

**RV: Remisión Dictamen Rad. Proceso Nro. 2019-00219**

Juzgado 06 Administrativo - Quindio - Armenia <j06admctoarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 03/05/2022 14:37

Para: Yamile Andrea Lopez Anaya <ylopeza@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Leydi Lincora Jaramillo Marulanda <ljaramim@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE ARMENIA**

Atentamente,

**JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO**

---

**De:** JUNTA REGIONAL QUINDIO <notificaciondictamenesjrciq@gmail.com>

**Enviado:** martes, 3 de mayo de 2022 14:28

**Para:** Juzgado 06 Administrativo - Quindio - Armenia <j06admctoarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juzgado 06 Administrativo - Quindio - Armenia <jadmin06arm@notificacionesrj.gov.co>

**Asunto:** Remisión Dictamen Rad. Proceso Nro. 2019-00219

Cordial Saludo,

**Ref.** Remisión de Dictamen

**Accionante:** JUAN DIEGO LUNA SANTIAGO

**Accionado:** HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS

**Rad.** 2019-219

De manera atenta me permito adjuntar el dictamen de calificación del señor Juan Diego Luna Santiago.

Atentamente,

MARLENY GIRALDO SOTE  
Secretaría Técnica.



# JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO

**FORMATO 1. ROL LABORAL ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES**  
**FORMULARIO DE CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**  
**DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014**

## 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: DD/20 MM/04 AAAA/2022 Número de dictamen: **1143828145-1369**

Motivo de solicitud: PCL Primera Oportunidad: Primera Instancia: Segunda Instancia:

Solicitante: EPS: AFP: ARL: Empleador: Rama Judicial: X Otro:

Afiliado: Pensionado:

Nombre solicitante: Juzgado Sexto Administrativo de Armenia NIT/Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad: ARMENIA

Radicado: 63001-3333-006-2019-00219-00 Teléfono: Correo Electrónico: Ciudad: Pereira, R.

Dirección Solicitante: Teléfono: Correo Electrónico: Ciudad: Pereira, R.

## 2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL QUINDIO Nit: 801000451-4

Dirección: Carrera 13 # 19 - 09 Local 04 Piso -1 Centro Comercial Altavista Teléfono: (6) 7443654 email: jr.calificaciondelinvalides@gmail.com Ciudad: ARMENIA

## 3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: X Beneficiario:

Apellido(s): LUNA SANTIAGO Nombre(s): JUAN DIEGO

Documento de identificación: NIU: RC: TI: CC: X CE: No: **1143828145**

Fecha de nacimiento: DD/ 14 MM/10 AAAA/ 1989 Edad: 32 Meses Años

**ETAPAS DEL CICLO VITAL:**

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:

Población en Edad Económicamente activa: X Adultos mayores:

**ESCOLARIDAD:** Analfabeta: Primaria:

Básica: Media: Universitaria: Chef Post Grados: Alta Cocina

Tecnológica: Otros: Cual:

Dirección: Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:

**ESTADO CIVIL:** Soltero: X Sin hijos Casado: Unión Libre:

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: X Subsidiado: No afiliado:

Administradoras: EPS: S.O.S. AFP: PROTECCIÓN ARL: No afiliado Otros:

Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

## 4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: X Dependiente:

Nombre del Trabajo/empleo: Chef Ocupación: Código CIUO:

Nombre Actividad Económica: Clase:

Nombre de la Empresa: Independiente NIT/CC

No Aplica:

## 5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO- (Descripción)

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

ORIGINAL

## 6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I y II

**MOTIVO**

Solicitud realizada a través del Juzgado 6 Administrativo de Armenia con el propósito que esta corporación determine la pérdida de la capacidad laboral que presenta por la amputación del miembro inferior derecho, la cual se realiza utilizando la metodología que el Gobierno Nacional estableció en el decreto 1507 de 2014.

