



**FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
RESUMEN DE EGRESO**

NOMBRE : HUGO GONZALEZ MINA
HISTORIA CLINICA : 158483
EDAD : 30 AÑOS
SEXO : MASCULINO
ENTIDAD : POLICIA METROPOLITANA
FECHA DE INGRESO : ABRIL 27/2001
FECHA DE EGRESO : ABRIL 29/2001
MEDICO TRATANTE : GRUPO NEUROCIRUGIA

DICTADO POR : DR. NELSON ANGULO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

- | | |
|--|------|
| 1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO. | COD: |
| 2. TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO. | COD: |
| 3. HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA. | COD: |
| 4. FRACTURA DE FÉMUR DERECHO. | COD: |
| 5. POP DE REDUCCIÓN ABIERTA + CLAVO ENDOMEDULAR. | COD: |

DIAGNOSTICO DE EGRESO :

- | | |
|--|------|
| 1. POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO. | COD: |
| 2. TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO. | COD: |
| 3. HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA. | COD: |
| 4. FRACTURA DE FÉMUR DERECHO. | COD: |
| 5. POP DE REDUCCIÓN ABIERTA + CLAVO ENDOMEDULAR. | COD: |

CAUSA DE ADMISION Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Anexar resumen de UCI Adultos 27042001

El 27 de abril el paciente es trasladado de la UCI Adultos a la UCI Intermedia, se encontraba en ese momento hemodinámicamente, sin soporte vasoactivo, con ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, TA: 130/66, FC: 87, Respiratorio: Ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados, una radiografía de tórax normal y unos gases arteriales dentro de límites normales, recibiendo oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, saturando 99%. Un balance positivo de 8.074 cc, una diuresis de 2.47 cc/k/h, con reposición de potasio a 50 cc hora por catéter central. Neurológicamente con una respuesta motora de 5, una respuesta verbal de 1 y una apertura ocular de 3, movilizándolo las 4 extremidades.

El paciente presentaba una adecuada evolución neurológica, con Glasgow oscilando entre 9 y 10, por lo cual se decide traslado a la UCI Intermedio para continuar manejo de terapia respiratoria, terapia física y soporte nutricional.

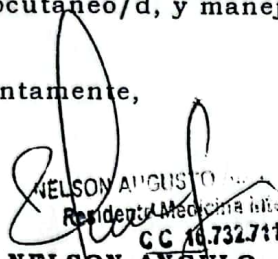
El día 28 de abril permanece estable, con picos febriles, con un potasio de 4.6, leucocitos de 11.600.

El 29 de abril permanece con un estado neurológico estable, persiste con picos febriles pero con cultivos negativos y un hemograma dentro de límites normales. Recibe nutrición enteral con Lucerna a 70 cc/h con una buena tolerancia, en el momento sin dificultad respiratoria, con una TA: 142/76, TAM 98, FC: 78, FR: 21, picos febriles de 38° el día anterior a las 12 y 22 horas. Un examen neurológico que muestra un Glasgow de 9/15, presentando una hemiparesia derecha. No hay focos infecciosos al examen físico.

Paciente : HUGO GONZALEZ MINA
H.C. No. : 158483
Médico : Dr. Nelson Angulo

De acuerdo a la evolución satisfactoria del paciente, con un estado neurológico estable, se decide traslado a la Policlínica para continuar manejo de terapia física, terapia respiratoria y soporte nutricional. Se remite con manejo de alimentación por sonda nasoyeyunal con Lucerna a 70 cc/h, Pramet 60 cc cada 8 horas, terapia física y terapia respiratoria
Manejo farmacológico: Ranitidina 10 cc por sonda cada 12 horas, Clexane 40 mg subcutáneo/d, y manejo de Insulina cristalina según glucometrías.

