

Notificación Respuesta SS 1-1928627688

Desde crmsiebel1@porvenir.com.co <crmsiebel1@porvenir.com.co>

Fecha Mié 26/03/2025 7:56 PM

Para Juzgado 05 Civil Municipal - Caldas - Manizales <cmpal05ma@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (524 KB)

ses-fin-1_628802_-671089856_2_1-1928627688_PCL.pdf; ses-fin-1_628802_-671089856_1_1-1928627688_SOLICITUDdepcl.pdf;
ses-fin-1_628802_-671089856_1_1-1928627688_respuesta.pdf;

No suele recibir correo electrónico de crmsiebel1@porvenir.com.co. [Por qué es esto importante](#)

Estimado Usuario

Porvenir le informa que su solicitud 1-1928627688 ha sido atendida, la respuesta ha sido enviada a través del medio de correspondencia informado.

AVISO: La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos es confidencial y reservada y está dirigida exclusivamente a su destinatario, sin la intención de que sea conocida por terceros, por lo tanto, de conformidad con las normas legales vigentes, su interceptación, sustracción, extravío, reproducción, lectura o uso está prohibido a cualquier persona diferente. Si por error ha recibido este mensaje por favor discúlpennos, notifiquenlos y elimínelo. Las opiniones, conclusiones y otra información contenida en este correo no relacionadas con el negocio oficial del remitente, deben entenderse como personales y de ninguna manera son avaladas por PORVENIR S.A. PORVENIR S.A. ha adoptado mecanismos tendientes a evitar que este mensaje y sus anexos, contengan virus o defectos que puedan llegar a afectar los computadores o los sistemas que lo reciban, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar éste hecho al momento de su recepción y apertura. En consecuencia PORVENIR S.A. se exonera de cualquier responsabilidad por daños, alteraciones o perjuicios que se ocasionen en su recepción o uso.



seguros de vida alfa s.a

Página 1 de 2

Bogota D.C., 5 de Agosto de 2,020

Señor(a):
ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO
CALLE 29A # 26-36
3046173880
MANIZALES(CALDAS)

CPCL - BEN CC. 30400735 CC 2232 D
--

Asunto: Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral al Fondo de Pensiones Porvenir S.A.

Ramo : Previsionales

Cédula: **30400735**

Siniestro: **201709903**

Respetado señor (a):

En atención a su solicitud de calificación de pérdida de la capacidad laboral (PCL) a la AFP Porvenir S.A., le informamos que sus patologías han sido calificadas por el grupo interdisciplinario de calificación de pérdida de la capacidad laboral y origen de Seguros de Vida Alfa S.A. según lo establecido en el artículo 52 de la ley 962 de 2005.

Según los parámetros establecidos en decreto 1507 de 2014 (Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional), se le ha determinado **una Pérdida de la Capacidad Laboral de 37.86% de origen: COMÚN y Fecha de Estructuración 13 de Marzo de 2020.**

Le informamos que de no encontrarse de acuerdo con la calificación emitida, usted tiene la posibilidad de manifestar a Seguros de Vida Alfa S.A. **su inconformidad dentro de los diez (10) días hábiles** siguientes a partir de la fecha de recibida la notificación, evento en el cual procederemos a remitir su caso a la respectiva Junta Regional de Calificación de Invalidez para obtener una segunda calificación.

Dicha manifestación debe realizarla por escrito dirigida a Seguros de Vida Alfa S.A., en la que debe expresar sobre cuál de los aspectos se interpone el recurso (apela): origen, pérdida de capacidad laboral y/o fecha de estructuración. Remitirlo a la Cra 10 N° 18 - 36 Piso 4 Edificio José María Córdoba en Bogotá o al correo electrónico: inconformidad@segurosalfa.com.co. Es importante tener en cuenta que el recurso (apelación) debe ser firmado por usted e igualmente para mantener comunicación que nos informe: Dirección, celular y/o número telefónico, ciudad y departamento de su residencia. (en el correo electrónico en la parte de asunto favor colocar nombres y apellidos completos).

