

143

Señor  
Doctor **OSCAR A. VALERO NISIMBLAT**  
Magistrado Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca.  
E.S.D.

Ref : Proceso No. **76-001-23-33-010-2018-00619-00**  
Actor : **LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA y OTROS.**  
Demandado: **EMPRESASMUNICIPALES DE CALI – EMCALI E.I.C.E. E.S.P., y**  
**MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI.**  
Medio de Control: **REPARACION DIRECTA.**

**JORGE ANTONIO PAREDES DE LA CRUZ**, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.768.099 de Cali., abogado titulado, portador de la tarjeta profesional No.74.170 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado especial de la parte, por medio del presente escrito, estando dentro del término legal que estipula el artículo 173 del C.P.A.C.A. presento reforma de la demanda, en ejercicio del Medio de Control de Reparación Directa que consagra el artículo 140 del C.P.A.C.A., **adicionando la demanda en cuanto al acápite de pruebas aportadas y solicitadas** para solicitar al señor Juez se tengan como prueba en la presente demanda, de la siguiente forma:

#### **1. ADICION EN CUANTO A LOS HECHOS**

**14.** Mediante oficio memorando 312.-DI -. 00092 del 23 de Enero de 2017 del Ingeniero de proyectos EFRAIN ARTURO ESCOBAR FLOREZ – Supervisor contrato por EMCALI EICE ESP, dirigido a la comunidad del Barrio Guayacanes de Cali, les comunica lo siguiente:

“...Comunico a ustedes que la firma CONSORCIO REDES EMCALI 2016 efectuará mediante el contrato No. 300GAA-CO-1472-2016 suscrito con EMCALI EICE ESP, la reposición de redes de alcantarillado y acueducto para el Barrio Guayacanes dentro de un sector demarcado por las calles 62 y 64 entre carreras 1D y 2. La obra a construir será socializada antes del inicio físico de actividades.

En este momento se adelanta la etapa de pre construcción, necesitándose levantar las respectivas actas de vecindad para evidenciar el estado actual de las viviendas y/o edificaciones, para lo cual les solicito la mayor colaboración posible...”.

Con el anterior oficio transcrito de la ejecución de las obras de cambio o reposición de alcantarillado realizadas en el Barrio Guayacanes dentro de un sector demarcado por las calles 62 y 64 entre carreras 1D y 2 queda demostrado que dicho trabajo de obra pública fue realizado por EMCALI EICE ESP, y por lo tanto existe responsabilidad de EMCALI EICE ESP por la falla del servicio omisión, como responsable directo de las lesiones causadas por el señor LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA.

**15.** El señor LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA, fue valorado el día 21 de Agosto de 2018 por el Doctor SEVERO A. CONDE R. Medico Psiquiatra quien determinó lo siguiente:

“...Ingresa paciente al consultorio por sus propios medios con dificultad en el caminar, con buena presentación personal. Paciente que cayó a alcantarilla el 18 de Marzo de 2017 con pérdida del conocimiento por tiempo indefinido.

2  
144

Quedó desorientado, no reconocía la casa, la esposa ni la familia, memoria inmediata comprometida. Acompañante refiere enfermedad laboral hipoacusia (perdida audición de ambos oídos), 25 años de trabajo en la misma empresa. También presenta lesión en el manguito rotador, con otros síntomas como mareo, insomnio marcad, irritable, agresivo, "pelea con todos".

Al momento de la consulta se encuentra al paciente con sobrepeso, discurso lento, sin delirios ni alucinaciones, sensorio (memoria, abstracción, atención y calculo) alterado, juicio y raciocinio alterado por compromiso de las memorias y del aprendizaje.

#### Diagnostico Final:

1. Trastornos del humor orgánico (8F063)
2. Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral (f069)

Con base en lo anterior certifico que el señor LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA no tiene capacidad mental que le permita auto determinarse, evaluar lo lícito de lo ilícito, ni de tomar decisiones, características irreversibles que limitan la capacidad del paciente para ser independiente. Requiere de un cuidador permanente y de quien tome las decisiones por el....".

16. El señor LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA, fue notificado el día 31 de mayo de 2018 por la ARL / SURA, del porcentaje de perdida de capacidad laboral, cuya calificación de discapacidad es de 75.8%, por el cual tiene que ser pensionado por invalidez.