Atentamente,


NELSON AUGUSTO
Residente Medicina Interna CES
CC 16.732.711
Dr. NELSON ANGULO
Med.Res. MEDICINA INTERNA

Digitado por :Martha Pinillos. E-2
Fecha de Transcripción :30/04/2001
Fecha de Firma MD :

02 MAR 2001

FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LAS ENTIDADES HOSPITALARIAS POR
EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO

FUSOAT01

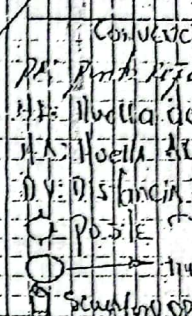
1. Datos del Centro Asistencial. FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI				Nit: 890.324.177-5	
Dirección: Cra 98 # 18 49		Ciudad: Santiago de Cali		Teléfono: 3317474	
2. DATOS DEL ACCIDENTADO					
2.1 Información del accidentado:					
1er Apellido: GONZALEZ		2do Apellido: MINA		Nombre(s): HUGO.	
Documento de Identidad	C.E.	C.E.	Y.I.	PAS	Número: 4662255
De: cali					
Condición del accidentado		Sexo: M		Edad: 30	
Dirección: CLL 72 Z N° 28A1-38		Ciudad: Cali			
Departamento: Valle		Teléfono: 4267215			
2.2 Identificación del accidente					
CLL 10 Cra 56.		Fecha: 2006/04/20		hora: 04:20	
Municipio: Cali		Departamento: Valle		Zona urbana: Y Zona rural: N	
Informe del Accidente (Relato breve de los hechos): <i>Viendo en la moto patrullando y en un cruce un bus me atropella</i>					
2.3 Información del vehículo					
Marca: HONDA		Placa: 24-254		Tipo: Motocicleta	
Nombre de la aseguradora: Liberty Seguros S.A.		Sucursal: Y			
Asegurado	Y	Póliza	BOAT441-0165555-5	Vigencia de la póliza	2000/11/22 a 01/06/18
Datos del conductor					
1er Apellido: Gonzalez		2do Apellido: Mina		Nombre(s): Hugo	
Dirección: CLL 72 Z N° 28A1-38		Ciudad: Cali		Teléfono: 4267215	
3. DATOS SOBRE LA ATENCION DEL ACCIDENTE					
3.1 En centro asistencial					
Fecha de ingreso	2006/04/20	Hora de ingreso	8:30	Historia Clínica No	4662255
Fecha de egreso	2006/04/20	Días de estancia		Tratamiento	X
Diagnóstico(s) de ingreso:		Lesión ligera en la cabeza			
Diagnóstico definitivo:		Lesión ligera en la cabeza			
3.2 Remisión					
Persona remitida de:		Ciudad:		Fecha:	
Persona remitida a:		Ciudad:		Fecha:	
4. DATOS SOBRE LA FUENTE DEL ACCIDENTADO					
Causa inmediata de la muerte:		Fecha: 2006/04/20 hora: 04:20			
Nombre del médico que firmó el certificado de defunción:		Registro médico No			
5. DECLARACIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL					
En representación del Centro Asistencial en Cali, Valle del Cauca, declaro bajo la gravedad del juramento, que la información diligenciada en este documento es cierta y puede ser utilizada para fines de seguros y/o FONSAT, dentro de los 30 días de la fecha de presentación; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.					
Firma y sello autorizados					

 SEGUROS DEL ESTADO S.A. MT. 880 009 378 S Cra 11 No 90-26 Bogotá, D. C.		POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO AT 1329 102506154	
FECHA EXPEDICION 2000 12 23 DEL 2000 12 24 DEL 2001 12 24		VIGENCIA CALI	
TOMADOR (APELLIDOS Y NOMBRES) TRANSPORTADORA VERDE BRETAÑA S.A.		CLAVE PRODUCTOR 45 9907	
C.C. ENT 899.300.483		TELEFONO 3283634 CALI	
DIRECCION CALLE 54 # 41C-30		INTERMEDIARIO OLGA MOSQUERA	

PLACA VBD 086		MARCA CHEVROLET		TIPO VEHICULO CERRADO		MODELO 90	
CLASE VEHICULO BUSES		SERVICIO PUBLICO		CILINDRAGE C.C. 7560		CODIGO 7560	
No. MOTOR MA10006L86		No. CHASIS / No. SERIE 10000000000000000000		CAPACIDAD PASAJEROS 36		VALOR TOTAL 2777	
TARIFA 81		\$ VALOR PRIMIA (SIN COMISION) 185195		\$ V/R COMISION 92508		\$ V/R CONTRIBUCION 2777	
FORMA DE PAGO		REEMPLAZA POLIZA No.		RECIBO DE CAJA		AÑO	
AMPAROS POR VICTIMAS							
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS		500		SALUD		500	
B. INCAPACIDAD PERMANENTE		180		LEGAL		180	
C. MUERTE DE LA VICTIMA		800		OTRAS		800	
D. GASTOS FUNERARIOS		150		150		150	
E. GASTOS DE TRAFICO Y MANTENIMIENTO DE VEHICULOS		10		10		10	
FIRMA AUTORIZADA							

