto 1352 del 2013, unificado en el Decreto 1072 del 2015, me permito notificarle la decisión tomada respecto a su caso, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, con ponencia del Doctor HENRY ALBERTO CORTES, en sesión del Tribunal Médico del 4 de Febrero de 2020; según dictamen No 11479 de la misma fecha.

“..Conforme al Decreto 1352 del 26 de Junio de 2013, Artículo 1 Numeral 3, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y **contra dichos conceptos no procederán recursos**, en los siguientes casos: a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral; b) Entidades bancarias o compañía de seguros; c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997”.

Para constancia se firma la presente notificación a los 28 FEB 2020
_____ Días del mes de 28 FEB 2020 de Dos Mil Veinte (2020)
Se hace entrega al notificado del original del Dictamen No 11479 y la Ponencia

EL NOTIFICADO

MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA
CC. No 36.347.978
Notificado

EL NOTIFICADOR



GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
Director Administrativo y Financiero

Proyectó y Elaboró: Yenny Aragonés M.
Revisó: Dr. Gustavo Rojas Yañez



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: D 4 M 2 AAA 2020 Número de dictamen: 11479
 Motivo de solicitud: Primera Oportunidad: Primera Instancia: X Segunda Instancia:
 Solicitante: EPS AFP ARL Empleado Rama Judicial Otro: PARTICULAR - PRUEBA ANTICIPADA
 Afiliado: Pensionado
 Nombre solicitante MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA NIT/Documento de Identidad: Teléfono(s): Ciudad:
 Dirección Solicitante: CALLE 25 A No 30 B - 27 Teléfono: 3112112216 Correo: anacampo03@hotmail.com Ciudad: Neiva

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA Nit: 813008428
 Dirección: CALLE 17 No 6 - 60 LOCAL 103 Teléfono: 8726865 email: jurecahuila@hotmail.com Ciudad: NEIVA

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: XXXX Beneficiario:
 Apellido(s): MARENO GARCIA Nombre(s): MARIA DEL CARMEN
 Documento de identificac NIU RC TI CC X CE No: 36.347.978
 Fecha de nacimiento: DD 28 MM 12 AAAA 1984 Edad: _____ Meses
 35 Años

ETAPAS DEL CICLO VITAL:

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Económicamente activa: Adultos mayores:
ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:
 Básica: Media: Universitaria: XXXX Post Grados:
 Tecnológica: Otros: Cual:
 Dirección: Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:
ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: Unión Libre: XXXX
 Separado: Viudo: Otros:

En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:

En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:

AFILIACION AL SISS:

Régimen en Salud: Contributivo: Subsidiado: No afiliado:
 Administradoras: EPS: MEDIMAS AFP: NO REPORTA ARL: NO REPORTA Otros:
 Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: **ESTILISTA** Dependiente: _____
 Nombre del Trabajo/empleo: _____ Ocupación: _____ Código CIUO: _____
 Nombre Actividad Económica: _____ Clase: _____
 Nombre de la Empresa: **INDEPENDIENTE** **NIT/CC**
 No Aplica: _____

5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO- (Descripción)

Historial Clínico:	X
Estudios clínicos:	X
Pruebas objetivas:	
Examen físico:	X
Otras interconsultas:	X

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II

**TITULO I
 CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS**

No	CÓDIGOS CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD
1	S823		P.O.P. FRACTURA DE TIBIA Y PERONE
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Clase funcional/Valor porcentual

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	No Tabla	Clase	CFP ó FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Resultado		CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F. Batazar, sin ponderar)
									Clase final y literal	% Deficiencia			
1	DEFICIENCIA MOVIMIENTO DE TOBILLO	14,11		16						16			16
2													
3													
4													
5													
6													
7													

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modulador CFU: Clase Factor único

Formula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+(CFM2-CFP)+(CFM3-CFP)

Formula de Batazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores: $A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$ A: Deficiencia de mayor valor B: Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA: % Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5 = 8,0 %

MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

TITULO II
VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan)

ROL LABORAL											
1	Restricciones del rol laboral										10,00
2	Restricciones autosuficiencia económica										1,50
3	Restricciones en función de la edad cronológica										1,00
Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%)											12,50

CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD)											
Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia											
CLASE	VALOR										
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia									
B	0.1	Dificultad leve no dependencia									
C	0.2	Dificultad moderada-dependencia moderada									
		D 0,3	Dificultad severa- dependencia severa								
		E 0,4	Dificultad completa- dependencia completa								

COD	AREA OCUPACIONAL	d110	d115	(d140-145)	d150	d163	d166	d170	d172	d175	d1751	
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento										
		1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
d3	Tabla 7	Comunicación										
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9	2,10	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
d4	Tabla 8	Movilidad										
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d478	
		3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9	3,10	
		0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,40
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9	4,10	
d5	Tabla 9	Auto cuidado-cuidado personal										
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,20
d6	Tabla 10	Vida domestica										
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
		0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,50
Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20 %)												2,1