Una vez usted realice la solicitud a más tardar en 15 día hábiles recibirá por parte de Seguros de Vida Alfa S.A. una comunicación donde informaremos el estado del proceso.

Cordialmente,

Departamento de medicina laboral
Convenio Seguros de Vida Alfa
Seguros alfa S.A y seguros de vida Alfa S.A
Copia

ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO - CC 30400735 - SINIESTRO 201709903



seguros de vida alfa s.a

Página 2 de 2

Empleador: MANPOWER DE COLOMBIA LIMITADA CARRERA 6 # 65-24 OFC 303 CENTRO CC PLACES MALL
TEL:3154596130 MONTERÍA(CÓRDOBA)

EPS: SURA Cra 65 No. 11 - 50 Centro Comercial Plaza Central Tercer Piso Local 363 TEL.: BOGOTÁ D.C.
(BOGOTÁ)

AFP: PORVENIR S.A. Avenida Calle 26 N 59 - 15 Local 6 y 7 Edificio Avianca TEL:7435333 - ext 14622 BOGOTÁ
D.C.(BOGOTÁ)

ARL: COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A. Avenida El Dorado No. 69C - 03 Piso 4 TEL:071 - 324 11 11 y
2502 BOGOTÁ D.C.(BOGOTÁ)



seguros de vida alfa s.a

Pág 1 de 6

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

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha dictamen: 05/08/2020		Dictamen No: 3471889	
Motivo de solicitud: Primera oportunidad: <input checked="" type="checkbox"/> Segunda Instancia: <input type="checkbox"/>		Segunda Instancia:	
Solicitante: EPS: <input type="checkbox"/> AFP: <input type="checkbox"/> ARL: <input type="checkbox"/> Empleador: <input type="checkbox"/> Rama Judicial: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	Afiliado: <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		
Nombre solicitante: ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO NIT/Documento de Identidad: 30400735 Teléfono:			
Dirección: CALLE 29A # 26-36 Email: ELORENACA@HOTMAIL.COM Ciudad: MANIZALES (CALDAS)			

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: Seguros de vida Alfa S.A.	Nit: 860.503.617-3
Dirección: Avenida Calle 24A No. 59-42 Torre 4 piso 4 Teléfono: 7435333 Email: Ciudad: BOGOTA	

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario: <input type="checkbox"/>	
Apellidos: AGUIRRE CASTRO	Nombre: ELSA LORENA
Documento de identificación: CC	No: 30400735
Fecha nacimiento: 08/01/1979	Edad: 41 AÑOS

ETAPAS DEL CICLO DE VIDA:

Bebes y menores de 3 años: <input type="checkbox"/>	Niños y adolescentes: <input type="checkbox"/>
Población en edad económicamente activa: <input checked="" type="checkbox"/>	Adultos Mayores: <input type="checkbox"/>

Escolaridad: UNIVERSITARIO

Dirección: CALLE 29A # 26-36 **Teléfono:** 3046173880 **Email:** ELORENACA@HOTMAIL.COM **Ciudad:** MANIZALES (CALDAS)

Estado civil: CASADO(A)

Afiliado SISS:

Regimen en salud: Contributivo: <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado: <input type="checkbox"/> No afiliado: <input type="checkbox"/>	
Administradoras: EPS: SURA AFP: PORVENIR S.A. ARL: COLMENA RIESGOS PROFES	
Nombre - email	Nombre - email

4 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: <input type="checkbox"/> Dependiente: <input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre del trabajo/empleo: Ocupación: Código CIUO:	
Nombre actividad económica: Clase:	
Nombre de la empresa: MANPOWER DE COLOMBIA LIMITADA NIT/CC:	
No aplica: <input type="checkbox"/>	

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

DOCUMENTOS	SE TUVO EN CUENTA
HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	<input checked="" type="checkbox"/>
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES PARACLÍNICOS	<input checked="" type="checkbox"/>
EXÁMENES PRE-OCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES PERIÓDICOS OCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES POST-OCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

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

Descripción de la enfermedad Actual:
Paciente de 41 años quien ha laborado como jefe administrador, Tiene dictamen anterior por esta aseguradora del 09/03/2018 por condromalacia de rotula con PCL de 18.80% con FE del 26/01/2018. Y dictamen de JRCL del 28.40% por condromalacia y

ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO - CC 30400735 - SINIESTRO 201709903



trastorno depresivo.

