

**REMISION DICTAMEN PERICIAL SANTOS GONZALEZ GOCHO**

INFO &lt;info@jrci.com.co&gt;

Mar 14/09/2021 8:10 AM

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga &lt;j01ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

 1 archivos adjuntos (422 KB)

SANTOS GONZALEZ CHOGO.pdf;

Buenos días

En atención a la solicitud que surtió la apoderada judicial del señor SANTOS GONZALEZ GOCHO de remitir el dictamen pericial realizado por esta Junta en la anualidad del 2015 y el cual fue notificado debidamente al Juzgado de origen JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO, me permito remitir el mismo para los fines pertinentes, conforme lo deprecado.

Atentamente,

**ELVA SANTAMARIA SANCHEZ**  
**Directora Administrativa y Financiera**



Carrera 37 No. 44-74 Cabecera

Tel: 6577195

Bucaramanga

Web: [www.jrci.com](http://www.jrci.com)

\*Antes de imprimir este mensaje, piense si es necesario. Proteger el medio ambiente est?? tambi??n en sus manos \*

-----

La información enviada en este mensaje electrónico es confidencial y solo para uso de la persona/compañía identificada en el mismo. Si el receptor de este mensaje no es la persona de destino mencionada, cualquier divulgación, distribución y/o copia de la información contenida en este mensaje electrónico, se encuentra estrictamente prohibida. Si usted recibe este mensaje por error, por favor notifique al emisor del mismo de inmediato

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE SANTANDER**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Numero Dictamen: 20992015	Entidad Remitente: Autoridades Judiciales y Adm.
Fecha Dictamen: 11/11/2015	JUZGADO 8 CIVIL

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Nombre de la entidad Calificadora: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE SANTANDER	
Dirección: CARRERA 37 # 44-74	Telefonos: 6576094-6577195

**3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO**

Nombre: SANTOS GONZALEZ CHOGO			
Identificación: Cedula	No: 18914082	Fecha Nacimiento: 01/11/1956	Edad: 59,06 Años
Sexo: M	Estado Civil: Casado	Escolaridad: Secundaria	

**4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

<b>4.1 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL</b>		<b>Riesgos</b>
Ocupación: No Identificada		
Nombre Empresa	Cargo	A M
INDEPEDIENTE	TIENE UNA TIENDA	

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1 RELACION DE DOCUMENTOS**

Copia de aviso de solicitud ante JCI	Historia Clínica
Exámenes o pruebas paraclínicas	Valoraciones por especialistas

**5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION**

CEGUERA DE UN OJO

**SANTOS GONZALEZ CHOGO**

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE SANTANDER  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA  
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE INVALIDEZ**

**5.3 PRUEBAS RELEVANTES**

OFTALMOLOGÍA 12 NOV 2008:	se le explica su cuadro clínico, su pronóstico visual reservado deficiente, en que consiste el procedimiento quirúrgico, los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico, previsibles y no previsibles. Lo mismo que los posibles riesgos tales como: endoftalmitis, desprendimiento de retina, hemorragia, pérdida del órgano, catarata, riesgo de un segundo tiempo quirúrgico que es una cirugía de medios y no de resultados, quienes entienden aceptan y firma.
POTENCIAL EVOCADO VISUAL 11 AGOSTO 2009:	Los anteriores resultados muestran signos de un severo compromiso prequiasmáticos de vía retino cortical izquierda con signos de pérdida axonal y de mielina.
MEDICINA LABORAL EPS 02 AGOSTO 2010:	Se aclara al paciente que presenta una discapacidad objetiva pero que por su magnitud muy posiblemente no alcanza a configurar invalidez por lo que deberá regresar a trabajar en cuanto sea dado de alta por su médico tratante.

