

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO 002 LABORAL
TRASLADO 108 FIJACION EN LISTA

TRASLADO No. **016**

Fecha: **04/05/2023**

Página: **1**

| No. Proceso | Clase Proceso | Demandante | Demandado | Tipo de Traslado | Fecha Inicial | Fecha Final |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------|---------------------------------------|--|---------------|-------------|
| 4100131 05 002 2020 00275 | Ordinario | MARÍA OFELIA LEIVA PETTO | ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | Traslado aclaración del dictamen pericial Art. 238 | 5/05/2023 | 18/05/2023 |
| 4100131 05 002 2023 00088 | Ordinario | GILMA ANDRADE PERDOMO | DENNIS MURCIA CASTILLO | Traslado Recurso de Reposicion Art 319 CGP | 28/04/2023 | 2/05/2023 |

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 **04/05/2023** Y A LA HORA DE LAS 8 A.M.

SANDRA MILENA ANGEL CAMPOS

SECRETARIO



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público

Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Neiva

CONSTANCIA SECRETARIAL - NEIVA- 3 DE MAYO DE 2023. En la fecha, se deja constancia que el **auto que requirió a la Junta Regional de Calificación de Invalidez Huila**, se notificó por estado publicado el 21 de abril de 2023, por tanto, **el 25 de abril de 2023, venció el término (2) días, para interponer recurso de reposición** (artículo 63 CPTSS), a su vez, el **28 de abril hogaño, venció el término (5) días para apelar** (artículo 65 CPTSS). Inhábiles los días del 22 y 23 de abril de 2023, por sábado y domingo.

Se advierte que la entidad requerida, allego dictamen Médico (archivo074-075), del cual se corre traslado, permanecerá en secretaria por el término de (10) días, (artículo 231 CGP)-

SANDRA MILENA ANGEL CAMPOS
Secretaria

20200027500

CUMPLIMIENTO DE AUTO 25/10/2022 Demandante: MARÍA OFELIA LEIVA PETTO
Demandado: SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A Radicado: 41001-31-05-002-
2020-00275-00

Abogado Jurecahuila <juridica@jurecahuila.onmicrosoft.com>

Mar 25/04/2023 14:00

Para: Juzgado 02 Laboral Circuito - Huila - Neiva <lcto02nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (4 MB)

CUMPLIMIENTO DE AUTO 25-10-2022 MARÍA OFELIA LEIVA PETTO.pdf; Dictamen 9105 del 21 de agosto de 2018 MARIA OFELIA LEIVA.pdf; Dictamen No 8609 del 4 de abril del año 2018 Ma Ofelia Leiva 0001.pdf;

Señores

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE NEIVA

Neiva - Huila

Referencia: Proceso Ordinario Laboral

Demandante: MARÍA OFELIA LEIVA PETTO

Demandado: SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Radicado: 41001-31-05-002-2020-00275-00

En archivo adjunto se allega el cumplimiento de lo ordenado por el Auto del asunto junto con los siguientes:

ANEXOS:

- Copia del oficio JUR-OFC-2023-133 del 22 de febrero de 2023.
- Comprobante de envío

Atentamente,

MARIA DEL CARMEN BEDOYA HERMIDA

Oficina Jurídica Contratista



JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ HUILA

Nit. 813.008.428-4



MINTRABAJO

Neiva, 25 de abril de 2023

JUR-OFC-2023-234

Señores

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE NEIVA

Correo: lcto02nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Neiva - Huila

Referencia: Proceso Ordinario Laboral

Demandante: MARÍA OFELIA LEIVA PETTO

Demandado: SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Radicado: 41001-31-05-002-2020-00275-00

REF.: CUMPLIMIENTO DE AUTO 25/10/2022

En cumplimiento de lo ordenado por el Auto de la referencia, nos permitimos aportar los dictámenes de pérdida de capacidad laboral 9105 del 21 de agosto de 2018 y 8609 del 4 de abril del año 2018; no obstante, solo nos es posible allegar copia de la solicitud para la práctica de la calificación de la señora MARÍA OFELIA LEIVA PETTO y los sujetos que fueron notificados del dictamen No. 9105 del 21 de agosto de 2018, como quiera que, a la fecha solo se ha podido acceder este expediente, en cuanto a la constancia de ejecutoria del mismo, cabe aclarar que por tratarse de una prueba anticipada no proceden recursos, ni la expedición de constancia de ejecutoria como se colige del tenor del D. 1072 DE 2015:

“ARTÍCULO 2.2.5.1.43. FIRMEZA DE LOS DICTÁMENES. Los dictámenes adquieren firmeza cuando:

1. *Contra el dictamen no se haya interpuesto el recurso de reposición y/o apelación dentro del término de diez (10) días siguientes a su notificación;*
2. *Se hayan resuelto los recursos interpuestos y se hayan notificado o comunicado en los términos establecidos en el presente capítulo;*
3. *Una vez resuelta la solicitud de aclaración o complementación del dictamen proferido por la Junta Nacional y se haya comunicado a todos los interesados.”*

Calle 17 N.º 6-60 Local 103

Teléfonos: 871 63 14 – 3214860173. Correo: juridica@jurecahuila.onmicrosoft.com



JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ HUILA

Nit. 813.008.428-4



MINTRABAJO

En constancia de lo expuesto se allegan los siguientes:

ANEXOS:

- Copia del oficio JUR-OFC-2023-133 del 22 de febrero de 2023.
- Comprobante de envío

Atentamente,



M^{ra} del Carmen Bedoya H.

MARIA DEL CARMEN BEDOYA HERMIDA
Oficina Jurídica Contratista

JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ HUILA

La Plata Huila, 28 de julio de 2017

Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NEIVA

Sr REYNEL GARRIDO LARA

Cra 5 10 - 49 OFC 306 Centro Cial Plaza Real

Neiva Huila

Asunto: solicitud de calificación

Cordial Saludo;

Yo **MARIA OFELIA LEIVA PETTO**, identificada con cedula de ciudadanía No 36.381.293 de La Plata Huila, por medio de la presente me dirijo a Usted con el fin de solicitar Calificación ante la Junta médica de Neiva.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,

Maria Ofelia Leiva Petto

MARIA OFELIA LEIVA PETTO

C.C No 36.381.293 de La Plata H.

~~Cra~~ 13^a 7^a - 70 Barrio Pedro María Ramírez

Cel 311 480 62 45

Correo electrónico: mariaofe-2014@hotmail.com

Dirección *Calle 11B N° 4E-68 Ato 202*
Country House
La Plata - H

Anexos: Historias clínicas



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA

Fecha: 28 JUL 2017

Hora: 3:10

Radicado No: 202

Recibido por: [Signature]

112

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
Carrera 5 No 10 - 49 centro Comercial Plaza Real Oficina 306
Teléfono 8 71 63 14

Neiva, 22 de Agosto de 2018

Señores
MAPFRE SEGUROS
Analistas de Indemnizaciones Vida
AV. Carrera 70 No 99 - 72
Teléfono 6439600
Bogotá D. C:

REF: Notificación Personal de una decisión de la Junta Regional de calificación de Invalidez del Huila, en sesión del 21 de Agosto de 2018

De conformidad con lo establecido por artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, sírvase comparecer en este despacho ubicado en la carrera 5 No 10 - 49 oficina 306 de esta ciudad, en días y horas hábiles, con el fin de notificarle personalmente los Dictámenes emitidos por esta entidad. De no comparecer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, se procederá a notificar por Aviso.

Favor presentar el documento de identidad al momento de la notificación.