**FUNDAMENTOS FÁCTICOS PARA CALIFICAR POR LA JUNTA REGIONAL**

Bajo las normas de bioseguridad por la situación de emergencia sanitaria derivada de la pandemia del covid-19 a nivel mundial, esta corporación a través del médico ponente y la fisioterapeuta realizan la valoración clínica del usuario y concluye con fundamento al interrogatorio, examen físico, documentos aportados, incluyendo la historia clínica; por ende, integrada al presente informe pericial, razón por la cual no se transcribe en toda la extensión, los estudios paraclínicos que han servido de soporte para la elaboración del presente dictamen y se concluye lo siguiente:

1. Persona en edad económicamente activa, residente en Pereira – Estado civil soltero. Ocupación cheff.
2. Se describe sufrió accidente de tránsito el 22 de febrero de 2017 en calidad conductor de moto en la vía salida de Quimbaya. Manifestó: me caí en una curva sufriendo politraumatismos múltiples y fue atendido en el hospital local de Quimbaya.
3. De este centro médico fue remitido al Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia (ingreso 23/02/2017) para continuar manejo médico (ver descripción y anotaciones de la historia clínica) y luego de los tratamientos médicos (reducción de luxación de rodilla, método cerrado) se describe en la historia clínica presenta una evolución clínica desfavorable de la lesión vascular en miembro inferior (espasmo arterial).
4. Para el día 27 de febrero fue remitido a la Clínica Comfamiliar de Pereira (por residencia en esta ciudad del paciente).
5. En este último centro médico asistencial le fueron realizados estudios complementarios y luego de estos, el 4 de marzo de 2017 le fue realizada amputación de miembro inferior derecho, lesión que es el motivo de la determinación de la pérdida de la capacidad laboral por esta corporación.
6. El usuario manifiesta que le fue ordenada prótesis pero que no la usa y aduce porque con ella le duele la espalda.
7. Al examen físico se observa amputación del miembro superior derecho a nivel de la rodilla. Muñón de amputación con buen

recubrimiento y sano.

**ANÁLISIS Y FUNDAMENTO DE LA CALIFICACIÓN**

Para determinar el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral se utiliza por estas corporaciones el instrumento de medida que el GOBIERNO NACIONAL ha establecido y debe ser aplicando el método de manera exegética, pues es una acción exclusivamente pericial al carecer estas corporaciones de jurisdicción.

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

**NOTA.**

Respecto al rol laboral y demás ítem calificados en el título II – metodológicamente la norma los establece para ser calificados y ponderados por la fisioterapeuta que integra la junta, por lo cual debe ser revisada la ponencia que al respecto este profesional ejecuta.

**Título II Rol Laboral**

Refiere que presentó accidente de tránsito como conductor de motocicleta saliendo de Quimbaya, al salirse de una curva. Sufrió politraumatismos múltiples, Fx. conminuta de pierna derecha con abrasión de la vena poplítea, realizan amputación a nivel de tercio inferior de fémur, Fx. codo izquierdo intervenido quirúrgicamente con MAOS.

Ingresa caminando con 2 muletas axilares manifiesta que le colocaron prótesis de MID, pero no se ha logrado adaptar.

**Actividad Laboral:** Manifiesta que trabajó como Chef (cocinero experto especialista en alta cocina), actividad que ejerce de manera independiente, no tiene incapacidad médica en el momento, sin embargo refiere que no labora desde el día del accidente de tránsito, el 22 de febrero de 2017. **Rol Laboral** Numeral 3. 10,00%. rol laboral o puesto de trabajo adaptado - limitaciones y restricciones moderadas.

**Autosuficiencia económica:** de acuerdo con la norma (Decreto 1507 de 2014) se califica según corresponda al rol laboral, Numeral 3, 1,50%. precariamente autosuficiente. **Restricciones en función de la edad cronológica.** 32 años. Numeral 3. 1,0% Mayor o igual a 30 años menor a 40 años.

**Otras áreas ocupacionales:** aprendizaje y aplicación de conocimiento no afectado, comunicación sin alteración, movilidad comprometida leve a moderadamente en cuanto a cambiar posturas básicas como levantarse de una silla o pasar de arrodillamiento a de

pie, permanecer y mantener la posición de pie o sentado durante toda la jornada laboral, levantar y llevar objetos, desplazarse de una manera que no sea andando como correr esquivando obstáculos, desplazarse por las calles de un pueblo, desplazarse utilizando algún tipo de equipo, utilizar el transporte público como pasajero, conducir vehículos de tracción humana o a motor, cuidado personal afectado levemente afectado levemente en cuanto a bañarse y secarse todo el cuerpo, cuidado de las partes del cuerpo, vestirse y quitarse la ropa, ponerse calcetines y calzado, y cuidado de la dieta y forma física y vida doméstica afectada levemente en cuanto a obtener y transportar todos los bienes y servicios necesarios para la vida diaria, realizar las compras, preparar comidas, realizar los quehaceres de la casa limpieza de la vivienda.