**6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN  
6.1. DESCRIPCION DE DEFICIENCIAS**

DEFICIENCIA	%	Capítulo, numeral, tabla
OJO IZQUIERDO CIEGO	36.00%	CAP XI NUM 11.3.1 TAB 11.1 – 11.2
<b>TOTAL DEFICIENCIA PONDERADA</b>		<b>18.00%</b>

**6.2. DESCRIPCION DE ROL LABORAL / OCUPACIONAL  
ROL LABORAL Y OTROS AREAS OCUPACIONALES**

CALIFICACION DEL ROL LABORAL	%
Restricción en el Rol Laboral	10.0
Restricción en función autosuficiencia económica	1.5
Restricción en función Edad Cronológica	2.0
<b>OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES</b>	<b>%</b>
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	0.6
Comunicación	0.4
Movilidad	0.7
Cuidado personal	0.3
Vida doméstica	0.5
<b>TOTAL ROL LABORAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES</b>	<b>16.00</b>

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE SANTANDER  
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA  
CAPACIDAD LABORAL Y DERTEMINACION DE INVALIDEZ**

**ROL OCUPACIONAL**

CALIFICACION DEL ROL OCUPACIONAL	%
Niños de 0-3	
Niños Mayores 3 años y Adolescentes	
Adulto Mayor	0
<b>TOTAL ROL OCUPACIONAL</b>	<b>NO APLICA</b>

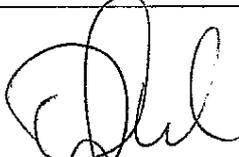
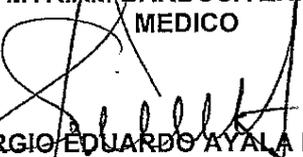
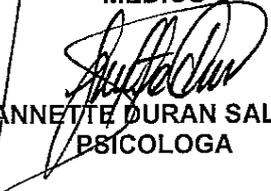
**7. PORCENTAJE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

CALIFICACION	%		
<b>DEFICIENCIA:</b>	18.00%	<b>Estado PCL:</b>	INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL
<b>ROL LABORAL / OCUPACIONAL:</b>	16.00%	<b>Fecha de Estructuración:</b>	
		<b>Requiere ayuda de terceros:</b>	
<b>TOTAL PCLO:</b>	34.00%	<b>Manual:</b>	Decreto 1507 de 2014

**8. CALIFICACION DE ORIGEN**

ENFERMEDAD		ACCIDENTE		MUERTE	
------------	--	-----------	--	--------	--

**9. RESPONSABLES DE LA CALIFICACIÓN**

  
**MYRIAM BARBOSA ZARATE**  
 MEDICO  
  
**SERGIO EDUARDO AYALA MORENO**  
 MEDICO  
  
**JEANNETTE DURAN SALAZAR**  
 PSICOLOGA

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, ni para regímenes de excepción.



*Junta Regional de Calificación Invalidez de Santander*  
N.º. 804.000.705-0

*Bucaramanga, 13 de noviembre de 2015*

*JRCIS: 12107*

*Doctora*  
*LAURA RODRIGUEZ DELGADO*  
*Juzgado Octavo Civil del Circuito*  
*Palacio de Justicia Oficina 309*  
*Bucaramanga*

*Ref: Rad: 2012-297*  
*Demandante: Santos González Chogó y Otro*  
*Demandados: Álvaro German Niño y otros.*  
*Número de Expediente 2192/2015*

*De conformidad con lo dispuesto en el artículo 41 y parágrafo del decreto 1352/2013, en forma comedida me permito remitir a ese Despacho el dictamen número 2099/2015 expedido por esta Junta en audiencia de 11 de noviembre de 2015.*

*Se anexa copia de la ponencia.*

*Cordial saludo,*

  
*ELVA SANTAMARIA SANCHEZ*  
*Directora Administrativa y Financiera*



Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C.,  
 Colombia Avenida Calle 6 No. 34 A - 11. Atención al usuario:  
 www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext. 110045  
 Lic. Min. Transporte N° 805 de Marzo 5/2001, Lic. MINTIC N° 1776 Sept. 7/2010



GUÍA CRÉDITO No.



192406011E

SUBPRODUCTO		FECHA	HORA
CÓDIGO DESTINO		FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		DÍA	MES
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		AÑO	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		FORMA DE PAGO	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		TIEMPO DE ENTREGA	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		MODO DE TRANSPORTE	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		VOL. LARGO / ALTO / ANCHO	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		PESO(Kg):	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		PESO(Vol):	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		PIEZAS:	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		No. Sobreporte:	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		No. Remisión:	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		No. Factura:	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		No. Bolsa Seguridad:	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		RECIBI A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		FECHA Y HORA DE ENTREGA	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		HORA / DIA / MES / AÑO	
CITY Y DEPARTAMENTO DE DESTINO		Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web: www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.	