Atentamente

**JUNTA REGIONAL DE
CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL HUILA**


GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
Director Administrativo y Financiero

113



COLVANES S.A.S. NIT. 800.185.306-4
Principal: Calle 13 No. 84-60 Bogotá D.C.
Atención al usuario: PBX (1) 423 9666
www.enviacolvanes.com.co

ME RF CF MI MVA/MVT

Lic. Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic. Minitio 001191 de julio 13/2010
CIUJ 4923 Transporte de Mercancia
CIUJ 5320 Mensajería Expresa

GUÍA CRÉDITO



124001387233

124001387233

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|------------------------|--|--|-------------------------|---|
| FECHA ADMISIÓN: D M A | | HORA: | ORIGEN CIUDAD - DPTO.: | DESTINO CIUDAD - DPTO. / PAÍS: | CITA PARA ENTREGAR: | | Cobra cargue / Descargue <input type="checkbox"/> |
| | | | NEIVA-HUILA | BOGOTÁ DC | D M A H | | |
| REMITENTE | NOMBRE: | | CENTRO DE COSTO: | UNIDADES: | CAUSAL DE DEVOLUCIÓN: | | |
| | UNTA REGIONAL CALIFICACION DE INVALIDEZ DE | | | 1 | Desconocido No. 31 | | |
| REMITENTE | DIRECCIÓN: | | | PESO (Kgs/grs): | Rehusado No. 44 | | |
| | CARRERA 5 N° 10-49 OFC 306 | | | 1 | No reside No. 35 | | |
| REMITENTE | Tel./Cel.: | CEDULA / T.I. / NIT.: | Código Postal Origen: | CÓDIGO CUENTA: | PESO VOL. (Kgs): | No reclamado No. 40 | |
| | 8718314 | 813008428-4 | | 12-001-0001147 | 1 | Dirección Errada No. 34 | |
| DESTINATARIO | NOMBRE: | | CEDULA / T.I. / NIT.: | PESO A COBRAR (Kgs): | Otros (Novedad Operativa / Cerrado) | | |
| | maire seguros analista de indemniza | | | 1 | 1 | | |
| DESTINATARIO | DIRECCIÓN: | | VALOR RECLAMAR: | FLETE: | Fecha de Devolución al Remitente: | | |
| | AV CAVERA 30 # 99-72 | | 10000 | | D M A H | | |
| NOTAS DESTINATARIO | Tel./Cel.: | | Código Postal Destino: | NO RECIBE LOS SÁBADOS <input type="checkbox"/> | Guía complementaria de Devolución: | | |
| | | | | | D M A H | | |
| SIN TEXTO GUIA | | | | C. MANEJO: | Observaciones en la entrega: | | |
| Nombre, C.C. Remitente | | | | OTROS: | Recibí a satisfacción Nombre, C.C. y Sello Destinatario | | |
| El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido sin verificar es: | | | | TOTAL FLETES: | D M A H | | |
| Ymelt celdón | | | | CARTAPORTE: | | | |
| usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página de Web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes S.A.S. y en las carteleras ubicadas en los Puntos de Venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la presentación de P.Q.R. remitirse a nuestra página web o al PBX (1) 4239666 | | | | SI NO | | | |

--- REMITENTE ---

124001387233

ENVIA COLVANES S.A.S. informa al Remitente que en cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, normas complementarias, Aviso de Privacidad y Políticas de Tratamiento de Información, el presente documento es un medio de comunicación que tiene como finalidad informar al Remitente sobre el servicio contratado y la prestación del mismo, así como la información de contacto para la atención al cliente y la gestión de reclamos. Para la presentación de peticiones, quejas y reclamos remitirse al punto web www.enviacolvanes.com.co o al correo electrónico atencioncliente@enviacolvanes.com.co.

m

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
Carrera 5 No 10 - 49 centro Comercial Plaza Real Oficina 306
Teléfono 8 71 63 14

Neiva, 22 de Agosto de 2018

Señora

MARIA OFELIA LEIVA PETTO
Calle 11 B No 4 E - 68 Apto. 202
Cel. 3114806245
La Plata - Huila

REF: Notificación Personal de una decisión de la Junta Regional de calificación de Invalidez del Huila, en sesión del 21 de Agosto de 2018

De conformidad con lo establecido por artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, sírvase comparecer en este despacho ubicado en la carrera 5 No 10 - 49 oficina 306 de esta ciudad, en días y horas hábiles, con el fin de notificarle personalmente el Dictamen emitido por esta entidad. De no comparecer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, se procederá a notificar por Aviso.

Favor presentar el documento de identidad al momento de la notificación.