Aplica re calificación por nuevas patologías. Actualmente con miastenia graves con cuadriparesia.

Tiene concepto de rehabilitación desfavorable del 30/07/2019 por miastenia graves, hipogamaglobulinemia inmune adquirida, gonastritis, endometriosis, sinusitis, asma bronquial

Se inicia proceso de calificación según artículo 142 de ley 019 de 2012, con la documentación aportada

Fecha	Especialista o examen	Resultado
11/07/2019	Neurologia	Viene a control . neurología lo evaluó envió salbutamol, amabas. Indico espirometria normal. Fibrobroncosopia y lavado bronquial normal. espera cultivos de cepillado bronquial. Infectologia indica vacunación contra influenza y neumococo y por otro lado el inicio de clavulin por 3 semanas, lo mismo indica otorrinolaringologías. TACAR con bronquiolitis. HA estado estable con días en el cual se incrementa la ptosis y debilidad generalizada, afectada por fatigabilidad con disnea pero mas sugestiva de ser respiratoria, sigue con disfagia EF cuadriparesia con fatigabilidad facil, ROT ++/++++ tto prednisolona, piridostigmine. Terapia fisica.
11/06/2019	Neurologia	Laboratorio Ch normal, niveles de inmunoglobulina IgA 168, LgG 980, IgM 44 , sodio, calcio, potasio normal creatinina 0,74 Ultima dosis de rituximab, Hace dos días dolor abdominal severo, con ingesta de alimentos, ptosis palpebral bilateral, debilidad generalizada. EF ptosis palpebral bilateral, no diplopia, cuadriparesia, Idx miastenia graves, sinusitis crónica se envia a neumologia
20/12/2019	Ecocardiograma	normal
01/01/2020	Terapia fisica	Idx miastenia gratis, gonartrosis izquierda, gastritis cronica. disminución de agudeza visual, enfermedad pulmonar intersticio, endometriosis. Paciente con 40 años de edad, procedente de Manizales Caldas, con escolaridad de profesional, estado civil casada, con 1 hijos 6 años, vive con esposo e hijo, con histórico laboral de 26 años en tareas vendedora y vida profesional, se evalúa dolor en la ENV de 9/10 localizeido a nivel poliarticular. Hiporeflexica, Se valora fuerza en la escala de Daniel's en interescapular 3/5, para espinales lumbares 3/5, tren superior 3/5, abdominales 3/5, glúteo mayor 3/5, cuádriceps 3/5, pruebas de colurana: signo de Lassegue negativo, prueba de Saurling negativo, prueba de ma-cha en talones negativo, prueba de marcha en puntillas negativo. Pruebas de miembros superiores Neer positivo bilateral, Hawkins-Kennedy positivo bilateral, Yocum positivo bilateral, Speed positivo bilateral, Tinnel positivo bilateral, Phalen positivo bilateral. Presenta retracción moderada de cuádriceps, isquiotibiales. limitación moderada severa en arcos de movilidad articular de hombros bilateral, con dolor a la palpación de la porción larga del biceps braquial bilateral, paresfesis en brazos bilateral, disminución de la fuerza muscular en las 4 extremidades, limitación moderada severa en arcos de movilidad articular de caderas bilateral y rodillas bilateral, y limitación moderada en arcos de movilidad articular de



