

San Juan de Pasto, 2 de septiembre de 2020

Señores  
JUZGADO TERCERO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO  
Atención  
Doctor  
**MARIO RENE MENESES PAREDES**  
Secretario  
Correo electrónico [j03lapas@cendoj.ramajudicial.gov.c](mailto:j03lapas@cendoj.ramajudicial.gov.c)  
E.S.M.

Asunto: Oficio 00486  
REF. SOLICITUD DE DOCUMENTACION Proceso Ordinario Laboral No. 2019 - 00034  
Demandante: SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ  
Demandado: PROTECCION S.A. – SEGUROS BOLÍVAR S.A.

En atención al requerimiento plasmado en Oficio 00486 emanado por su Despacho, donde se determinó que *"Atendiendo la orden impartida por la señora Juez en providencia del 20 de agosto de 2020 en la audiencia realizada en el asunto de la referencia, me permito solicitar, se sirva allegar al Juzgado, la siguiente información: 1. Certificación sobre: -La persona o entidad que inició el trámite para obtener la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral del trabajador SEGUNDO ABEL OVIEDO PÉREZ, identificado con la cédula de ciudadanía número 12.957.079; -Las conclusiones del primer dictamen de pérdida de capacidad laboral -La motivación de la primera calificación; -Si se interpusieron recursos contra esa calificación. En caso afirmativo quién impugnó la decisión. -Si la JRCIN notificó a todas las personas y entidades interesadas en el dictamen. -Anexar los documentos en que se fundamentó el primer dictamen realizado al trabajador"*.

Manifestación al primer punto:

Revisadas las bases de datos de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, se encuentra un proceso registrado a nombre del señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, aclarando sobre el mismo:

**PROCESO:**

Solicitud realizada por la apoderada de la Empresa Metropolitana de Aseo EMAS, el 20 de enero de 2016, en la que radica doce historias clínicas de operarios con el fin de que sean estudiadas y se establezca el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, en donde se encuentra registrado el señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ.

Esta junta emitió dictamen No. 2016-12957079-0304 de fecha 19 de octubre de 2016 donde se calificaron las secuelas o patologías: Infarto de miocardio antigua, Osteoartrosis, Síndrome de Maguito Rotador Derecho, Síndrome de Manguito Rotador Izquierdo, Divertículos del Colon Izquierdo, Hemorroides Internas GI, Gastritis Crónica, Síndrome de Colon Irritable.

PCL (pérdida de capacidad laboral): 54.66%

Origen: Común

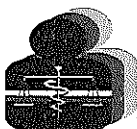
Fecha de estructuración: 6/10/2008

Médico Ponente: Dr Segundo Morán Montezuma

Calificación fundamentada en el Manual Único de Calificación

Se adelantó la notificación a la apoderada, sin que existan otros actores.

Se emitió finalmente acta de ejecutoria el 25 de abril de 2017, por tal razón el dictamen se encuentra en firme.



La actuación de esta junta tuvo fundamento en el Decreto 1072 de 2015, **Artículo 2.2.5.1.1. Campo de aplicación.** ... 3. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos”.

Para la calificación surtida al señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ, no le operaban recursos, por ser un proceso de tipo particular y el actuar de la junta fue como perito.

*“2. Se servirá señalar fecha en el menor tiempo posible para una NUEVA VALORACIÓN del señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PÉREZ, con el fin de definir el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y el origen de la misma.”*

En razón al numeral segundo, debo manifestar que esta junta se encuentra presta a realizar una nueva valoración, la cual debe contar con el cumplimiento de todos los requisitos documentales, los cuales son:

- Solicitud de calificación explicando los motivos de esta
- Si tiene auto que decreta la prueba, debe anexarlo haciendo las veces de solicitud
- Diligenciar formulario de solicitud de calificación de invalidez
- Copia documento identificación señor SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ
- Historia clínica actualizada
- Consignación de honorarios por un SMLV (\$877,803) a la Cuenta Ahorros / **Nº 201-49542-1 Banco AVVILLAS Referencia cedula del usuario**

Se debe tener en cuenta que el dictamen emitido, es un proceso cumplido y en firme.

Por otra parte y una vez transcurridos más de 3 años de la primera calificación, debe nuevamente calificarse para determinar si existen variaciones en el estado de salud del señor Demandante, identificando su mejoría o deterioro, siendo esta una actuación para esta junta.

El nuevo proceso de calificación se desarrollará una vez ingrese el expediente en forma completa y de acuerdo con las etapas y términos definidos en la norma que nos rige Decreto 1072 de 2015.

Lo anterior para su información y demás fines pertinentes.