Atentamente

**JUNTA REGIONAL DE
CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL HUILA**

GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
Director Administrativo y Financiero

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



COLVANES S.A.S. NIT. 800.185.306-4
 Principal: Calle 13 No. 84-60 Bogotá D.C.
 Atención al usuario: PBX (1) 423 9666
 www.enviacolvanes.com.co

ME RF CF MI MVA MVT

Lic. Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000
 Lic. Mintic 001191 de julio 13/2010
 CIU 4923 Transporte de Mercancía
 CIU 5320 Mensajería Expresa

9105

GUÍA CRÉDITO



124001387241

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--------------------------|--|--|---|
| FOPROPI | FECHA ADMISIÓN: | HORA: | ORIGEN CIUDAD - DPTO.: | DESTINO CIUDAD - DPTO. / PAIS: | CITA PARA ENTREGAR: | Cobra cargue / Descargue <input type="checkbox"/> |
| | 22/08/18 | | NEIVA-HUILA | 17 plaza Huila | D M A H | |
| REMITENTE | NOMBRE: | CENTRO DE COSTO: | UNIDADES: | CAUSAL DE DEVOLUCIÓN: | Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo en destino. | |
| | JUNTA REGIONAL CALIFICACION DE INVALIDEZ DE | | 1 | Desconocido No. 31 | 1 | 2 |
| DESTINATARIO | DIRECCIÓN: | PESO (Kgs/grs): | MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN ME | Rehusado No. 44 | 1 | 2 |
| | CARRERA 5 N° 10-49 OFC 305 | 1 | No reside No. 35 | 1 | 2 | INTENTO DE ENTREGA: |
| Tel./Cel: | CEDEULA / T.I. / NIT: | Código Postal Origen: | CÓDIGO CUENTA: | PESO VOL. (Kgs): | 1 | 2 |
| 8716314 | 813008428-4 | | 12-001-0001147 | 1 | 2 | 1 |
| NOMBRE: | CEDEULA / T.I. / NIT: | PESO A COBRAR (Kgs): | VALDR DECLARADO: | Dirección Errada No. 34 | 1 | 2 |
| maria opelia leiva petto | | 1 | 10.000 | Otros (Novedad Operativa / Cerrado) | 1 | 2 |
| DIRECCIÓN: | FELETE: | NO RECIBE LOS SÁBADOS <input type="checkbox"/> | C. MANEJO: | Fecha de Devolución al Remitente: | HORA | |
| calle 110 # 4 E 68 apta 202 | | | | D M A H | : | |
| Tel./Cel: | Código Postal Destino: | OTROS: | TOTAL FLETES: | Guía complementaria de Devolución: | | |
| | | | | Recibi a satisfacción Nombre, C.C. y Sello Destinatario | | |
| NOTAS | | El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido sin verificar es: | | D M A H: | | |
| SIN TEXTO GUIA | | Nombre, C.C. Remitente | | CARTAPORTE | | |
| | | ywetty corderon | | SI NO | | |

ENVIAR COLVANES S.A.S. informa y garantiza que en cumplimiento de la Ley 1591 de 2017, como responsable, Area de Privacidad y Política de Tratamiento de Datos Personales, su información personal la ha delimitado, sujeta a los reclamos del servicio o trámite que usted requiere, y por su voluntad y por la autoridad correspondiente. Para la presentación de reclamos, quejas y reclamos envíelos al portal web www.enviacolvanes.com.co o a la línea telefónica: 4239666.

--- REMITENTE ---

124001387241

923

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
Carrera 5 No 10 - 49 centro Comercial Plaza Real Oficina 306
Teléfono 8 71 63 14

Señora
MARIA OFELIA LEIVA PETTO
Calle 11 B No 4 E - 68 Apto. 202
Cel. 3114806245
La Plata - 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, me permito notificarle la decisión tomada respecto a su caso, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, con ponencia del Doctor JESUS ANTONIO HERNANDEZ, en sesión del Tribunal Médico del 21 de Agosto de 2018; según dictamen No 9105 de la misma fecha.