		<p>articulación tibio peroneal astragalina y subastragalina izquierda, marcha lenta, claudicante, apoyo en bastón</p> <p>canadiense, escoliosis e hiperlordosis lumbar, crepita en rodillas bilateral al realizar flexo-extensión, dificultad para desplazamientos superiores a 300mts, dificultad para adoptar posturas prolorigadas y mantenidas en bípedo, y para realizar cambios de posición de sedente a bipedo, de bipedo a sedente, de prono a Supino y viceversa, retracción d'2 fascia lumbar, adinámica, colaboradora, lo que impide un adecuado desempeño laboral.</p> <p>Presenta una postura cifótica, ante versión de caderas bilateral. Paciente evidentemente depresiva, presenta buen nivel de atención y escucha frente a la percepción de la voz humana, presenta depresión por su actual condición física y por su dependencia de terceros para algunas de sus actividades básicas cotidianas tales como vestido, y por su situación económica. Paciente con pronóstico pobre, debido a sus múltiples comorbilidades, y a que sus padecimientos son progresivos, crónicos y degenerativos. Se espera valoración por resto de especialistas para determinar nuevas conductas de manejo</p>
24/02/2020	Espirometria	<p>FVC 80</p> <p>FEVI 71</p> <p>normal</p>
06/11/2018	Patologia Gastrica	Gastritis cronica atrofica multifactorial leve inactiva
11/02/2019	TAC Senos paranasales	Pansinusitis cronica.
02/03/2019	Electrodiagnostico	Positivo para enfermedad de la unión neuromuscular
15/03/2020	Neurologia Hospitalización	<p>Idx miastenia gratis,</p> <p>POP sinusitis,</p> <p>esta sintomatica con debilidad y ptosis, leve disnea</p> <p>con situación normal, no disfagia, no diplopia</p> <p>seguir prednisolona., concepto por ORL</p>
20/03/2020	Neumologia	<p>Paciente con miastenia gravis, pansinusitis cronica ingreso por crisis asmática y pansinusitis, manejo antibiótico por 7 dias, otorrino indica cirugia, previo al procedimiento inmunoglobulina. se realiza etmoidectomia. antrotomia media bilateral, turbino plástia, se realiza miringocentesis bilateral y colocación de tubos y labio toma muestra de salivar, sin complicaciones aparente, con posterior crisis miasteniforme en manejo con UCI en manejo con neurologia se indico plasmaferesis 5 sesiones luego a sala general con queja de sintomatología urinaria, taquicardia, uroanálisis patológico, tiene reporte urocultivo positivo, manejo antibiótico, con evolución estable a la mejoría,</p> <p>Seguir manejo antibiotico</p> <p>evolución del 21/03/2020: Paciente con buena evolución ligera ptosis OD no diplopia, no desastres respiratorio, logra marcha en forma independiente. simetría facial, aunque relata fluctuaciones de debilidad sin alteraciones en miembros, sin debilidad apendicular axial o apendicular, sin dificultad para respirar.</p> <p>Salida con prednisolona, aumento de piridostigmina,</p> <p>control con telemedicina.</p>
13/03/2020	Neurologia	Idx miastenia gravis, POP sinusitis,



Persiste ptosis derecha, no hay disfasia, ni diplopia.
timectomizado desde año 2019 presento miastenia POP, manejo plasmaferesis.
Sin signos de dificultad respiratoria, adecuado indice de oxigenación afebril, relata fluctuaciones de debilidad sin alteraciones en miembros, sin debilidad apendicular axial o apendicular, marcha sin alteración manejo por consulta externa.

TITULO I
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL
G700	MIASTENIA GRAVIS	Común	
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	Común	
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA	Común	
J019	SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	Común	
M179	GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA	Común	
N808	OTRAS ENDOMETRIOSIS	Común	

No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual								CAT	Domi nan cia	% Total Deficiencia (F.Balthazar ,sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Deficiencia	Resultado Clase final y % Deficiencia			
1	Compromiso de miembro superior derecho	12.2	1						25.00		0.0	50.72
2	Compromiso de miembro Superior izquierdo	12.2	1						20.00		0.00	
3	Asma	3.3	1		3				1C 9.00		0	
4	Gastritis	4.6	1		1	1			1C 5.00		0.00	
5	Ptosis palpebral	11.5							5.00		0.00	
6	Compromiso de miembro inferior izquierdo	12.3	0						0.00		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 Balthazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar					
Combinación de valores:	A+ _____	(100-A) *B	A: Deficiencia de mayor valor		
		100	B: Deficiencia de menor valor		
CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:			% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5		25.36