#### **ADICION A PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS.**

Solicito respetuosamente al señor Juez tener como prueba de los hechos las siguiente:

1.22. Copia de Oficio 312.-DI-.00092 del 23 de Enero de 2017 del Ingeniero de proyectos EFRAIN ARTURO ESCOBAR FLOREZ – Supervisor contrato por EMCALI EICE ESP, dirigido a la comunidad del Barrio Guayacanes de Cali.

1.23. Certificado de medicina por Psiquiatría de fecha 21 de Agosto de 2018, expedido por del Doctor SEVERO A. CONDE R., Medico Psiquiatra, con registro Medico No. 8155/88.

#### **2. ADICION PRUEBAS DOCUMENTALES SOLICITADAS**

Solicito respetuosamente al señor Juez: que se oficie al señor Gerente de las Empresas Municipales de Cali – EMCALI EICE ESP., cuyo Gerencia se encuentra ubicado en la Avenida 2N entre Calle 10 y 11 CAM Torre EMCALI de la ciudad de Cali para que remita a este Despacho Judicial copia autentica de los siguientes documentos:

2.1. Copia Autentica del Contrato de obra Pública numero 300-GAA-CO-1472-2016 suscrito entre EMCALI EICE ESP. y EL CONSORCIO REDES EMCALI 2016, para la reposición de redes de alcantarillado y acueducto para el Barrio Guayacanes de Cali, dentro del sector demarcado por las calles 62 y 64 entre carreras 1D y 2 .

2.2. Copia Autentica del memorando 312.-DI-. 00092 del 23 de Enero de 2017 del Ingeniero de proyectos EFRAIN ARTURO ESCOBAR FLOREZ – Supervisor contrato por EMCALI EICE ESP, dirigido a la comunidad del Barrio Guayacanes de Cali, donde informa sobre las obras a realizar para la reposición de redes de alcantarillado y acueducto para el Barrio Guayacanes, dentro del sector demarcado por las calles 62 y 64 entre carreras 1D y 2., de la ciudad de Cali.

3. Solicito respetuosamente al señor Juez: que se oficie a Suramericana de Seguros S.A., ubicada en Centro Empresa Calle 64 Norte No. 5B-146 local 7 y 8 de la ciudad de Cali para que remita a este Despacho Judicial copia autentica de los siguientes documentos:

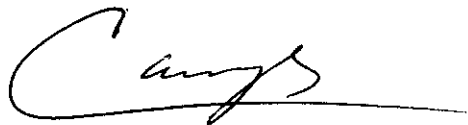
3.1. Copia Autentica del Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez y el porcentaje de discapacidad laboral por el cual se le otorga pensión por invalidez al señor LUIS HERNADO MURILLO VALENCIA, identificado con la C.C.No. 16.705.864 de Cali.

### ANEXOS

- 4 Copias de la reforma por Adición de la demanda para la parte demandada, Oficina de Defensa Jurídica del Estado y el Ministerio Público y Archivo de Juzgado.
- Copia en medio magnético CD, de la Adición de la demanda.
- Certificación de la valoración por el médico Psiquiatra Doctor SEVERO A. CONDE R., del 21 de Agosto de 2018.
- Copia del oficio No. 312.3-DI-. 00092 de Enero 23 de 2017 del Ingeniero de Proyectos EFRAIN ARTURO ESCOBAR FLOREZ, Supervisor Contrato por EMCALI EICE ESP.
- Copia de calificación de discapacidad laboral de 31 de mayo de 2019, realizado por ARL / SURA.

Del señor Juez.

Atentamente,



**JORGE ANTONIO PAREDES DE LA CRUZ**

C.C. No. 16.768.099 de Cali.

T.P. No. 74.170 del Consejo Superior de la Judicatura.

Karen P

10 Fl. — 1 DC

4 testato.

CERTIFICADO: PROCESO INTERDICCIÓN JUDICIAL  
DIRIGIDO: A QUIEN PUEDA INTERESAR

**BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:**

*El suscrito médico Psiquiatra hace constar que ha evaluado al señor **LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA** de 53 años de edad identificado con cédula de ciudadanía 16.705.864 de Cali. Viene en compañía de su esposa **LUDIVIA MUÑOZ VANEGAS** identificada con cédula de ciudadanía 31.939.127 de Cali.*

Ingresa paciente al consultorio por sus propios medios con dificultad en el caminar, con buena presentación personal. Paciente que cayó a alcantarilla el 18 de Marzo de 2017 con pérdida del conocimiento por tiempo indefinido. Quedó desorientado, no reconocía la casa, la esposa ni la familia, memoria inmediata comprometida. Acompañante refiere enfermedad laboral hipoacusia (perdida audición de ambos oídos), 26 años de trabajo en la misma empresa. También presenta lesión en el manguito rotador, con otros síntomas como mareo, insomnio marcado, irritable, agresivo, "pelea con todos".