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa **14,6**

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Perdida de Capacidad Laboral: TITULO I -Valor Final Ponderada + TITULO II -Valor Final

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL % = 8% +14,6% **22,6 %**

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE:		
FECHA DE ESTRUCTURACION:				DD	MM	AAAA
26 DE SEPTIEMBRE DE 2018			Accidente:	SI	NO	
Sustentación:			Laboral			
			Común	X - Transito		
			Enfermedad:	SI	NO	
			Laboral			
			Común			

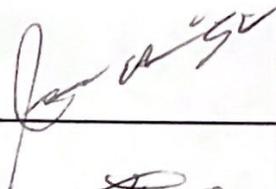
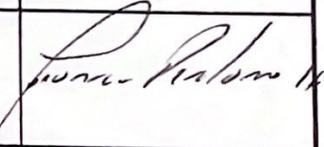
ALTO COSTO /CATASTRÓFICA

CLASIFICACION CONDICION DE SALUD-TIPO DE ENFERMEAD (marcar con una X)				
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	X
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARALA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	X
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	X

TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:			PROGRESIVA:				
---------------------------------	---------------	--	--	-------------	--	--	--	--

MARIA DEL CARMEN MORENO

 <p>JURECAHUILA</p>	<p>FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL DECRETO 1507 agosto 12 de 2014</p>		<p>MINTRABAJO</p>
--	--	---	-------------------

8. GRUPO CALIFICADOR						
GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO						
	Nombre			Cedula	Registr o Medico	Firma
Medico	JESUS A. HERNANDEZ REYNA			12.106.000		
Medico	HENRY A. CORTES FORERO			3.012.309		
Terapeuta Físico	MONICA M. PERDOMO			26.607.359		

MARIA DEL CARMEN MORENO GARCIA

CASO 7. PONENCIA
1 INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente	PARTICULAR
Fecha de Ponencia	4 DE FEBRERO DEL 2020
Medico Ponente	DR HENRY ALBERTO CORTES
Motivo de la Remisión	CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

2 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

NOMBRE	MARIA DEL CARMEN MORENO G
CEDULA	36.347.978
EDAD	35
EMPRESA	INDEPENDIENTE
CARGO	ESTILISTA

ANTECEDENTES Y HALLAZGOS CLÍNICOS

Accidente de trabajo 26 de Septiembre del 2018 moto.

Historia clínica : sufrió accidente de tránsito en moto como conductora al colisionar contra tórax produciéndole politraumatismo, llevada a clínica de fractura encontrado abrasión antebrazo derecho, laceración con exposición de tendón dolor en tobillo derecho edema se solicita R X pie derecho pierna derecho , se solicita R X que reporta fractura epifisiaria distal tibia derecho y peroné derecho se programa para osteosíntesis 26 de Septiembre del 2018, desbridamiento mas corretaje osteosíntesis reducción cerrada de peroné.

25 de Agosto del 2019, R X control fractura consolidación parcial de tibia no infección dolor marcha con muletas arcos de pie buenos.

1 examen medicina legal 18 de Octubre del 2018, relato del evento y tratamiento incapacidad provisional 90 dias.

2 examen medico legal 29 de Enero del 2019, retiro material de osteosíntesis 23 de Enero del 2019, dolor en pie edema limitación de moderada a severa pie derecho usa muletas incapacidad definitiva 90 dias.

3 examen medico legal 2 de Abril del 2019, se aumenta la incapacidad a 130 dias.

Arcos de movimientos de pie derecho limitados, camina con cojera , usa bastón edema bimoreolar.

Valoración de fisioterapeuta 15 de Enero del 2020: paciente quien sufre accidente de tránsito presentando fractura de epifisis distal de tibia y peroné derecho, a la valoración se encuentra restricción de movilidad del severa.

Marcha antalgica usa bastón con dificultad para subir y bajar escalera, correr no adapta cunclillas no rodillas , se desempeña como estilista para lo cual presenta restricciones leves se califica rol laboral adaptada.

SE PROCEDE A CALIFICAR CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

- POP FRACTURA TIBIA Y PERONE

Con base en la Historia Clínica y documentos aportados se fundamentó la ponencia materia de discusión y análisis por los demás miembros asistentes quienes coinciden en todos sus términos, atendiendo lo dispuesto en el Decreto 1507/14 - 1352 de 2013 y Ley 776 de 2002 se procede a calificar teniendo en cuenta los siguientes factores así:

DEFICIENCIA: 8%
 ROL LABORAL: 1.0%
 OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES: 2.1%
 TOTAL: 22.6%
 ORIGEN: ACCIDENTE COMUN
 FECHA DE ESTRUCTURACION: 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2018

DR. HENRY ALBERTO CORTES
 Medico Principal