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 OCUPACIONAL					
1	Restricciones del rol laboral			10.00	
2	Restricciones autosuficiencia económica			0.00	
3	Restricciones en función de la edad cronológica			1.50	
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)				11.50	
CALIFICACION OTRAS AREAS OCUPACIONALES					
Asigne el valor según el grado de dificultad, ayuda y dependencia					
CLASE	VALOR		CLASE	VALOR	
A	0.1	No hay dificultad, no dependencia	D	0.4	Dificultad severa, dependencia severa
B	0.2	Dificultad leve, no dependencia	E	0.5	Dificultad completa, dependencia completa
C	0.3	Dificultad moderada, dependencia moderada			



COD	AREA OCUPACIONAL		d110	d115	d140 145	d150	d160	d165	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	
			0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.3
d5	Tabla 9	Autocuidado - 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	
			0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3
d6	Tabla 10	Vida doméstica	d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6601	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	0.0	0.0	0.4
Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20%)													1.0

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa	12.50
Calculo final PCO	Valor final deficiencia ponderado + Suma área motriz + Suma área adaptativa: 13

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 (%):	37.86		
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 13/03/2020	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE	
Sustentación: Por ultimo concepto de neurologia quien determina estabilidad clinica	Accidente	SI	NO
	Laboral		
	Común		
	Enfermedad	SI	NO
	Laboral		
	Común	X	

Paciente con diagnostico descritos se califica así:


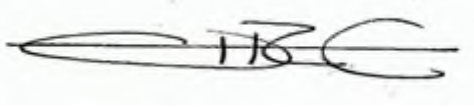

- TITULO I: Deficiencias dadas por Cuadriparesia 3/5 debilidad generalizada 4 extremidades, ultimo control refiere marcha independiente tabla 12.3 clase 0 tabla 12.2 clase 1 Gastritis manejo farmacologico, IMC no aplica Tabla 4.6 FP1 Fm1 Fm1. Asma con FEVI 71 manejo esteroides orales tabla 3.3 FP 1 FM4. POP sinusitis no se describe secuelas, No se da deficiencia por endometriosis por se tiene conceptos actuales, se solicitaron conceptos dos veces y no fueron aportados. No se tiene concepto actuales de Gonartrosis, se solicito en dos oportunidades soportes, no se da deficiencia.
- TITULO II: Rol laboral adaptado, económicamente autosuficiente, Otras áreas ocupacionales por compromiso en movilidad, cuidado personal y vida domestica

Esta calificación es expedida al fondo de pensiones porvenir, por lo tanto su validez será exclusiva para ente solicitante y para trámites ante otras entidades del estado, como lo estipula el decreto 1507 del 2014, manual único para calificación de perdida de la capacidad laboral y ocupacional.



ALTO COSTO / CATASTROFICA		CONGENITA O CERCANA AL NACIMIENTO				
CLASIFICACIÓN CONDICION SALUD - TIPO DE ENFERMEDAD (Marque con una X)						
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales)			SI		NO	X
SE REQUIERE CURADOR PARA LA TOMA DE DECISIONES			SI		NO	X
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO para realizar actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales)			SI		NO	X
REVISION PENSION: NO	TIPO DE ENFERMEDAD / DEFICIENCIA: CONGENITA	DEGENERATIVA	N/A	PROGRESIVA	N/A	

8. GRUPO CALIFICADOR

LILIANA MONTES CASTAÑEDA FISIOTERAPEUTA LSO Resolución 4919 del 08/05/2012	
ANDREA MARÍA RINCON CARVAJAL Medico Fisiatra E.S.O RM 001782/99	
ANDREA TORRES ROMERO MEDICO LABORAL RM. 73655/2010 - Lic. SO 13653/2015	



Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C.,
Colombia Av Calle 6 No. 34A-11. Atención al usuario:
www.servientrega.com. PBX.: 7 700 200 Fax: 7 700 380 ext 110045.