TRANSITO No. 00 0330930	
VEHICULO CHEVROLET-B-60-218" XXXX XX 1990	
COLORES BLANCO AZUL Y ROJO	
PUBLICO	CERRADO
2	2
MA10006L86	N BMA10006
N	40pbj XXXX
XXXXXX	XXX
XXXXXX	XXXXXXX

TRANSITO No. 00 760010	
LAVERDE	
36065122	
CIL 55 # 12 - 14	
CALI	
CAMBIO MOTOR	
sin limitacion	



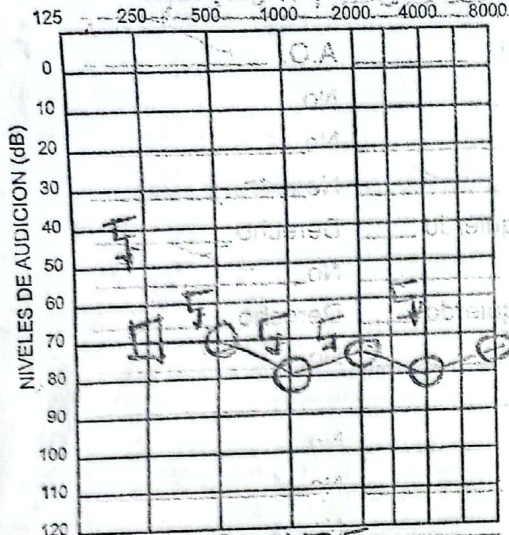
VICTIMAS	
MICROCAMION	No.
PEATON	
PASAJERO	
OTRO	
MASCULINO	
FEMENINO	
OTRO	
MUERTO	
HERIDO	
OTRO	
MORTAL	
NO MORTAL	
OTRO	
MUERTO	
HERIDO	

14. ANEXOS		Companien 1766622-23		Mesa de Embriaguez N° 2010	
NOMBRES Y APELLIDOS		TIVATO 0197802			
FIRMA		COMANDO		PLACA	20411
				CATEGORIA	5m
				CONTRASEÑO	
				Inspector Romano	

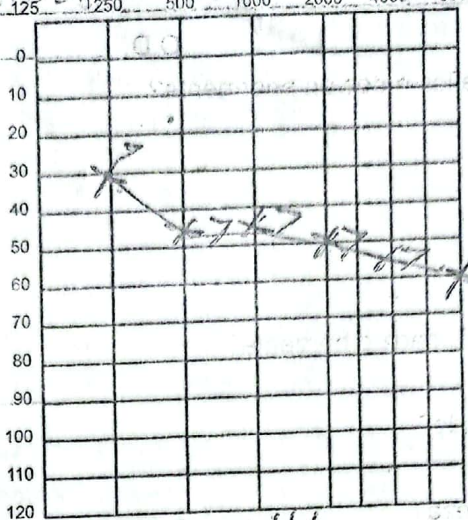
AUDIOGRAMA

OIDO DERECHO
CICLO POR SEGUNDO (Hz)

OIDO IZQUIERDO
CICLO POR SEGUNDO (Hz)



PIA: 75



PIA: 46

CONDICIONES			
TINNITUS	OD	OI	
VERTIGO	SI	NO	
GRUPE HOY	SI	NO	
FIABILIDAD	BUENA	REGULAR	POBRE

	OD	OI
	ROJO	AZUL
VIA AEREA	O	X
VIA AEREA ENMASCARADA	Δ	□
VIA OSEA	<	>
VIA OSEA ENMASCARADA		
CAMPO LIBRE	S	A
	SIN AUDIFONOS	CON AUDIFONOS
NO RESPONDE	2	3
RESPONDE MEJOR COCLEA	^	

TONE DECAY

	500	1000	2000
OD			
OI			

S.I.S.I.