Con fundamento en el parágrafo 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 Ley 019 de 2012; Decreto 1507 de 2014; Ley 1562 de 2012 Decreto 1072 de 2015.

**TÍTULO I****CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS**

| No | CÓDIGOS CIE 10 | DIAGNÓSTICO                                                                                                               | DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACIÓN / CONDICIONES DE SALUD |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1  |                | Politraumatismo severo en accidente de tránsito                                                                           |                                                              |
| 2  |                | Trauma severo en miembro inferior derecho (luxación de rodilla – compromiso paquete vascular nervioso – espasmo arterial) |                                                              |

ORIGINAL

|   |  |                                                                                   |  |
|---|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 3 |  | Amputación miembro inferior derecho secundario a 1                                |  |
| 4 |  | Alteración leve movilidad de codo derecho - supinación de 0° a 70° secundario a 1 |  |

| No | NOMBRE DE LA DEFICIENCIA       | No Tabla | Clase | CFP ó FU | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Ajuste Total de Deficiencia | Resultado             |               | CAT | Dominancia | % Total Deficiencia (F. Baltazar, sin ponderar) |
|----|--------------------------------|----------|-------|----------|------|------|------|-----------------------------|-----------------------|---------------|-----|------------|-------------------------------------------------|
|    |                                |          |       |          |      |      |      |                             | Clase final y literal | % Deficiencia |     |            |                                                 |
|    | Amputación MID a nivel rodilla | 14.14    |       |          |      |      |      |                             |                       | 36,00         |     |            | 36,00                                           |
|    | Movilidad supinación 0° a 70°  | 14.4     |       |          |      |      |      |                             |                       | 0,00          |     |            |                                                 |

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 Baltazar: 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

|                                                    |                                                |          |              |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|--------------|
| <b>CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:</b> | <b>% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5</b> | <b>=</b> | <b>18,00</b> |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|--------------|

  

| TÍTULO II<br>VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES                                        |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|------------|-------|------|-------|-------|-------|-------------------------------------------|-------|-------|------|-------|
| Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan) |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| ROL LABORAL                                                                                                                 |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| 1                                                                                                                           | Restricciones del rol laboral                   |                                           |      |            |       |      |       | 0     | 5     | 10                                        | 15    | 20    | 25   | 10,00 |
| 2                                                                                                                           | Restricciones autosuficiencia económica         |                                           |      |            |       |      |       | 0     | 1     | 1,5                                       | 2     | 2,5   | 1,50 |       |
| 3                                                                                                                           | Restricciones en función de la edad cronológica |                                           |      |            |       |      |       | 2,5   | 0,5   | 1                                         | 1,5   | 2     | 2,5  | 1,00  |
| Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%)                                                                |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       | 12,50 |      |       |
| 4                                                                                                                           | CALIFICACIÓN OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES (AVD)    |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia                                                              |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| CLASE                                                                                                                       | VALOR                                           |                                           |      |            |       |      |       |       | D 0,3 | Dificultad severa- dependencia severa     |       |       |      |       |
| A                                                                                                                           | 0.0                                             | No hay dificultad, no dependencia         |      |            |       |      |       |       | E 0,4 | Dificultad completa- dependencia completa |       |       |      |       |
| B                                                                                                                           | 0.1                                             | Dificultad leve no dependencia            |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| 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     | 0,00  |      |       |
| 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     | 0,00  |      |       |
| 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        | 0,1   | 0    | 0     | 0,2   | 0,2   | 0,1                                       | 0,1   | 0,2   |      |       |
|                                                                                                                             |                                                 |                                           | 1,30 |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| 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  |      |       |
|                                                                                                                             |                                                 |                                           | 0,1  | 0,1        | 0     | 0,1  | 0,1   | 0,1   | 0     | 0                                         | 0     | 0     |      |       |
|                                                                                                                             |                                                 |                                           | 0,50 |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| 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    | 0,1        | 0,1   | 0    | 0,1   | 0,1   | 0     | 0                                         | 0     | 0     |      |       |
|                                                                                                                             |                                                 |                                           | 0,40 |            |       |      |       |       |       |                                           |       |       |      |       |
| Sumatoria total otras áreas ocupacionales ( 20 %)                                                                           |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       | 2,20  |      |       |
| Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa                                             |                                                 |                                           |      |            |       |      |       |       |       |                                           |       | 14,70 |      |       |