Fecha: 6 / 8 / 2020 07 : 00
Fecha Prog. Entrega: 8 / 8 / 2020



GUIA No. 2075764728

REMITENTE

CÓDIGO SER: SER107320 / SER107320
CR 7 NO. 32 - 33 P 31

CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL -C
Teléfono: 2860555 D.I./NIT: 900069398 Cod. Postal: 110311
Cd.: BOGOTA Dpto.: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA email: LIDER.ADMINISTRATIVO@CODESS.ORG.CO

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO			INTENTO DE ENTREGA			No. NOTIFICACION
1	2	3	1	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Desconocido	2	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Rehusado				
—	—	No reside				
—	—	No reclamado	3	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Dirección errada				
—	—	Otro (indicar cual)		FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE		
				DIA / MES / AÑO / HORA		

RECIBI A CONFORMIDAD(NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.):

GUIA No. 2075764728



FECHA Y HORA DE ENTREGA
DIA / MES / AÑO / HORA

Observaciones en la entrega:



DESTINATARIO	MZL 39	DOCUMENTO UNITARIO		PZ: 1
		CIUDAD: MANIZALES		
		CALDAS	F.P.: CREDITO	
		NORMAL	M.T.: TERRESTRE	
CALLE 29A # 26-36				
Nombre ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO Teléfono: 3046173880 D.I./NIT: 30400735 País: COLOMBIA Cód. Postal: 170006 email:				
Dice Contener: Documentos				
Obs. para Entrega:				
Vr. Declarado: \$ 5.000 VOL : 0 / 0 / 0				
Vr. Flete: \$ 10,500.00 Peso (vol): 0 Peso (kg): 1				
Vr. Sobreflete: \$ 350.00 No. Remisión:				
Vr. Total: \$ 7,700.00 No. Sobreporte:				
Quién Entrega: DG-6-CL-IDM-F-68 V.4				

Ministerio de Transporte. Licencia No. 805 de Marzo 2020. NIT: 900069398. Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010.



Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C.,
Colombia Av Calle 6 No. 34A-11. Atención al usuario:
www.servientrega.com. PBX.: 7 700 200 Fax: 7 700 380 ext 110045.

Fecha: 6 / 8 / 2020 07 : 00
Fecha Prog. Entrega: 8 / 8 / 2020



GUIA No. 2075764728

REMITENTE

CÓDIGO SER: SER107320 / SER107320
CR 7 NO. 32 - 33 P 31

CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL -C
Teléfono: 2860555 D.I./NIT: 900069398 Cod. Postal: 110311
Cd.: BOGOTA Dpto.: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA email: LIDER.ADMINISTRATIVO@CODESS.ORG.CO

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO			INTENTO DE ENTREGA			No. NOTIFICACION
1	2	3	1	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Desconocido	2	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Rehusado				
—	—	No reside				
—	—	No reclamado	3	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Dirección errada				
—	—	Otro (indicar cual)		FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE		
				DIA / MES / AÑO / HORA		

RECIBI A CONFORMIDAD(NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.):

GUIA No. 2075764728



FECHA Y HORA DE ENTREGA
DIA / MES / AÑO / HORA

Observaciones en la entrega:



DESTINATARIO	MZL 39	DOCUMENTO UNITARIO		PZ: 1
		CIUDAD: MANIZALES		
		CALDAS	F.P.: CREDITO	
		NORMAL	M.T.: TERRESTRE	
CALLE 29A # 26-36				
Nombre: ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO Teléfono: 3046173880 D.I./NIT: 30400735 País: COLOMBIA Cód. Postal: 170006 email:				
Dice Contener: Documentos				
Obs. para Entrega:				
Vr. Declarado: \$ 5.000 VOL : 0 / 0 / 0				
Vr. Flete: \$ 10,500.00 Peso (vol): 0 Peso (kg): 1				
Vr. Sobreflete: \$ 350.00 No. Remisión:				
Vr. Total: \$ 7,700.00 No. Sobreporte:				
Quién Entrega: DG-6-CL-IDM-F-68 V.4				

Ministerio de Transporte. Licencia No. 805 de Marzo 2020. NIT: 900069398. Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010.



Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C.,
Colombia Av Calle 6 No. 34A-11. Atención al usuario:
www.servientrega.com. PBX.: 7 700 200 Fax: 7 700 380 ext 110045.