Al momento de la consulta se encuentra al paciente con sobrepeso, discurso lento, sin delirios ni alucinaciones, sensorio (memoria, abstracción, atención y cálculo) alterado, juicio y raciocinio alterado por compromiso de las memorias y del aprendizaje.

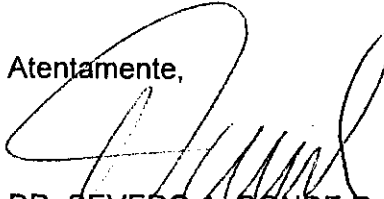
**Diagnostico Final:**

- 1: Trastornos del humor orgánico (F063)
- 2: Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral (F069)

Con base en lo anterior certifico que el señor **LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA** no tiene capacidad mental que le permita auto determinarse, evaluar lo lícito de lo ilícito, ni de tomar decisiones; características irreversibles que limitan la capacidad del paciente para ser independiente. Requiere de un cuidador permanente y de quien tome las decisiones por él.

Para constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali el día 21 del mes de Agosto del 2018.

Atentamente,

  
DR. SEVERO A. CONDE R  
MEDICO PSIQUIATRA  
Registro medico No 8155/88

Dr. Severo A. Conde R  
MÉDICO PSIQUIATRA  
C.C. 16.609.011  
REG. 8155/88

Clinica  
**BASILIA**

Cuidamos la salud mental  
Calle 5E No. 42A-53 Cali - Colombia  
PBX: 524 2202 - 513 1923  
www.clinicabasilia.com

4

1

2



Santiago de Cali, 31 de Mayo de 2019

CE201911007626  
EXP1310433337

Señor(a)  
**LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA**  
CC: 16705864

Dirección: Carrera 1 I # 62 A - 22 Barrio Rivera 2  
Teléfono: 3137654146/3164473281  
Cali- Valle del Cauca.

**Asunto:** Notificación Calificación Integral sentencia C425 2005

**Respetada Señor(a) LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA:**

Nos permitimos notificar el dictamen de la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, luego de realizar la evaluación medico laboral el 05 de Febrero del 2019 evidenciando que Usted presenta secuelas de Enfermedad Común y de Enfermedad Laboral, que hacen pertinente efectuar una calificación integral de su pérdida de la capacidad laboral, según la normativa vigente. Esto es, si el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, calculado de forma integral por todas sus patologías, fuese igual o mayor a 50%, tal calificación deberá efectuarse de manera integral, (**Sentencia C-425 de 2005, de la Corte Constitucional, M.P. Jaime Araujo Rentería. Ley 776 de 2002, artículo 9°**). De acuerdo con lo anterior, encontramos que su pérdida de capacidad laboral integral actualmente corresponde a **75.8%** y su origen es **COMUN**, según las reglas que deben seguir las entidades encargadas de la calificación integral en el estado de invalidez, a fin de determinar a quién le corresponde el pago de la pensión de invalidez, contenidas en la sentencia T-518 de 2011 de la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, (Se anexa dictamen y Evaluación Funcional). Se procede a la notificación de las partes interesadas.

Las prestaciones derivadas de esta calificación deben ser solicitadas a la EPS y/o AFP (Administradora de Fondo de Pensiones) a la cual usted se encuentre afiliado, debido a que el origen de la patología y/o la invalidez determina a cargo de cuál Sistema General de Aseguramiento corresponden las prestaciones, (Decreto 1295 de 1994, artículo 6°, inciso segundo; el cual está en concordancia con la Ley 1562 de 2012, artículo 5°, parágrafo 3 y artículo 24, además de la Ley 776 de 2002, artículo 1°, parágrafo 2°). En caso de no encontrarse de acuerdo con tal calificación, usted debe manifestarnos su inconformidad dentro de los diez días siguientes al recibo de la presente notificación, de acuerdo con el Decreto 0019 de 2012, artículo 142, que dice:

*"Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES-, a las administradoras de riesgos profesionales ARP-, a las compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales".*

Para lo anterior, hemos habilitados el siguiente canal por medio del cual la comunicación puede ser enviada: dirección: Calle 64 Norte # 5B -146 Centro empresa Local 7. Cali- Valle del Cauca.