#### NOTIFICACIONES

Carrera 33 No. 8 – 111 B/ Las Acacias. Correo electrónico: [jurecanar@yahoo.com](mailto:jurecanar@yahoo.com)  
[juntaregionalnarino.2018@gmail.com](mailto:juntaregionalnarino.2018@gmail.com). Teléfono 7231970 – 3142769356 Pasto (Nariño)

Cordialmente,

**DORA INES GAÑAN GUAPACHA**

Directora Administrativa y Financiera

Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño

Anexos:                    Solicitud de calificación de fecha 20/01/2016 – un (1) folio  
                                Poder emitido por Gerente de EMAS – un (1) folio  
                                Dictamen 2016-12957079-0304 – dos (2) folios  
                                Notificación – un (1) folio  
                                Acta de ejecutoria 25/04/2017 – un (1) folio

Registrado Sistema ECT  
727

*Sandra E. Montenegro N.*  
*Abogada.*

---

San Juan de Pasto, 20 de enero de 2016

RECIBIDO A LAS 12:45 PM  
DEL DIA 20 DEL MES Enero  
DEL AÑO 2016 #0107  
*guy*

Señores:  
**JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO**  
Ciudad.-

**SANDRA ELIZABETH MONTENEGRO NARVAEZ**, mayor de edad y vecina de este Municipio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 59.311.030 de Pasto, abogada en ejercicio, con tarjeta profesional No. 158.490 del C.S. de la J., en mi calidad de apoderada de la Empresa Metropolitana de Aseo EMAS, por medio del presente, me permito radicar doce historias clínicas de operarios, con el fin de que sean estudiadas y se establezca su porcentaje de calificación de invalidez, los cuales relaciono a continuación:

1.	MARIA FRANCA GONZALES	C.C. No. 27.080.384	16 FOLIOS
2.	MARIA INES ESCOBAR	C.C. No. 30.713.714	199 FOLIOS
3.	MARIA MARCELINA CHINCHAJOA	C.C. No. 30.717.872	18 FOLIOS
4.	JESUS ANTONIO REYES	C.C. No. 5.229.087	25 FOLIOS
5.	MARIA BEATRIZ PEREZ POTOSI	C.C. No. 30.708.050	30 FOLIOS
6.	HECTOR ALBERTO MORILLO	C.C. No. 12.958.378	103 FOLIOS
7.	FRANCO LEGARDA	C.C. No. 12.958.456	10 FOLIOS
8.	MARIA PETRONA LEON	C.C. No. 30.701.426	202 FOLIOS
9.	SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ	C.C. No. 12.957.079	239 FOLIOS
10.	LUZ MARINA BONILLA	C.C. No. 27.078.606	141 FOLIOS
11.	MARIELA DEL CARMEN ARGOTE	C.C. No. 30.712.736	46 FOLIOS
12.	GILBERTH DARIO MONTILLA	C.C. No. 87.574.947	72 FOLIOS

Para lo anterior adjunto a cada historia clínica la consignación realizada para trece operarios, quedando pendiente radicar una historia clínica que es la del señor RENE RODRIGUEZ.

Anexo al presente, poder debidamente autenticado.

Atentamente,

*Sandra E. Montenegro N.*  
**SANDRA E. MONTENEGRO N.**  
C.C. No. 59.311.030  
T.P. No. 158.490 C.S. de la J.

[illegible]

1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 26

San Juan de Pasto, noviembre de 2015

Señores:

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**  
**JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**  
Ciudad

**REFERENCIA: MEMORIAL PODER**

**ÁNGELA MARCELA PAZ ROMERO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.680.846 expedida en Palmira, en su calidad de Gerente y representante legal de la EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A. E.S.P - EMAS PASTO S.A E.S.P, sociedad legalmente constituida mediante escritura pública No. 4.092 del 3 de diciembre de 1996 de la Notaría Cuarta del Círculo de Pasto, debidamente registrada ante la Cámara de Comercio de Pasto, bajo el No. 06586 del libro IX del 26 de diciembre de 1996, por medio del presente escrito confiero PODER ESPECIAL, amplio y suficiente, a la abogada **SANDRA ELIZABETH MONTENEGRO NARVÁEZ**, mayor de edad y vecina de Pasto, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 59.311.030 expedida en Pasto (N), portadora de la TP. No. 158.490 del C.S. de la J., para que en mi nombre y representación tramite y lleve hasta su finalización las actuaciones necesarias con el fin de obtener ante la Junta Regional y/o Nacional de Calificación de invalidez el dictamen médico laboral de los trabajadores vinculados a EMAS PASTO S.A. E.S.P. que se asignen a la apoderada.

Confiero poder al abogado para realizar todas las gestiones necesarias para el perfeccionamiento de cada una de las actuaciones para llevar a cabo la misma.