El expediente queda en secretaria a disposición de las partes, por el término de diez (10) días hábiles contados desde el día siguiente a la fecha de notificación, dentro del cual proceden los recursos de reposición y apelación ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Para constancia se firma la presente notificación a los 27 AGO 2018
_____ Días del mes de 27 AGO 2018 de Dos Mil Dieciocho (2018)

Se hace entrega al notificado del original del Dictamen No 9105

EL NOTIFICADO

Karol Stephany Sierra
MARIA OFELIA LEIVA PETTO 1081420309
CC.. No 36.381.293
Notificado

EL NOTIFICADOR

JUNTA REGIONAL
CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL HUILA


GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
Director Administrativo y Financiero

27-08-18

SEÑORES,

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA

Carrera 5 No 10-49 centro comercial Plaza Real oficina 306

Neiva -Huila

Yo, María Ofelia Leiva Petto, con cedula de ciudadanía No, 36.381.293 de La Plata Huila, en pleno uso de mis facultades intelectuales, por este medio doy mi **autorización** a KarolSteffhany Sierra Sotto, identificada con cedula de ciudadanía No 1.081.420.309 de La Plata Huila, para que reclame el dictamen emitido por esta entidad a la respuesta de la calificación de invalidez de la junta regional.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,



MARIA OFELIA LEIVA PETTO

C.c. 36.381.293

TEL: 3114806245

124

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
 Carrera 5 No 10 - 49 centro Comercial Plaza Real Oficina 306
 Teléfono 8 71 63 14

AVISO

En cumplimiento al Artículo 41, del Decreto 1352/2015 y el Decreto 1072/2015 Decreto Unico del sector Trabajo y para los efectos legales pertinentes, SE FIJA el siguiente aviso hoy a los (31) días del mes de Agosto de 2018, Siendo a las 8:00 Am, por el término de (10) días hábiles la decisión (Dictámenes) de la Junta a las siguientes personas:

| No. PTES | RADICADO | NOMBRE | CEDULA | ENTIDAD REMITENTE | MOTIVO REMISION | No. DICT, | FECHA DICT. | % PCL | ORIGEN | FECHA ESTRUCT. |
|----------|----------|-------------------------------|----------------|----------------------|-----------------|-----------|-------------|-------|-----------|----------------|
| 1 | | HERMINIA ORTIZ RUBIO | 55,165,742 | POSITIVA | ORIGEN | 9111 | 21/08/2018 | | E.LABORAL | |
| 2 | | JENNIFER MAGALY BUSTOS | 1,033,722,297 | SEGUROS DE VIDA ALFA | PCL | 9109 | 21/08/2018 | 53,30 | E.COMUN | 15/01/2018 |
| 3 | | DIEGO FELIPE ROJAS AGRDO | 1,077,,861,274 | EQUIDAD | PCL | 9110 | 21/08/2018 | 13,6 | A.LABORAL | 29/02/2016 |
| 4 | | JUAN CARLOS ESCOBAR IZQUIERDO | 7,704,718 | SEGUROS DE VIDA ALFA | PCL | 9108 | 21/08/2018 | 29,7 | E.COMUN | 04/05/2017 |
| 5 | | JULIO CESAR RODRIGUEZ | 93,125,840 | SEGUROS DE VIDA ALFA | PCL | 9104 | 21/08/2018 | 65,91 | E.COMUN | 25/10/2015 |
| 6 | | LUIS DAVID BONELO ALVAREZ | 1,080,186,879 | SURA | PCL | 9106 | 21/08/2018 | 14,7 | A.LABORAL | 03/02/2016 |
| 7 | | MARIA OFELIA LEIVA PETTO | 36,381,293 | SEGUROS MAPFRE | PCL | 9105 | 21/08/2018 | 50,40 | E.COMUN | 09/12/2016 |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |

Durante este periodo puede presentar su inconformidad la cual puede ser un Recurso de Reposición y en Subsidio de Apelación o el de Apelación directamente. El presente aviso SE DESFIJA a los (14) días del mes de septiembre 2018 a las 6:00 Pm,

GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
 Director Administrativo y Financiero