	500	1000	2000
OD			
OI			

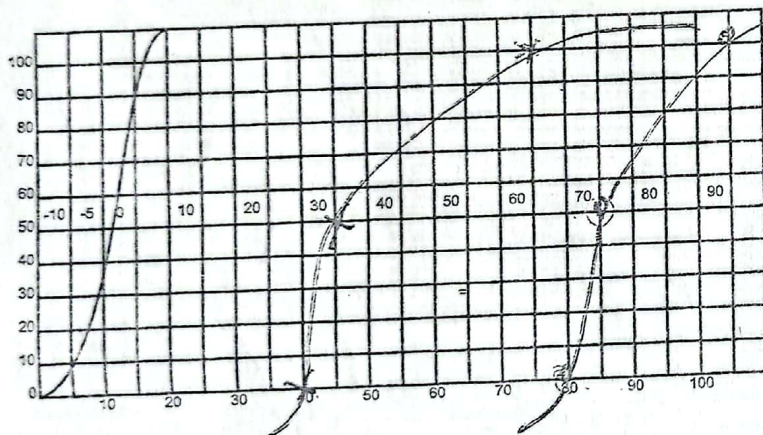
ENMASCARAMIENTO

	250	500	1000	2000	3000	4000	8000
D. VA							
I. VA							

WEBER

	250	500	1000	OI
OD				

AUDIOMETRIA VOCAL



	OD	OI	CAMPO LIBRE SIN AUDIFONO	CAMPO LIBRE CON AUDIFONO
SRT	85	45		
CON ENMASCARAMIENTO	55			
DISCRIMINACION	100%	100%		
CON ENMASCARAMIENTO	75			
NIVEL	LISTA	LISTA		
UMBRAL COMODIDAD				
UMBRAL LINCOMODIDAD				

TOMA DE PRUEBA 226 Hz	TIMPANOMETRIA				
	VOLUMEN	PRESION	ADMITANCIA	FORMA	GRADIENTE
NORMATIVA	NIÑOS 0.5 - 2.0 ADULTOS 0.5 - 2.5	NIÑOS HASTA 100 ADULTOS HASTA 75	NIÑOS 0.3 - 1.8 ADULTOS 0.3 - 1.8	CURVA TIPO	NIÑOS 60 - 150 ADULTOS 50 - 110
OD					
OI					

OBSERVACIONES

DX AUDIOLOGICO:

O. Derecho: Hipocusis severa. LOGO: Discriminacion

del 100% a 105 dB. O. Izq: Hipocusis N de leve a moderada. LOGO: Discriminacion del 100% a 75 dB.

REFLEJO ACUSTICO

ESTIMULO OIDO IZQUIERDO

	500	1000	2000	4000
IPILATERAL				
CONTRA LATERAL				
REFL. DECAY				

ESTIMULO OIDO DERECHO

	500	1000	2000	4000
IPILATERAL				
CONTRA LATERAL				
REFL. DECAY				

RECOMENDACIONES

Uso de audifonos.
Adaptacion binaural
se le dio auxilio en Julio

AUDIOMETRO

Macam

EVALUADOR

Dr. Carlos S. Carrer

ANAMNESIS

- Motivo de Consulta Fonhol auditivo - uso de audífonos
- Usted cree oír menos por oído? O.D. _____ O.I. _____ A.O. ✓
- Ha presentado enfermedades de los oídos anteriormente? Si _____ No _____
- Hay sordos en su familia? Si _____ No _____
- Le han dolido los oídos? Si ✓ No -
- Cual oído? Izquierdo _____ Derecho _____
- Le han supurado los oídos? Si _____ No ✓
- Cual oído? Izquierdo _____ Derecho _____
- Le han practicado cirugía de oído, nariz o garganta? Si _____ No _____
- Cual? Si _____ No _____
- Presenta sensación de oído tapado? Si _____ No _____
- Presenta pitos en los oídos? Si _____ No _____
- Ha sufrido algún golpe en la cabeza? Si _____ No _____
- Presenta inestabilidad o mareos? Si _____ No _____
- Ha estado expuesto a ruido? Si _____ No _____
- Audífonos? _____

EVALUACION AUDIOLOGICA



POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
CLINICA REGIONAL
NUESTRA SEÑORA DE FATIMA

FECHA

Sept 18/08

NOMBRE

Hugo Edison Gonzalez M

EDAD

32

DOCTOR

H.C.