Atentamente,



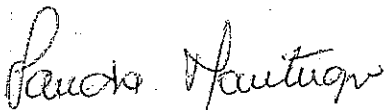
**ANGELA MARCELA PAZ ROMERO**

C.C. No. 29.680.846 de Palmira

**REPRESENTANTE LEGAL**

**EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO DE PASTO S.A E.S.P.**

Acepto,



**SANDRA ELIZABETH MONTENEGRO NARVÁEZ**

C.C. No. 59.311.030 de Pasto

TP. No. 158.490 del C.S. de la J.

**SUSCRITO NOTARIO CUARTO DEL  
CIRCULO NOTARIAL DE PASTO,**

**HACE CONSTAR**

Que el anterior: PODER

Dirigido a: \_\_\_\_\_

Fue presentado por: MARCELO DIAZ ANGELA

quien se identifica con C. de C. 29 680 846

[Signature]

[Signature]

04 NOV 2015



# JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

Nit. 900.587.628-9

## FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Calificación basada en el Manual Unico para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 12-08-2014

### INFORMACION GENERAL

ENTIDAD RECEPTORA			
Nombre Entidad:	JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REG.NARIÑO		Tipo Entidad:
Nombre Receptor:	MARIA ELISA DIAZ DE JURADO	Cargo:	DIR.ADMIN Y FINANCIERA
Ciudad y Departamento:	PASTO - NARIÑO		
Dirección y Teléfono:	CALLE 12 No. 27-112 BARRIO SAN FELIPE - Tel.: 7294552- 7294549		
Correo electrónico:	iuntacalificacionregionalnar@gmail.com		

Nombre del Solicitante:	EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO - EMAS
-------------------------	--------------------------------------

Fecha de recepción para calificación:	Día	Mes	Año	Fecha de valoración:	Día	Mes	Año
	20	1	2016		26	5	2016

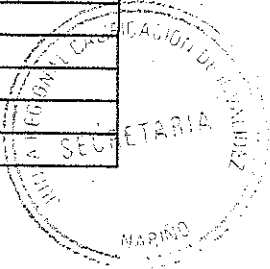
Motivo de calificación:	PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
-------------------------	------------------------------

DICTAMEN NUMERO	2016-12957079- 0304	DE FECHA :	19 de Octubre 2016
-----------------	---------------------	------------	--------------------

DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA							
Apellidos:	OVIEDO PEREZ			Nombres:	SEGUNDO ABEL		
Documento de identidad:	C.C.	Número:		Género:	MASCULINO	Estado civil	CASADO
		12.957.079					
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad años cumplidos	65 AÑOS	Escolaridad( alcanzada):	PRIMERO DE PRIMARIA
	6	2	1951				
Lugar de nacimiento:	Municipio	LA FLORIDA			Departamento:	NARIÑO	
Dirección:	CALLE 16 No. 13-29			Municipio:	PASTO	Departamento:	NARIÑO
Celular	317 8524678			Teléfono			
Régimen de afiliación al SGSSS							
A.F.P.	PROTECCION						
E.P.S.	CAFESALUD						
A.R.L.	NO INFORMA						
Propesión u oficio:	OPERARIO DE BARRIDO - EMAS				Tipo vinculación:	NO INFORMA	

### SECUELAS O PATOLOGÍAS A CALIFICAR

1.-) INFARTO DE MIOCARDIO ANTIGUA
2.-) OSTEOARTROSIS
3.-) SINDROME DE MAGUITO ROTADOR DERECHO
4.-) SINDROME DE MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
5.-) DIVERTICULOS DEL COLON IZQUIERDO
6.-) HEMORROIDES INTERNAS GI
7.-) GASTRITIS CRONICA
8.-) SINDROME DE COLON IRRITABLE



Conceptos de especialistas relacionados con la calificación:

Fecha:	Especialidad	Concepto

Resultados de exámenes paraclínicos

Fecha	Examen	Resultado

CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL  
VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

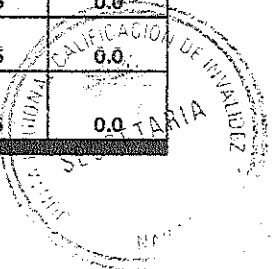
DEFICIENCIA			
Descripción	Númeral/Tabla	CLASE D	Grado Severidad
DEF. DE ENF. ARTERIAL CORONARIA	II- 2.5- 2.5.4- 2.2.	II	32.0 %
DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO DERECHO	XIV- 14.4- 14.4.6- 14.5	II	15.0 %
DEF. POR DISM. DE MOVILIDAD DE HOMBRO IZQUIERDO	XIV- 14.4- 14.4.6- 14.5	II	15.0 %
DEF. POR ESORDENES DE COLON	IV- 4.4- 4.4.2- 4.7	II	10.5 %
DEF. POR DESORDENES DEL RECTO	IV- 4.4- 4.4.2- 4.7	I	5.0 %
DEF. DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR	IV- 4.4- 4.4.2- 4.6	I	5.0 %
Grado Severidad % para la deficiencia			60.32 %