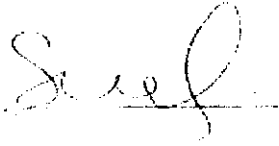
Transcurrido el plazo anterior, sin que usted haya manifestado su desacuerdo sobre el dictamen señalado, se entenderá que está conforme con el mismo y éste se considera que esta en firme.

10

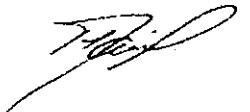
11

12

Atentamente,



SANDRA LILIANA PAEZ VERA.  
Lic. S.O res. 0903 DE 09/09/2012  
COMISION MEDICA INTERDISCIPLINARIA  
ARL SURA OFICINA BOGOTA



FERNANDO RAMIREZ ALVAREZ  
Lic. S.O. res. 9451 del 16/08  
COMISION MEDICA INTERDISCIPLINARIA  
ARL SURA OFICINA BOGOTA



CARLOS MARIO CARVAJAL SEPULVEDA  
Lic. S.O. Res. 27542 del 28/12  
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA  
ARL SURA OFICINA BOGOTA.

Firmo en señal de que he leído y comprendido el alcance de la presente comunicación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

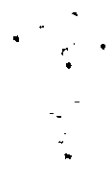
Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Copia a:

SEÑORES:  
**CENTELSA.** – Empleador.  
Dirección: Cille 10 #38-43 Sector Acopi Yumbo.  
Telf: 6083400-3920200

SEÑORES:  
**NUEVA EPS** – Medicina Laboral.  
Dirección: Avenida 5N No 23N – 59. Cali – Valle del Cauca.

SEÑORES:  
**COLPENSIONES AFP** – Medicina Laboral. Cali- Valle del Cauca.  
Direccion: Carrera 5 # 9-25 Centro.



|                                                                                         |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL | TÍTULO I<br>TÍTULO PRESUMINAR Y TÍTULO I                  |
|                                                                                         | TÍTULO I<br>CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| OTRAS INTERCONSULTAS (conceptos de especialistas relacionados con la calificación)                                                                                                                                                                        |                                  |
| FECHA (dd/mm/aa)                                                                                                                                                                                                                                          | 19/11/2018                       |
| ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                              | OTORRINOLARINGOLOGÍA             |
| OTORRINOLARINGOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                      | No Recomienda Audífonos.         |
| Se Realiza Asignación De Deficiencias Con Resultados De Potenciales Evocados, Teniendo En Cuenta Que Las Audiometrías Seridas No Son Congruentes Ni Confiables. Se Debe Tener En Cuenta El Estado Psiquiátrico Del Paciente Según Concepto Del Dr. Conde. |                                  |
| 05/02/2019                                                                                                                                                                                                                                                | MEDICO LABORAL UDEC SURAMERICANA |
| VIGILADO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |
| 19-11-2018 15:02:44                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |

CONCEPTO

19-11-2018 Otorrinolaringología: audiometría con hipocusis neurosensorial bilateral en 65 le ordenaron valoración psiquiátrica donde el reporte dice que el señor no tiene capacidad mental que le permita auto determinarse evaluar lo ilícito de lo ilícito ni tomar decisiones características irreversibles que lo limitan para ser independiente, le doy varias órdenes las cuales obedece lentamente, escucha habiéndole cerca, se le explica a la esposa que no le recomiendo audífonos dado su estado mental continuar con neuro.

21/08/2018 Dr. Conde Psiquiatra: "Al momento de la consulta se encuentra al paciente con sobrepeso, discurso lento, sin delirios ni alucinaciones, sensorio (memoria, atención y cálculo) alterado, juicio y raciocinio alterado por compromiso de memoria y del aprendizaje. Diagnóstico trastorno del humor orgánico. Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral. Con base en lo anterior certifico que el señor Luis munitillo valencia no tiene capacidad mental que le permita auto determinarse, evaluar lo ilícito de lo ilícito, ni de tomar decisiones, características irreversibles que limitan la capacidad del paciente para ser independiente, requiere de un cuidador y de quien tome las decisiones por él."