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
 DE INVALIDEZ DEL HUILA

1725

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

116

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: D 21 M 8 AAA 2018 Número de dictamen: 9105
 Motivo de solicitud: Primera Oportunidad: Primera Instancia: X Segunda Instancia:
 Solicitante: EPS AFP ARL Empleador Rama Judicial
 Afiliado: Pensionado Otro: ASEGURADORA
 Nombre solicitante SEGUROS MAPFRE NIT/Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
 Dirección Solicitante: Teléfono: Correo Electrónico: Ciudad

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL HUILA Nit: 813008428
 Dirección: CARREA 5 N 10 - 49 OFICINA 306 Teléfono: 8716314 email: Ciudad: NEIVA

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: XXXX Beneficiario:
 Apellido(s): LEIVA PETTO Nombre(s): MARIA OFELIA
 Documento de identificac NIU RC TI CC >CE 36.381.293
 Fecha de nacimiento: DD 10 MM 3 AAAA 1971 Edad: 47 Meses
 Años

ETAPAS DEL CICLO VITAL:

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Económicamente activa: XXX Adultos mayores:
ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:
 Básica: XXX Media: Universitaria: Post Grados:
 Tecnológica: Otros: Cual:
 Dirección: Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:

ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: Unión Libre:
 Separado: Viudo: XXXX 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: NO INFORMA AFP: NO INFORMA ARL: NO INFORMA Otros:
 Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

MARIA OFELIA LEIVA PETTO

117

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: NO LABORA Dependiente:

Nombre del Trabajo/empleo: Ocupación: Código CIUO:

Nombre Actividad Económica: Clase:

Nombre de la Empresa: 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 | CODIGOS CIE 10 | DIAGNOSTICO | DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD |
|----|----------------|-------------|---|
| 1 | | | P.O.P. RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR RODILLA DERECHA |
| 2 | | | P.O.P. MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL |
| 3 | | | TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

| No | NOMBRE DE LA DEFICIENCIA | Clase funcional/Valor porcentual | | | | | | | | | | | % Total Deficiencia (Ponderada) | |
|----|--------------------------------------|----------------------------------|--------|----------|------|------|------|-----------------------------|-----------------------|---------------|-----|------------|---------------------------------|------|
| | | No Tabla | Clase | CFP ó FU | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Ajuste Total de Deficiencia | Resultado | | CAT | Dominancia | | |
| | | | | | | | | | Clase final y literal | % Deficiencia | | | | |
| 1 | DEFICIENCIA MOVIMIENTO DE RODILLA | 14,12 | severo | 21 | | | | | | | | | 21 | 52,6 |
| 2 | TRASTORNO DE ANSIEDAD Y SOMATOMORFOS | 13,3 | 2 | 40 | | | | | | | | | 40 | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | |

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modulador CFU: Clase Factor Único
 Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+(CFM2-CFP)+(CFM3-CFP)
 Fórmula de Balcasar: 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 | = | 26,3% |
|--|--|---|---------------------------------------|---|-------|

110

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 | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-------|
| | Restricciones del rol laboral | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | |
| 1 | | | | | X | | | 15 |
| | Restricciones autosuficiencia económica | 0 | 1 | 1,5 | 2 | 2,5 | | |
| 2 | | | | | X | | | 2,0 |
| | Restricciones en función de la edad cronológica | 2,5 | 0,5 | 1 | 1,5 X | 2 | 2,5 | 2 |
| Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%) | | | | | | | | 18,50 |

4 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 | D 0.3 Dificultad severa- dependencia severa |
| B | 0.1 | Dificultad leve no dependencia | E 0.4 Dificultad completa- dependencia completa |
| C | 0.2 | Dificultad moderada-dependencia moderada | |

| 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 | d475 | |
| | | | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | 3.9 | 3.10 | |
| | | | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| d5 | Tabla 9 | Auto cuidado-cuidado personal | 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 | |
| | | | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 1,60 |
| 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 | |
| | | | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20 %) | | | | | | | | | | | | 5,4 | |

