

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRABAJO
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO NIT 900587628-9

Señor(a):
COMPAÑIA
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
La Ciudad

Ref. NOTIFICACION DICTAMEN

Cordial saludo.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito notificar a Usted el Dictamen N° 87070084-2018 expedido por la Junta en audiencia 20 de junio de 2018.

Se informa que contra el presente Dictamen procede el Recurso de Reposición ante esta Junta dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de Notificación. Procede así mismo el Recurso de Apelación ante la Junta Nacional, el cual podrá interponerse directamente o como subsidiario del de Reposición por intermedio de esta Junta dentro del mismo término.

No aplica para los procesos judiciales en los que debe seguirse el procedimiento previsto en el artículo 226 y 235 del C.G.P.

No siendo otro motivo de esta comunicación, me suscribo de Usted.

Atentamente,



MARIA ROSA GARCIA JURADO
Secretaria Técnica y Embudo Principal
Junta Regional de Calificación de Invalidez
SALA UNICA



Andrés Felipe Obando B. 87070084 19 julio

San Juan de Pasto
Calle 12 N° 22 - 112, Primer Piso
Barrio San Felipe Frío a Piedra Leona del Río
Tel: 7294549-7294552

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICAR LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

Numero Dictamen: 87070084-2018 Entidad Remitente: COLPATRIA
Fecha Dictamen: 20/06/2018 Nombre: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Nombre de la entidad calificadora: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO
Dirección: CALLE 12 No. 27-112 BARRIO SAN FELIPE Teléfonos: 7294552-7294549

Nombre: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Identificación: C.C. No. 87.070.084 Fecha Nacimiento: 21/06/1985 Edad: 33 AÑOS
Sexo: M Estado Civil: SOLTERO Escolaridad:

ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1. ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL		Riesgos
Nombre Empresa	Cargo	Años
METRO	AUXILIAR DE BODEGA	

HEMBOS DE CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

HOMBRE DE 33 AÑOS, AUXILIAR DE BODEGA, REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO 19/10/2010: BAJANDO UN CAJAS DE ACEITE, PIERDE EL EQUILIBRIO, RESBALA Y CAE REBALANDOSE POR LAS GRADAS, RECIBIENDO TRA EN PELVIS Y EN HOMBRO, POSTERIORMENTE SENSACION DE ADORMECIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR E IN DERECHO, EVENTO CALIFICADO LUMBALGO NO ESPECIFICADO COMO DERIVADO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO POR LA JUNTA REGIONAL DEL VALLE. SE SOLICITA CALIFICACION DE ORIGEN POSTERIOR A EVENTO REFERIDO EXPOSICION A FRIO EXCESIVO, REFIERE QUE ESE DIA (15/04/12) ENTRO AL CUARTO FALO SINTIO DOLOR EN ESPALDA Y ADORMECIMIENTO EN PIERNAS, EL TRABAJADOR TIENE ANTECEDENTES HERNIAS DISCALES MULTIPLES, CERVICALES, DORSAL, LUMBAR, LESION DE COMPROMISO MIXTO MEDULAR AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6 C7 DER. SE REVISA EXPEDIENTE Y EVALUACION Y SE CONSIDERAN LOS DIAGNOSTICOS DE LESION MEDULAR CERVICAL, HERNIAS DISCALES MULTIPLES, COMO NO DERIVADOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO. LA DORSOLUMBAGIA POSTRAUMATICA DERIVADA DEL AT (YA CALIFICADA ANTERIORMENTE).

5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION

LESION MEDULAR CERVICAL

MULTIPLES HERNIAS DISCALES DORSO LUMBARES

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICAR LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

EXAMENES DIAGNOSTICOS E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR		
No.	Resultado:	Fecha:

6. DICTAMEN DEL DICTAMEN
6.1 Descripción de Discapacidades
6.2 Nivel de discapacidad: 0.0 No discapacidad, 0.1 Dificultad en la ejecución, 0.2 Ejecución ayudada, 0.3 Ejecución con apoyo o instrumental

No.	Discapacidad	Número de la discapacidad										%
1.	Conducta:	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
2.	Comunicación:	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
3.	Cuidado personal:	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
4.	Locomoción:	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
5.	Dep. Cuerpo:	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	
6.	Destreza:	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	
7.	Visión:	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	
Total discapacidades:												

Sumatoria total posible (calificación máxima posible: 20%)

SECRETARIA DE SALUD
NARIÑO

CONTADOR GENERAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICAR LA PÉRDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

II. Descripción de Minusvalía

Descripción	Número	%
Orientación		
Independencia Física		
Desplazamiento		
Ocupacional		
Integración Social		
Autosuficiencia Económica		
En función de la Edad		
Total Minusvalía		N/A

Sumatoria total: (Calificación máxima posible: 30 %)

III. Descripción de Deficiencias

% Asig.

Capítulo, Numeral, Tabla

Total Deficiencias		

Sumatoria total: (Calificación máxima posible: 30%)

7. ORIENTACIÓN A PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Calificación:	%	Estado DEL:
Deficiencia:		Fecha de Estructuración:
Discapacidad:		Requiere Ayuda de Terceros:
Minusvalía:		Manual: Decreto 917 de 1999
% Total:	N/A	

Esta certificación se basa en lo establecido en el Decreto 917 de Nariño de 1999



8. CALIFICACIÓN DE ORIGEN

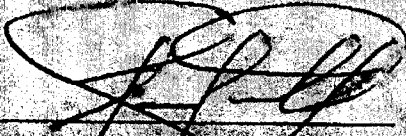
Enfermedad:	COMUN	Accidente:		Muerte:	
-------------	--------------	------------	--	---------	--


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 aplicarán los procesos judiciales en los que debe seguirse el procedimiento previsto en el artículo 236 del código de procedimiento civil.

ANDRÉS FELIPE ORANTO BELALCAZAR

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO
FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICAR LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

RESPONSABLES DE LA CALIFICACION


SEGUNDO MOSCOSO CORTEZUMA
Lic. S.O. Res. 1381
Médico


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


ORPA LEILA CANTE CASAS
Fisioterapeuta

NOTIFICACION PERSONAL

	Andres Obando B.
	Andres Felipe Obando B.
CEDULA DE CIUDADANIA	870700861
FECHA	19 julio



MONTEFELPE OBANDO MALACATAS