151

Formulario de Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

| EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL (Referidos por el calificado) |        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|
| Locativos                                                                 |        |
| Mecánicos                                                                 |        |
| Psicosociales                                                             |        |
| Biológicos                                                                |        |
| Ergonómicos                                                               | XXXXXX |
| Químicos                                                                  |        |
| Físicos                                                                   |        |

| OTROS ANTECEDENTES LABORALES (Referidos por el calificado) |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| EMPRESA                                                    |           |
| NO TIENE OTRA EXPERIENCIA LABORAL                          | NO APLICA |
| CARGO                                                      |           |
| RIESGOS PRINCIPALES                                        |           |
| TIEMPO (meses)                                             | N/A       |

| 4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO |                     |
|------------------------------------------|---------------------|
| PROFESIÓN U OFICIO:                      | OPERARIO            |
| EMPRESA DONDE TRABAJA / OCUPACIÓN:       | CENTELSA / OPERARIO |
| ACTIVIDAD ECONOMICA:                     | Código CIO:         |
| Fecha de ingreso:                        | 02-Jun-05           |
| Fecha de retiro (si aplica):             |                     |
| Clase de riesgo empresa:                 | OPERARIO            |
| UBICACIÓN:                               | Urbano              |
| Contrato vigente?                        | SI                  |
| TIPO VINCULACIÓN:                        | Dependiente         |
| Trabajador:                              | Vinculado activo    |
| VINCULACIÓN LABORAL:                     |                     |
| NIT / CC:                                |                     |
| Último Cargo:                            |                     |
| Tiempo (meses):                          |                     |
| Clase de riesgo empresa:                 | OPERARIO            |
| UBICACIÓN:                               | Urbano              |

| AFILIACIÓN AL SISV             |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| ADMINISTRADORAS                | A.F.P. COLPENSIONES |
|                                | E.P.S. NUEVA EPS    |
| REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SISV: | CONTRIBUTIVO        |
| A.F.L.                         |                     |
| e-mail:                        |                     |
| A.R.L.                         |                     |
| e-mail:                        |                     |
| SURA                           |                     |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO: Aplica solo si el calificado es un Beneficiario |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| APLIDOS                                                                      |  |
| N° Documento identidad:                                                      |  |
| MUNICIPIO:                                                                   |  |
| NOMBRES                                                                      |  |
| DEPTO                                                                        |  |
| TELEFONO                                                                     |  |

| IDENTIFICACIÓN DEL ACUDIENTE o ADULTO RESPONSABLE: Aplica solo si el calificado es un Menor de edad |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| APLIDOS                                                                                             |  |
| N° Documento identidad:                                                                             |  |
| MUNICIPIO:                                                                                          |  |
| NOMBRES                                                                                             |  |
| DEPTO                                                                                               |  |
| TELEFONO                                                                                            |  |

| ETAPA DEL CICLO VITAL: |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| Dircción:              | CR 1 # 62 A - 22 BARRIO RIVERA 2 |
| Teléfono (s):          | 3137654146/3164473281            |
| Correo electrónico:    | LUISMURILLO89099@GMAIL.COM       |
| Deppto:                | Valle del Cauca                  |
| Cali:                  |                                  |

| FECHA DE NACIMIENTO |       |
|---------------------|-------|
| Día                 | 4     |
| Mes                 | enero |
| Año                 | 1985  |
| Edad                | 34    |
| Años                | 54    |
| Meses               |       |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| APLIDOS                     | MURILLO VALENCIA  |
| NOMBRES                     | LUIS HERNANDO     |
| ESTADO CIVIL                | casado            |
| ESCOLARIDAD (alcance)       | Secundaria Básica |
| GENERO                      | Masculino         |

| 3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA |    |
|---------------------------------------------|----|
| Afilado:                                    | SI |
| Beneficiario:                               | NO |

| 2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA |                                                           |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| NOMBRE ENTIDAD:                                   | SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A. "ARL SURA" |
| CUIDAD Y DEPARTAMENTO:                            | MEDULLIN - ANTIOQUIA                                      |
| DIRECCIÓN Y TELÉFONO:                             | Centro Empresarial Olaya Herrera - piso 8 y 9             |
| CORREO ELECTRÓNICO:                               | contactenosarl@suraamericana.com.co                       |
| NIT:                                              | 800.256.161                                               |

| 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL |                                              |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| FECHA DE DICTAMEN:                           | 30 Abril 2019                                |
| FECHA DE RECEPCIÓN PARA CALIFICACIÓN:        | 10 Diciembre 2019                            |
| SOLICITANTE:                                 | ARL                                          |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:                      | Dra. Yuli Calderon                           |
| Dirección de solicitante:                    | Centro empresa                               |
| Teléfono de solicitante:                     | 6818900                                      |
| MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN:                   | CALIFICACION DE INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL |

| MOTIVO DE SOLICITUD |  |
|---------------------|--|
| PRIMERA OPORTUNIDAD |  |
| Número de dictamen: |  |

| FECHA DE VALUACIÓN |       |
|--------------------|-------|
| Día                | 25    |
| Mes                | enero |
| Año                | 2019  |