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa 23,9

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 % = 26,5% +23,9% 50,40%

| | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|------|-------------|-------|------------------|----|----|------|
| DD/ | MM/ | AAAA | ORIGEN: | | FECHA ACCIDENTE: | DD | MM | AAAA |
| FECHA DE ESTRUCTURACION: | | | Accidente: | SI | NO | | | |
| 9 DE DICIEMBRE DE 2016 | | | Laboral | | | | | |
| Sustentación: | | | Común | | | | | |
| | | | Enfermedad: | SI | NO | | | |
| | | | Laboral | | | | | |
| | | | Común | XXXXX | | | | |

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 |
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARALA TOMA DE DECISIONES | SI | NO |
| REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales): | SI | NO |

TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA: DEGENERATIVA: PROGRESIVA:

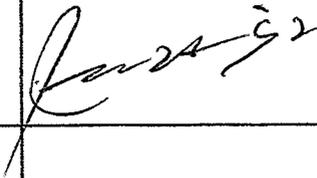
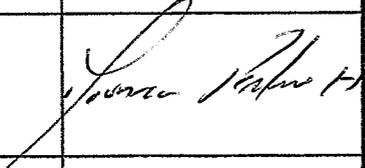
119

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y
OCUPACIONAL

DECRETO 1507 agosto 12 de 2015

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

| | Nombre | Cedula | Registro 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 OFELIA LEIVA PETTO

100

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
CASO 2. PONENCIA**

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN

| | |
|-----------------------|--|
| Entidad Remitente | MAPFRE |
| Fecha de Ponencia | 21 DE AGOSTO DE 2018 |
| Medico Ponente | DR. JESÚS ANTONIO HERNÁNDEZ |
| Motivo de la Remisión | CALIFICACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL |

2. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

| | |
|---------|--------------------|
| NOMBRE | MARIA OFELIA LEIVA |
| CEDULA | 36.381.293 |
| EDAD | 47 |
| EMPRESA | NO INFORMA |
| CARGO | NO INFORMA |

3 ANTECEDENTES Y HALLAZGOS CLÍNICOS

El 9 de Diciembre del 2016, guarda de seguridad sufre caída de su propia altura con trauma en rodilla derecha, equimosis, dolor para deambular, limitación para flexión y extensión. No inestable.
Diagnóstico: contusión rodilla.

30 de Mayo del 2017, resonancia magnética rodilla: contusión marginal en condilo femoral medial; engrosamiento residual del ligamento colateral medial. Retinaculo con cambios inflamatorios periligamentarios, bursitis fibulopoplitea. No hay lesión de meniscos.

4 de Julio del 2017, ortopedia: lesión menisco medial rodilla derecha.

15 de Enero del 2018, ortopedia, artroscopia reconstrucción ligamento cruzado anterior, menisectomía medial y lateral.

19 de Febrero del 2018, psiquiatría, trastorno depresivo recurrente.

SE PROCEDE A CALIFICAR CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

- POP RECONSTRUCCION LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR RODILLA DERECHA
- POP MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL
- TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE

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: 26.3%

ROL LABORAL: 18.5%

OTRAS AREAS OCUPACIONALES: 5.4%

TOTAL: 50.4%

ORIGEN: ENFERMEDAD COMUN

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 9 DE DICIEMBRE DEL 2016


Dr. JESÚS ANTONIO HERNÁNDEZ
Médico Principal

121

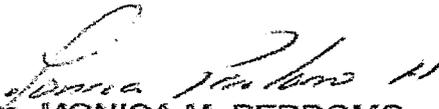
Agotado el orden del día se da por terminada esta sesión siendo las Seis (6:00) de la tarde, para constancia se firma todos los miembros asistentes.