4662255



DIRECCION GENERAL
DE TRANSPORTE Y TRANSITO
TERRESTRE AUTOMOTOR

INFORME DE ACCIDENTE

1. OFICINA

66001

CHAVARRA

No. 98-0179801

CON MUERTOS

CON HERIDOS

SIN DAÑOS

1

2

3

Ciudad y Municipio

4. LUGAR

CALLE 10 CARRELA 56

VIA 2 KILÓMETROS O SUR, DISTRICCIÓN Y CIUDAD

5. FECHA Y HORA

20/04/2001

L M M J O S D

10 8 1 10

10 8 1 3 10

HORA OCURRIENCIA

HORA LEVANTAMIENTO

6. CARACTERISTICAS DEL LUGAR

OTRERA 1 MILITAR 2 GLORIETA
URBANA 1 DEPORTIVA 3 PUENTE
RURAL 2 OLAVANDO 4 CICLOVIA
SECTOR 1 TRAMO DE VIA 61 LOTES PREDIO
RESIDENCIAL 2 INTERSECCION 62 CORTA TIEMPO
INDUSTRIAL 3 VIA PEATONAL 63 VIALMAL
COMERCIAL 4 PASO ELEVADO 64 LLUVIA
ZONA 1 PASO INFILTRACION 65 VIENTO
ESCOLAR 1 PASO A NIVEL 66 HIEBLA

7. CARACTERISTICAS DE LAS VIAS

VIA 1 2		VIA 1 2		VIA 1 2		VIA 1 2	
GEOMETRICAS		CUATRO	1 1	EN REPARACION	1 1	CONTRASEÑALES	
A REGTA	1 1	VARIABLE	1 1	HUNDIMIENTOS	1 1	AGENTE	1 1
CURVA	1 1	UNO	1 1	DERRUMBES	1 1	SEMAFORO	1 1
B PLANO	1 1	DOS	1 1	PANCHICO	1 1	OPERANDO	1 1
FENDENTE	1 1	TRES	1 1	HIZADO	1 1	INTERMITENTE	1 1
C CON BARRAS	1 1	CUATRO	1 1	HUNDADA	1 1	CON DAÑOS	1 1
CON ACERAS	1 1	VARIABLE	1 1	CONDICIONES	1 1	APAGADO	1 1
SEÑALIZACION		ASfalto	1 1	SECA	1 1	SEÑALES	
VIA SENTIDO	1 1	CONCRETO	1 1	HUMEDAD	1 1	PAIS	1 1
DOBLE SENTIDO	1 1	AFIRMAC	1 1	MATERIAL SUELTO	1 1	CEDA EL PASO	1 1
REVERSIBLE	1 1	TIERRA	1 1	ACEITE	1 1	NO GIRE	1 1
CICLOVIA	1 1	BUENO	1 1	ALUMINACION	1 1	SENTIDO VIAL	1 1
SEÑALIZADAS		CON TUBOS	1 1	A CON	1 1	NO ADELANTAR	1 1
VIA	1 1			SIN	1 1	VELOCIDAD	1 1
BOY	1 1			B BUENA	1 1	OTRA	1 1
TRES	1 1			MALA	1 1	NINGUNA	1 1

8. CROQUIS: ELABORARLO EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

9. CONDUCTORES, VEHICULOS, PROPIETARIOS

9.1 CONDUCTOR		NOMBRE		DOCUMENTO		IDENTIFICACION No.		EDAD		SEXO	
ALBERTO ALIAS DE LA		CARRELA 7C D: 81-13		64603310		05		12-0003		M X	
PORTA LICENCIA		SI		NO		CATEGOR.		RESTRIC.		VENGIMIENTO	
NO		64603310		05		12-0003					
HOSPITAL, CLINICA, O SITIO DE ATENCION		SE LLEVO A EXAMEN DE:		NEGAT.		GIADO		CASCO		SI	
NO		DECEPZ		DROGA		POSIT.		L		NO	
9.2 VEHICULO		PLACA DEL		EMPRESA							
303		V.B.D.D.86		ALFONSO/922 U.368							
MARCA		MODELO		INMOVILIZADO		A DISPOSICION		POLIZA No.		COMPANIA ASEGURADORA	
Chevrolet		90		X		X					
SEGURO OBLIGATORIO		SI		NO							
NO											
9.3 PROPIETARIO		NOMBRE		DOCUMENTO		IDENTIFICACION No.		EDAD		SEXO	
EL MISMO CONDUCTOR		LUZ GLOYS LAVERDE		GALLO		38865112		32		M X	