10  
152

| 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 %     | 75.8 %                                                     |

| FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA PCL/OCUPACIONAL: | Día | Mes   | Año  | SUSTENTACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA PCL/OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------|-----|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | 25  | Abril | 2019 | RESULTADO DE PRUEBAS PNEUROPsicologicas. Se realiza Calificación Integral según la Sentencia C-425/05 de la Corte Constitucional. Así mismo se determina Origen Común dado que las secuelas de las enfermedades de Origen Común, se instauraron posterior a las secuelas de la Enfermedad Laboral. |

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| CALIFICACION DE ORIGEN: | Enfermedad de origen común. |
|-------------------------|-----------------------------|

|                     |     |     |     |
|---------------------|-----|-----|-----|
| FECHA DE ACCIDENTE: | Día | Mes | Año |
| (si aplica)         | 0   | 0   |     |

|                                          |     |     |     |
|------------------------------------------|-----|-----|-----|
| FECHA DE DIAGNOSTICO CLINICO ENFERMEDAD: | Día | Mes | Año |
| (si aplica)                              | 0   | 0   |     |

|                                                                                |     |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| FECHA DE CALIFICACION COMO ENFERMEDAD LABORAL PRIMERA OPORTUNIDAD: (si aplica) | Día | Mes | Año |
|                                                                                | 0   | 0   |     |

| CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD (SI o NO)                                            |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Áreas Ocupacionales):     | SI                              |
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES                                                 | SI                              |
| REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Áreas Ocupacionales): | NO                              |
| TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:                                                                         | DEGENERATIVA: SI PROGRESIVA: SI |

| 8. GRUPO CALIFICADOR                     |                                |                 |                    |       |
|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------|
| GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO          | NOMBRE                         | Registro médico | Licencia S.O.      | Firma |
| Médico Especialista S.O.                 | Paez VERA SANDRA LILIANA       |                 | 0903 DE 09/09/2012 |       |
| Médico Especialista S.O.                 | RAMIREZ ALVAREZ FERNANDO       |                 | 9451 del 16/08/    |       |
| Terapeuta Fisico Especialista S.O.       | SUAREZ CASTILLO DIANA CAROLINA |                 | 3157               |       |
| Otro profesional de la salud (si aplica) |                                |                 |                    |       |

VOCALES

|                                                                                       |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|
| VALOR FINAL DE LA SEGUNDA PARTE PARA LAS PERSONAS EN EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA (50%) | 33.1 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------|

MEMORANDO

3123-DI-00092

Santiago de Cali, 23 ENF. 2017

Señores:  
COMUNIDAD BARRIO GUAYACANES  
La ciudad.

Asunto: Reposición redes de alcantarillado y acueducto

Cordial saludo,

Comunico a ustedes que la firma CONSORCIO REDES EMCALI 2016, efectuara mediante el contrato No. 300-GAA-CO-1472-2016 suscrito con EMCALI EICE ESP, la reposición de redes de alcantarillado y acueducto para el Barrio Guayacanes dentro de un sector demarcado por las Calles 62 y 64 entre carreras 1D y 2. La obra a construir será socializada antes del inicio físico de actividades.

En este momento se adelanta la etapa de preconstrucción, necesitándose levantar las respectivas actas de vecindad para evidenciar el estado actual de las viviendas y/o edificaciones, para lo cual les solicito la mayor colaboración posible.