Nombre Genérico	Forma	Cantidad
LEVOTIROXINA SÓDICA TABLETA 50 MCG	TABLETA	30
Tomar 1 Tableta al Día ayunas		
METFORMINA TABLETA 850 MG	TABLETA	60
Tomar 1 Tableta Cada 12 Horas,		
HIERRO(FERROSO) SULFATO TAB REC 100-300 MG	TABLETA	60
Tomar 1 Tableta al Día 2 hs después del almuerzo		
ERTROPOYETINA 2000 UI POLVO	AMPOLLA	8
aplicar 1 ampolla se por semana		

Servicio de Neurología - Unidad Renal

EPICRISIS

Nivel de Atención: Alto

Código Prestador: 680810314107

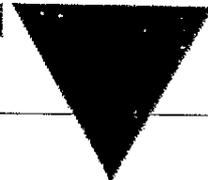
BARANCABERMEDA - Tel: 6117731-6023697

RTS SUCURSAL BARANCABERMEDA

Página: 3 de 5

Fecha de Impresión: 30/10/2012

RTS



Fecha Examen 10/30/2012 902208  
 Nombre HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO]  
 Observaciones NUNGUNA  
 10/30/2012 901235  
 Observaciones NUNGUNA  
 10/30/2012 903427

SOLICITUD DE EXAMENES

UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]

HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CRAMER

REMITENTE

REMITENTE

## NOTIFICACION POR AVISO

### LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE SANTANDER

#### HACE SABER

Que teniendo en cuenta el Art. 41 del Decreto 1352 de 2013, esta Junta procede a Fijar por el término de diez (10) días hábiles hoy VEINTICUATRO (24) de NOVIEMBRE de dos mil quince (2015) los dictámenes emitidos el ONCE (11) de NOVIEMBRE de 2015, así:

Pacientes	Expediente	Dictamen	Entidad /paciente
ZOILA ROSA SOSSA MONSALVE	2109	2108	EMPLEADOR - COOMEVA
HILDA SUAREZ	2188	2093	SALUDCOOP - EMPLEADOR
YEISON FABIAN CADENA	2105	2107	PACIENTE-EMPLEADOR-SALUDCOOP
JAVIER MARTINEZ	2060	2086	NUEVA EPS- EMPLEADOR
CARLOS URIBE GARCIA	2262	2095	SALUDCOOP
MESIAS HERNANDEZ	2049	2105	FOSYGA
JOSE LUIS RUEDA	1633	2103	SALUDCOOP
RAUL BUITRAGO TOLOZA	2095	2104	NUEVA EPS
EDILMA NORIEGA CELIS	2117	2102	QBE SEGUROS-PACIENTE
CAMILO ABRIL VARGAS	2125	2101	QBE SEGUROS-PACIENTE
LUZ ADRIANA RINCON	2282	2098	EMPLEADOR-FAMISANAR-PORVENIR
DORIS QUINTERO	2190	2087	EMPLEADOR-NUEVA EPS
JOSELITO ESPINOSA ORTEGA	2115	2110	COOMEVA
SERGIO PORRAS	2127	2106	EMPLEADOR
ORLANDO MARTINEZ	2222	2088	SALUDCOOP-PROTECCION
GILBERTO CUBIDES	1556	2091	COLPATRIA-NUEVA EPS-PROTECCION
ALEXANDER TORRES CAMPO	2139	2113	ECOPETROL
FREDYS MARTINEZ SIERRA	1878	2092	ECOPETROL
JAIME RUEDA ALQUICHIRE	1963	2112	ECOPETROL
JOHANA PUERTO PIOQUINTO	2087	2111	PACIENTE-COOMEVA-EMPLEADOR
YAN CARLOS CHACON	1952	2094	COOMEVA
OMAR RODRIGUEZ	2019	2109	COLPATRIA- EMPLEADOR
ROBINSON GUERRA	1560	2097	PROTECCION-CONSORCIO ITS
CARLOS ALARCON BAYONA	2280	2100	EMPLEADOR

**CONSTANCIA DE DESFIJACION.**-El presente se desfijará el día NUEVE (09) de DICIEMBRE de dos mil quince (2015) a las 17:00 horas

  
**ELVA SANTAMARIA SANCHEZ**  
Directora Administra y Financiera