VEHICULOS

VEHICULO	No.
AUTOMOVIL	1
BUS	2
BUS TA	3
CAMION, FURGON	4
CAMIONETA	5
CAMPION	6
MICROBUS	7
VEHICULO ARTICULADO	8
VOLVUETA	9
MOTO, MOTOCARRO	10
MAQUINARIA	11
TRACCION ANIMAL	12
BICICLETA	13
OTRO	14
NO IDENTIFICADO	15

9.4 SERVICIO

SERVICIO	No.
OFICIAL	1
PARTICULAR	2
PUBLICO	3
DIPLOMATICO	4
EXTRANJERO	5
OTRO	6
FRENOS	1
DIRECCION	2
LUCES	3
SUSPENSION	4
LLANTAS	5
OTRO	6
LUGAR DEL IMPACTO	1
2	

ORIGINAL: AUTORIDAD JURIDICA DE TRANSITO



POLICIA NACIONAL

RESOLUCION NUMERO 00312 DE 2003

25 FEB 2003

"Por la cual se retira del servicio activo a un personal del Nivel Ejecutivo de la Policía Nacional"

EL DIRECTOR GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL en uso de las facultades legales, que le confiere el Artículo 5º numeral 3 de la Resolución Ministerial 0162 del 27 de febrero de 2002

Pilar

RESUELVE:

ARTICULO 1º. Retirar del servicio activo de la Policía Nacional, por Incapacidad Absoluta y Permanente o gran Invalidez, de conformidad con lo establecido en los artículos 55 numeral 4º y 60 del Decreto 1791 de 2000, en concordancia con el parágrafo del artículo 28 Decreto 1796 de 2000, al personal que se relaciona a continuación:

PT.	DEBOY		
	LUIS SAUL GOMEZ CAMACHO	4266878	100%
SI.	DETOL		
	JONH FREDY CASAS CASTRO	93384360	88.25%
SI.	DEVAL		
	JHON JAMES VILLEGAS SANCHEZ	18494116	82.54%
PT.	MECAL		
PT.	HUGO EDINSON GONZALEZ MINA	4662255	78.72%
	YAIR ESTEBAN CASAS MENA	11803200	100%
	MEVAL		
PT.	VALERIO CORRALES BANQUET	71980414	80.0%

ARTICULO 2º. Disponer que el personal relacionado en el artículo anterior de la presente resolución, continúe dado de alta en la respectiva tesorería por el término de tres (3) meses, de conformidad con lo establecido en el artículo 52 del Decreto 1091 de 1995.

ARTICULO 3º. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C.,

25 FEB 2003

May

al TEODORO R. CAMPO GOMEZ
Director General

ARECO/18022003

OFJUR

**JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
REGIONAL VALLE DEL CAUCA**
(Organismo Autónomo de Carácter privado Creado Ley 100/93 Art. D. 2463/01)
NIT. 805012111-1

El suscrito Secretario de la Junta de Calificación de Invalidez Regional Valle del Cauca.

C E R T I F I C A

Que la Junta de Calificación de Invalidez en Sección llevada a cabo el día **.07** del mes **.MARZO** del año dos mil TRES (2003) y mediante acta No. **007-2003** de la misma fecha se procedió a calificar al Señor(a) **.HUGO EDINSON GONZALEZ MINA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **4.662.255**, constando en el Acta que establecidos los fundamentos de hecho y Derecho, los criterios de evaluación de acuerdo al Manual Unico para la calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999 y 2463 de Noviembre 20/01), por unanimidad los miembros manifestaron que en su concepto la Perdida de Capacidad Laboral es la siguiente:

FECHA ESTRUCTURA P.C.L. 25 NOVIEMBRE/02

CONCEPTO	%
DEFICIENCIA.	45.44
DISCAPACIDAD	7.40
MINUSVALIA.	23.25
TOTAL.	76.09

Determinación de Origen: **.ACCIDENTE DE TRABAJO**

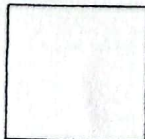
Diagnóstico. **.TCE SEVERO**

Requiere del Auxilio de otras personas SI ☐ NO ☐

FISCALIA

NOTIFICACION POR CORREO

HUELLA



12 MAR 2003
ENRIQUETA ORTIZ QUIÑONEZ
SECRETARIA TECNICA

LDR/LUZ DARY

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL VALLE DEL CAUCA

(Organismo Autónomo de Carácter privado Creado Ley 100/93 Art. 43 D.R. 1346/94)

N.T. 805012111-1

Santiago de Cali, 07 de Marzo del año 2003.- OFICIO No. NT-0677-2003

DOCTORA

ANA CECILIA LEON CALERO

FISCAL 39 LOCAL

UNIDAD II DE LESIONES PERSONALES Y QUERELLABLES

E. S. D.

Mon 24/03

REFERENCIA: ENTREGA (Arts. 32, 33, 34 DR. 2463 Nov. 20/01).
SU OFICIO No. 079-426739-39.