Atentamente,

EFRAIN ARTURO ESCOBAR FLOREZ  
Ingeniero de Proyectos  
Supervisor contrato por EMCALI EICE ESP



**EMCALI**  
EICE - ESP

**HONORABLE MAGISTRADO**

**OSCAR A. VALERO NISIMBLAT**

**TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA**

**La Ciudad.**

**MEDIO DE CONTROL:**

**REPARACIÓN DIRECTA**

**DEMANDANTE:**

**LUIS HERNANDO MURILLO VALENCIA Y OTROS**

**DEMANDADO:**

**EMCALI EICE ESP Y OTROS**

**RADICACIÓN:**

**760012333010-2018-00619-00**

**SANDRA LORENA ALVAREZ CASTELLON**, identificada con la cédula de ciudadanía número 38.612.878 expedida en Cali, en mi condición de Secretaria General y apoderada de EMCALI EICE ESP, facultada mediante Escritura Pública No. 384 de fecha 21 de Febrero de 2018, de la Notaria Trece de Cali; otorgada por **GUSTAVO ADOLFO JARAMILLO VELASQUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No 94.446.081 de Cali (V), en su condición de Gerente General de EMCALI EICE ESP, conforme el Decreto No 4112.010.20.0368 del 24 de mayo de 2017; manifiesto a usted con todo respeto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la Doctor **JORGE ENRIQUE CRESPO BOTERO** mayor de edad, vecino de Santiago de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 12.967.239, expedida en Pasto, abogado titulado con Tarjeta Profesional número 33.666 del Consejo Superior de la Judicatura, para que actúe dentro del proceso anotado en la referencia, con la facultad expresa de efectuar toda acción tendiente a la defensa de los intereses de EMCALI E.I.C.E E.S.P.

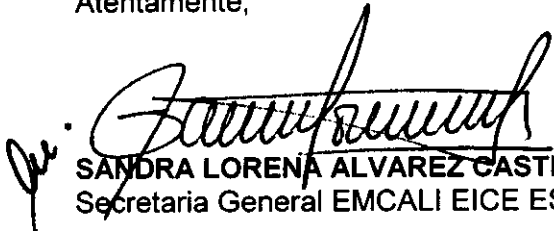
El apoderado de EMCALI EICE ESP, además de las facultades expresamente consagradas en el artículo 77 del C.G.P. queda ampliamente habilitado para contestar la demanda, reasumir, interponer recursos, proponer excepciones e incidentes, sustituir, recorrer el traslado para alegar de conclusión, llamar en garantía, presentar demanda de reconvenición, conciliar conforme a las directrices que reciba del Comité de Conciliaciones de EMCALI EICE ESP y realizar todas las demás acciones inherentes al presente mandato.

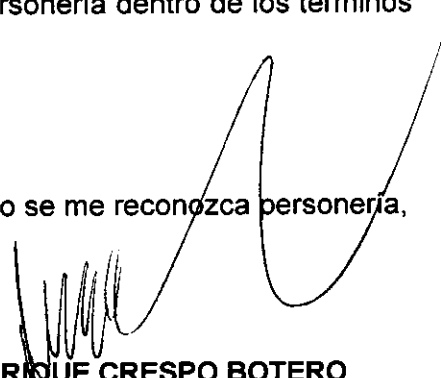
Sírvanse aceptar este mandato especial y reconocerles personería dentro de los términos y para los efectos del presente poder.

Del Señor(a) Juez(a),

Atentamente,

Acepto y solicito se me reconozca personería,

  
**SANDRA LORENA ALVAREZ CASTELLON**  
Secretaria General EMCALI EICE ESP

  
**JORGE ENRIQUE CRESPO BOTERO**  
C.C No. 12.967.239 de Pasto  
T.P No. 33.666 del C.S. de la Judicatura

*[Handwritten signature]*



**NOTARIA NOVENA DE CALI**  
notariacali9@yahoo.com.mx

Verifique los datos ingresando a  
[www.notariasonline.com](http://www.notariasonline.com)  
**RAFYJH02OZB1Y667**

**TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD DE FIRMA REGISTRADA**

La Notaría Novena del Circuito de Cali,  
Certifica: que la firma puesta en este  
documento es similar a la registrada en  
la Notaría por:

**ALVAREZ CASTELLON SANDRA  
LORENA**  
quien exhibió: C.C. 38612876  
previa confrontación con la Tarjeta No. A-137

CALI 28/05/2018 a las 2:54:41 p.m. MVT

Esta diligencia se realizó en  
oficina de la Notaría No. 9  
Previo avertamiento de la Ley  
2150/95 y Decreto 1318/04

**MIRYAN PATRICIA BARONA MUÑOZ**  
NOTARIA NOVENA DE CALI

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARIA NO. 9  
CIRCULO DE CALI  
Miryam Patricia Barona Muñoz