DR. HENRY ALBERTO CORTES
Médico Principal



DR. JESÚS ANTONIO HERNANDEZ
Medico Principal



Dra. MONICA M. PERDOMO
Fisioterapeuta

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICAICÓN DE LA PERDIDA DE LACAPACIDAD
LABORAL Y DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ**

1, INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

| | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| Dictamen Numero | 8609 | Entidad Remitente | POSITIVA ARL |
| Fecha de Notificación | 4 DE ABRIL DE 2018 | | |

2, INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

| | | | |
|------------------------------------|---|----------|------------|
| Nombre de la Entidad Calificadora: | Junta Regional de Calificación de Invalidez | | |
| Dirección | carrea 5 No 10-49 | Teléfono | 8 71 63 14 |

3, DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

| | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------|---------------------|-------------|------------|----|
| Nombre | MARIA OFELIA LEIVA PETTO | | | | | |
| Identificación | No | 36.381.293 | Fecha de Nacimiento | 10/03/71 | Edad | 46 |
| Sexo | Femenino | Estado Civil | Soltero | Escolaridad | Secundaria | |

4, ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADOL

4,1 ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL

| Nombre Empresa | Cargo | A | M | Riesgos |
|----------------|---------------------|---|---|-------------|
| COVIPORE CTA | Guarda de seguridad | 2 | | Ergonómicos |

5, FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5,1 RELACION DE DOCUMENTOS

Fotocopia de la Historia Clínica
Fotocopia de Exámenes paraclínicos
Valoraciones por Especialistas

6,2 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN

CONTUSIÓN RODILLA LADO DERECHO
CONTUSIÓN MARGINAL DEL CONDILO FEMORAL MEDIAL RODILLA DERECHA
BURSITIS FIBULOPLOPLITEA RODILLA DERECHA

MARIA OFELIA LEIVA PETTO

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICAICÓN DE LA PERDIDA DE LACAPACIDAD
LABORAL Y DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

CALIFICACIÓN DEL ORIGEN

| | | | | | |
|------------|--------------------------|-----------|---|--------|--------------------------|
| Enfermedad | <input type="checkbox"/> | Accidente | <input checked="" type="checkbox"/> LABORAL | Muerte | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|-----------|---|--------|--------------------------|

En caso de estar en desacuerdo con el presente Dictamen usted dispone de 10 (diez) días hábiles para presentar su inconformidad, la cual puede ser un recurso de Reposición y en Subsidio el de Apelación o el de Apelación Directamente. No aplica para los procesos judiciales en los que debe seguirse el procedimiento previsto en el artículo 238 del código de procedimiento civil.

MARIA OFELIA LEIVA PETTO

Corrección CUMPLIMIENTO DE AUTO 25/10/2022 Referencia: Proceso Ordinario Laboral
Demandante: MARÍA OFELIA LEIVA PETTO Demandado: SOCIEDAD ADMINISTRADORA
DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A POSITIVA COMPAÑÍA DE
SEGUROS S.A Radicado: 4100

Abogado Jurecahuila <juridica@jurecahuila.onmicrosoft.com>

Miércoles 26/04/2023 11:26

Para: Juzgado 02 Laboral Circuito - Huila - Neiva <lcto02nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (4 MB)

Corrección CUMPLIMIENTO AUTO 25-10-2022 caso MARÍA OFELIA LEIVA.pdf; Dictamen No 8609 del 4 de abril del año 2018 Ma
Ofelia Leiva .pdf; Dictamen 9105 del 21 de agosto de 2018 MARIA OFELIA LEIVA.pdf;

Señores

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE NEIVA

Neiva - Huila

Referencia: Proceso Ordinario Laboral

Demandante: MARÍA OFELIA LEIVA PETTO

Demandado: SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Radicado: 41001-31-05-002-2020-00275-00

En archivo adjunto se allega la corrección del oficio JUR-OFC-2023-234 del 25 de abril de 2023 por medio del cual se da cumplimiento a lo ordenado por el Auto del asunto, que por error involuntario se remitió con una segunda página que no correspondía. Se remiten también los siguientes:

ANEXOS:

- Copia la solicitud para la calificación de MARÍA OFELIA LEIVA PETTO.
- Copia del dictamen No. 9105 del 21 de agosto de 2018.
- Copia de la notificados del dictamen No. 9105 del 21 de agosto de 2018.
- Copia del dictamen No. 8609 del 4 de abril del año 2018.

Atentamente,

MARIA DELCARMEN BEDOYA HERMIDA

Oficina Jurídica Contratista