ORIGINAL

| 7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL                                                                   |     |                              |                                                          |                 |                                        |     |           |             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|-----|-----------|-------------|-----|
| Pérdida de Capacidad Laboral:                                                                             |     | =                            | TITULO I -Valor Final Ponderada + TITULO II -Valor Final |                 |                                        |     |           |             |     |
| VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %                                                                       |     | =                            | 32,70                                                    |                 | TREINTA Y DOS PUNTO SETENTA POR CIENTO |     |           |             |     |
| DD/                                                                                                       | MM/ | AAAA/                        | ORIGEN:                                                  |                 | FECHA ACCIDENTE:                       |     |           |             |     |
| FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:                                                                                  |     |                              |                                                          |                 | DD MM AAAA                             |     |           |             |     |
| Marzo 4 de 2017                                                                                           |     |                              | Accidente:                                               |                 | SI                                     |     | NO        |             |     |
| Sustentación:                                                                                             |     |                              | Laboral                                                  |                 |                                        |     |           |             |     |
|                                                                                                           |     |                              | Común                                                    |                 | X                                      |     | 22 2 2017 |             |     |
| Fecha en que le fue realizada amputación de miembro inferior derecho                                      |     |                              | Enfermedad:                                              |                 | SI                                     |     | NO        |             |     |
|                                                                                                           |     |                              | Laboral                                                  |                 |                                        |     |           |             |     |
|                                                                                                           |     |                              | Común                                                    |                 |                                        |     |           |             |     |
| CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD (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 PARA LA TOMA DE DECISIONES                                                  |     |                              | SI                                                       |                 | NO                                     | X   |           |             |     |
| REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales): |     |                              | SI                                                       | X               | NO                                     |     |           |             |     |
| TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:                                                                           |     | ALTO COSTO /CATASTRÓFICA     | N/A                                                      |                 | DEGENERATIVA:                          | N/A |           | PROGRESIVA: | N/A |
| 8. GRUPO CALIFICADOR                                                                                      |     |                              |                                                          |                 |                                        |     |           |             |     |
| GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO                                                                           |     |                              |                                                          |                 |                                        |     |           |             |     |
| Profesión                                                                                                 |     | Nombre                       | Cédula de Ciudadanía                                     | Registro Médico | Firma                                  |     |           |             |     |
| Médico                                                                                                    | X   | ALDEMAR HERNANDO GÓMEZ GÓMEZ | 71'601.679                                               | 71601679        |                                        |     |           |             |     |
| Médico                                                                                                    | X   | JUAN CARLOS ANGEL HENAO      | 10'120.226                                               | 10120226        |                                        |     |           |             |     |
| Fisioterapeuta                                                                                            | X   | LIGIA INÉS TORRES CHAVES     | 40'025.857                                               | 40025857        |                                        |     |           |             |     |

ORIGINAL



Prosperidad  
para todos

## JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL QUINDIO

NIT: 801000451-4

Armenia Q., 2 de mayo de 2022.

Señor(a)  
**JUEZ SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO**  
Armenia Q.

Ref. Remisión de Dictamen  
Accionante: Juan Diego Luna Santiago  
Accionado: ESE Hospital Departamental Universitario del Quindío  
Rad. 2019-00219.

Respetuosamente me permito remitir copia del dictamen N° 1143828145-1369, emitido por los integrantes de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Quindío, correspondiente al señor Juan Diego Luna Santiago; 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: 7443654