Descripción	Grado Severidad %
DEFICIENCIA COMBINADA (DC) = A + (100 - A) x B / 100	60.32 %

CALCULO VALOR FINAL DE LA DEFICIENCIA = DC *50% :	30.16 %
---------------------------------------------------	---------

CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL:  
VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Criterio	Categoría	%	Valor Máximo	Valor Asignado
Rol Laboral	Activo sin limitaciones para la actividad laboral	0.0	25	0.0
	Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral.	5.0	25	0.0
	Rol laboral o puesto de trabajo adaptado.	10.0	25	0.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo	15.0	25	15.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas	20.0	25	0.0
	Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral-restricciones completas.	25.0	25	0.0
Autosuficiencia Económica	Autosuficiencia	0.0	2.5	0.0
	Autosuficiencia reajustada	1.0	2.5	1.0
	Precariamente autosuficiente	1.5	2.5	0.0
	Económicamente débiles	2.0	2.5	0.0
	Económicamente dependientes	2.5	2.5	0.0





Edad cronológica (edad cumplida al momento de calificación)	Menor de 18 años	2.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	1.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.5	2.5	0.0
	Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años	2.0	2.5	0.0
	Mayor o igual a 60 años	2.5	2.5	2.5
Otras áreas ocupacionales	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (Tabla 6)	4.0	20.0	0.0
	Comunicación (tabla /7)	4.0	20.0	0.0
	Movilidad (tabla 8)	4.0	20.0	2.0
	Cuidado personal (tabla 9)	4.0	20.0	2.0
	Vida doméstica (tabla 10)	4.0	20.0	2.0
TOTAL VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTROS AREAS OCUPACIONALES				24.5 %

VALOR TOTAL CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Cálculo valor final de la deficiencia:	30.16 %
Total valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales	24.50 %
Valor total calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional	54.66 %

Calificación de origen:	COMUN
-------------------------	-------

Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad	Día	Mes	Año
	6	10	2008

SEGUNDO MORAN MONTEALMA  
Lic. S.O. Res. 1381  
Médico

ORFA LEILA CANTE CASAS  
Lic.  
Fsioterapeuta



SIGIFREDO SUAREZ A.  
Lic. S.O. Res. 1373  
Médico

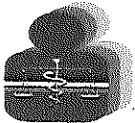
MARIA ELISA DIAZ DE JURADO  
Lic. 23061 CSJ  
Abogada



## NOTIFICACION PERSONAL

NOMRES Y APELLIDOS:	Sandra E. Montenegro N.
FIRMA:	<i>Sandra Montenegro</i>
CEDULA CIUDADANIA No.:	59.311.030 Puerto.
FECHA:	07 Ene - 2017.





San Juan de Pasto, 19 de Octubre del 2016

Señor (a)  
**SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**  
**EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO**  
Ciudad

**Ref. NOTIFICACION DICTAMEN**

Cordial saludo.

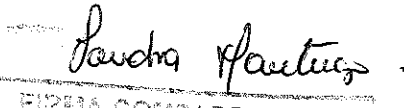
De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito remitir a Usted el dictamen Número: **2016-12957079-0304**, expedido por la Junta en audiencia realizada el día 19 de Octubre del 2016.

Se advierte que contra el presente Dictamen procede el Recurso de Reposición ante ésta Junta, interpuesto dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de su desfijación de cartelera.

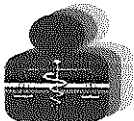
Proceda así mismo el Recurso de Apelación ante la Junta Nacional, el cual podrá interponerse directamente o como subsidio de reposición por intermedio de ésta Junta dentro del mismo término.

Atentamente,

  
**MARIA ELISA DIAZ DE JURADO**  
Directora Administrativa y Financiera

  
FIRMA COMPARECIENTE  
59.311.030 RSD.  
07 Enc - 2017





OS. 2012



**LA SUSCRITA SECRETARIA DE LA JUNTA REGIONAL DE  
CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO**

**HACE CONSTAR QUE:**

En contra del dictamen No. **2016-12957079-0304** del 19 de Octubre del 2016, en donde se califica la pérdida de capacidad laboral (PCL), correspondiente al señor (a) **SEGUNDO ABEL OVIEDO PEREZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 12.957.079, no se presentaron recursos que otorga la Ley, por lo tanto se encuentra en **FIRME Y EJECUTORIADO**.

Dada en San Juan de Pasto, a los veinticinco (25) días del mes de Abril del año dos mil diecisiete (2017).



**MARIA ELISA DIAZ DE TURADO**  
**Secretaria Miembro Principal Junta Regional Calificación de**  
**Invalidez**  
**SALA UNICA**

*Reinaldo Pantuero*  
FIRMA COMPARECIENTE  
03-05-17