Fecha: 6 / 8 / 2020 07 : 00
Fecha Prog. Entrega: 8 / 8 / 2020



GUIA No. 2075764728

REMITENTE

CÓDIGO SER: SER107320 / SER107320
CR 7 NO. 32 - 33 P 31

CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL -C
Teléfono: 2860555 D.I./NIT: 900069398 Cod. Postal: 110311
Cd.: BOGOTA Dpto.: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA email: LIDER.ADMINISTRATIVO@CODESS.ORG.CO

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO			INTENTO DE ENTREGA			No. NOTIFICACION
1	2	3	1	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Desconocido	2	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Rehusado				
—	—	No reside				
—	—	No reclamado	3	DIA / MES / AÑO / HORA		
—	—	Dirección errada				
—	—	Otro (indicar cual)		FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE		
				DIA / MES / AÑO / HORA		

RECIBI A CONFORMIDAD(NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.):

GUIA No. 2075764728



FECHA Y HORA DE ENTREGA
DIA / MES / AÑO / HORA

Observaciones en la entrega:



DESTINATARIO	MZL 39	DOCUMENTO UNITARIO		PZ: 1
		CIUDAD: MANIZALES		
		CALDAS	F.P.: CREDITO	
		NORMAL	M.T.: TERRESTRE	
CALLE 29A # 26-36				
Nombre: ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO Teléfono: 3046173880 D.I./NIT: 30400735 País: COLOMBIA Cód. Postal: 170006 email:				
Dice Contener: Documentos				
Obs. para Entrega:				
Vr. Declarado: \$ 5.000 VOL : 0 / 0 / 0				
Vr. Flete: \$ 10,500.00 Peso (vol): 0 Peso (kg): 1				
Vr. Sobreflete: \$ 350.00 No. Remisión:				
Vr. Total: \$ 7,700.00 No. Sobreporte:				
Quién Recibe: No. Factura: DG-6-CL-IDM-F-68 V.4				
No Ref2: No. Ref1:				

Ministerio de Transporte. Licencia No. 805 de Marzo 2020. NIT: 900069398. Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010.

104/

Bogotá D.C., 19 de marzo de 2025

Señora:

MARIA PAULINA MANRIQUE VELÁSQUEZ
SECRETARIA
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE MANIZALES
cmpal05ma@cendoj.ramajudicial.gov.co



Ref. Rad. Porvenir: 4107412171386700
ID: 30400735
S.S: 1-1928627688
COR BENEF

RADICADO: 170014003005-2024-00417-00
Oficio Nro. 385/2024-417

Señora Maria Paulina, reciba un saludo cordial,

En atención a su solicitud relacionada con el envío de los documentos relacionados con el trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral a nombre de la afiliada Elsa Aguirre; nos permitimos informar lo siguiente:

De acuerdo con lo validado en nuestra base de datos, y teniendo en cuenta su solicitud, esta Administradora remite para su conocimiento, tramite y verificación respectiva:

- Copia de la calificación de pérdida de capacidad laboral emitida por Alfa S.A.
- Solicitud radicada en Porvenir por parte de la afiliada Elsa Aguirre, para proceder a gestionar la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Para realizar sus consultas y trámites, utilice nuestros canales digitales comunicándose de la siguiente manera:



Esperamos que haya encontrado útil la información brindada¹²³⁴.

¹No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncia al 6017434441 Ext.77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica

² ¡Recuerde!, su clave de internet es personal e intransferible, no la comparta con nadie y cámbiela mínimo dos (2) veces al año, así protegerá sus datos y transacciones. Conozca más información en: <https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet>

³ Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la Carrera 10 N° 97 A – 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita o ingresando a <https://defensoresos.com/>

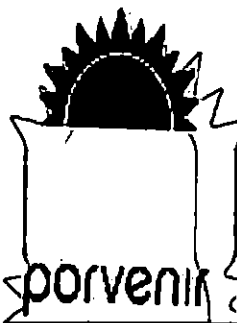
⁴ Nuestros afiliados cuentan con el ente autorregulador de valores AMV para interponer quejas o denuncias relacionados con el mercado de valores www.amvcolombia.org.co



Porvenir por ningún motivo realiza llamadas telefónicas a nuestros afiliados solicitando entregar claves temporales, contraseñas o códigos de seguridad. Por favor, no las entregue.