Cordial Saludo.

Me permito hacer la ENTREGA correspondiente al dictamen de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor HUGO EDINSON GONZALEZ MINA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.662.255 DE PADILLA CAUCA, (Parágrafo Art. 32 Decreto 2463/01) de conformidad con el que a la letra dice "En los casos en que la solicitud de calificación sea realizada por ... autoridades judiciales o administrativas, las Juntas de Calificación de Invalidez enviarán el dictamen a dichas entidades, las cuales se encargarán del trámite respectivo".


ENRIQUETA ORTIZ QUINONEZ
SECRETARIA TECNICA

Para el Sr.
Hugo Edinson
Gonzalez

C.C. EXPEDIENTE.

LDR/LUZ DARY

Cuenta de Ahorros No. 8-925066398-1 BANCO AGRARIO DE COLOMBIA CALI

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
ACCIDENTE Y MUERTE
REGIONAL VALLE DEL CAUCA



República de Colombia
HOJA No. 1

DECRETO NUMERO 917 DE 1999

FÓRMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Dictamen Número	0152 - 48
Fecha de recepción solicitud	FEB 3 1993
Entidad del remitente	Fiscalía
Fecha de dictamen	03-03-03

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre de la entidad administradora:	
Dirección:	
Teléfono:	

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Nombres:	Auge Edinson											
Apellidos:	Gonzalez manca											
Documento identidad:	C.C.	☒	T.I.	☐	C.E.	☐	OTRO	☐	No. 462.255			
Fecha de nacimiento:	03-25-1975		Edad:	26 años		Expedida en:	Piedra (Cauca)					
Genero:	Masculino	☒	Femenino	☐								
Estado civil:	Soltero	☐	Casado	☐	Viudo	☐	U.L.	☐	Separado	☐	Otro	☐
Escolaridad:	Primaria	☐	Secundaria	☐	Técnico	☐	Univ.	☐	Analfabeta	☐	Otro	☐
Dirección:	Calle 72 # 140 28D-60					Ciudad:	Cali		Telef. 4379064			

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4.1 DESCRIPCION DEL CARGO ACTUAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA	
DENOMINACION DE CARGO ACTUAL	
ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA	
ANTIGUEDAD EN EL CARGO	
DESCRIPCION DE LAS TAREAS DEL CARGO	

12 MAR

SECRETARÍA TÉCNICA

4.2 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

EMPRESA	CARGO	RIESGOS	TIEMPO EXPOS.

5. FUNDAMENTOS DE LA CLASIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	X
HISTORIA CLINICA COMPLETA	X
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	X
ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADAVER	
CERTIFICADO DE DEFUNCION	
ANALISIS DE PUESTO DE TRABAJO	
EXAMENES PARACLINICOS	
EXAMENES PRE-OCUPACIONALES	
EXAMENES PERIODICOS OCUPACIONALES	
EXAMENES POST-OCUPACIONALES	
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	

5.2 EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR:

No.	Tipo de examen o Interconsulta	Resultado
1		
2		
3		

5.3 DIAGNOSTICO DE CALIFICACION

1	
2	TOE Severo
3	

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN

I. Descripción de deficiencias:

No. Orden	Descripción	% asignado	Capítulo, Numeral, Literal, Tabla
1	Necesita confinamiento	40%	11.2 Tabla
2	Alt de contaminación	20%	Tabla 11.1
3			
4	2 años a TCE	40%	11.2.5-1
5	Con Hantavirus		
SUMATORIA (B*(50-A)/100)			Calificación máxima posible 50 %

II. Descripción de discapacidades:

Asigne el valor de discapacidad según su gravedad, así:

00. No. Discapacitado

01. Dificultad en la ejecución

02. Ejecución ayuda

03. Ejecución asistida, dependiente o incrementada

No.	Discapacidad	Numero de discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta						01	01	02	02	02	0.80
2.	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
					02	02				02	02	0.80
3.	Cuidado de la persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
							01	01				0.20
4.	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
		02	02	02	02	03	02	02	02	02		1.90
5.	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	
		03	03	03			03	03	02	02		1.90
6.	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	
			02	02	02	02	02	02	02	02		1.60
7.	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78		
			02									0.20
Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible: 20%)												7.40

III. Descripción minusvalías:

Asigne únicamente el máximo valor de cada categoría que corresponda al Individuo Evaluado.