Cordialmente,

YENNI PATRICIA VEGA GARCIA
Dirección de Atención Integral a Clientes
YPVG/Armando AS



Documentos Básicos para el Proceso de Valoración de Pérdida de Capacidad Laboral

Pensiones y Cesantías Porvenir

VAIN - BEN

Es Radicado - Porvenir S.A.



0105670015632800

Nombre del Afiliado Elsa Lorena Aguirre Cusco
C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ N° Documento 30400735 De Ulele
Solo hay uno
Trámite de: Afiliado/Pensionado ☒ Beneficiario ☐
Nombre del Beneficiario _____ Documento de Identificación _____ Parentesco _____

Centro de Costos **2232 / D**

No. Envío o Tarea _____

"No permita que un tramitador le cobre dinero, él no le va a generar valor agregado, los trámites y tiempos si los radica usted son exactamente los mismos. Reiteramos, usted puede hacer sus trámites en Porvenir de manera fácil, segura y sin costo; lo asesoramos, acompañamos y le cumplimos la promesa de servicio. Si alguien le cobra, denúncielo a nuestra auditoría interna al correo lineaetica@porvenir.com.co"

Verificación Oficina

Valoración PCL de Origen Común		Recibido	Validado
ANG	1. Solicitud de Valoración Pérdida de Capacidad Laboral - Anexo G completamente diligenciado con letra legible.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DIA	2. Fotocopia del documento de identidad del afiliado o beneficiario ampliada al 150%.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AHC	3. Autorización de conocimiento de historia clínica con firma y huella dactilar del afiliado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CRIE	4. Concepto de Rehabilitación radicado previamente por la EPS. Número de radicado: <u>0105670015607500</u> Debe contener: fecha de expedición, diagnóstico, pronóstico, secuelas, concepto NO FAVORABLE y origen común. Para casos creados por subsidio de incapacidad, registrar el número de radicado del concepto Favorable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CEPI	5. Certificado de la EPS con la Relación de las Incapacidades generadas (opcional).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OEJ	6. Dictamen de la EPS, ARL, Colpensiones, Junta Regional (en firme, con Ejecutoria) y/o Junta Nacional si con anterioridad presentó una calificación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ECA	7. Exámenes clínicos (resultados de imágenes diagnósticas, de laboratorio y afines, del último año).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HCA	8. Copia de Historia Clínica completa que incluya valoraciones, conceptos y tratamiento desde el inicio de la enfermedad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Recuerde que:

1. Recibida la solicitud no implica aceptación. Los documentos y soportes entregados están sujetos a verificación y control.
2. Para iniciar el proceso es requisito indispensable que el origen de la enfermedad o patología sea de origen común (en firme).
3. Si se evidencia que existe diferencia (apelación) en el origen de la enfermedad reportado por la EPS en el Concepto de Rehabilitación, la solicitud de valoración no podrá ser gestionada por la Administradora. Deberá presentarla una vez esté en firme el origen de la enfermedad.
4. Una vez evaluada la solicitud la valoración PCL, la Aseguradora remitirá una comunicación, máximo a los treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción completa de los documentos, sin tener en cuenta los tiempos de correspondencia.

Observaciones: _____

Colaborador que recibe - Oficina
Firma [Firma]
Nombre Andrés López

Espacio para Sello de Correspondencia

Firma Afiliado/Tutor [Firma]
Firma _____

Colaborador que valida - Oficina
Firma [Firma]
Nombre Ana Hernandez

El afiliado se compromete a mantener sus datos de localización actualizados.

Una vez cuente con la totalidad de los documentos programe cita de radicación, comunicándose con la Línea de Servicio al Cliente en Bogotá al 7447678; en Medellín 6041555, en Barranquilla 3855151, en Cali 4857272, en otras ciudades del país sin costo al 018000510800.
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Nit 800.144.331-3
www.porvenir.com.co

Fis de AVAL

JUN-19 F-01-BF-RC-41 V.7.0