No.	Minusvalía	Numero de la minusvalía						%
		10	11	12	13	14	15	
1.	Orientación			1.0				1.00
2.	Independencia física	20	21	22	23	24	25	
					1.5			1.50
3.	Desplazamiento	30	31	32	33	34	35	
					1.5			1.50
4.	Ocupacional	40	41	42	43	44	45	46
								1.5
								1.500
5.	Integración social	50	51	52	53	54	55	
						2.0		
								2.00
6.	Autosuficiencia económica	60	61	62	63	64	65	
				1.0				
								1.00
7.	En función de edad	70	71	72	73	74	75	76
				1.25				
								1.25
Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible (30%))								7.25

HOUAT

7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Descripción	Porcentaje
I. DEFICIENCIA	45.44
II. DISCAPACIDAD	19.40
III. MINUSVALIA	23.25
TOTAL	88.09

Fecha de estructuración de la Invalidez: Nov. 25/02

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Categoría	1	COMUN:	ACCIDENTE DE TRABAJO ENFERMEDAD PROFESIONAL	☒
	2	PROFESIONAL:		

9. RESPONSABLES DE LA CALIFICACION

[Signature]
Medico Ponente

[Signature]
Psicólogo

[Signature]
Secretario Principal

Escrito Secretario
de la Junta
militar

**JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
REGIONAL VALLE DEL CAUCA**

(Organismo Autónomo de Carácter privado Creado Ley 100/93 Art. D. 2463/01)
NIT. 805012111-1

El suscrito Secretario de la Junta de Calificación de Invalidez Regional Valle del Cauca.

C E R T I F I C A

Que la Junta de Calificación de Invalidez en Sección llevada a cabo el día .07 del mes .MARZO del año dos mil TRES (2003) y mediante acta No. 007-2003 de la misma fecha se procedió a calificar al Señor(a) **.HUGO EDINSON GONZALEZ MINA.** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **4.662.255,** constando en el Acta que establecidos los fundamentos de hecho y Derecho, los criterios de evaluación de acuerdo al Manual Unico para la calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999 y 2463 de Noviembre 20/01), por unanimidad los miembros manifestaron que en su concepto la Perdida de Capacidad Laboral es la siguiente:

FECHA ESTRUCTURA P.C.L. 25 NOVIEMBRE/02

CONCEPTO	%
DEFICIENCIA.	45.44
DISCAPACIDAD	7.40
MINUSVALIA.	23.25
TOTAL.	76.09

Determinación de Origen:

.ACCIDENTE DE TRABAJO

Diagnóstico.

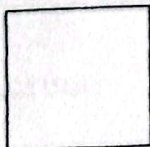
.TCE SEVERO

Requiere del Auxilio de otras personas SI ☐ NO ☐

FISCALIA

NOTIFICACION POR CORREO

HUELLA



12 MAR 2003
ENRIQUETA ORTIZ QUINONEZ
SECRETARIA TECNICA

LDR/LUZ DARY

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL VALLE DEL CAUCA

(Organismo Autónomo de Carácter privado Creado Ley 100/93 Art. 43 D.R. 1346/94)

NIT. 805012111-1

Santiago de Cali, 07 de Marzo del año 2003.- **OFICIO No. NT-0677-2003**

DOCTORA

ANA CECILIA LEON CALERO

FISCAL 39 LOCAL

UNIDAD II DE LESIONES PERSONALES Y QUERELLABLES

E. S. D.

REFERENCIA.

ENTREGA (Arts. 32, 33, 34 DR. 2463 Nov. 20/01).

SU OFICIO No. 079-426739-39.

Cordial Saludo.

Me permito hacer la **ENTREGA** correspondiente al dictamen de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor **HUGO EDINSON GONZALEZ MINA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **4.662.255 DE PADILLA CAUCA**, (Parágrafo Art. 32 Decreto 2463/01) de conformidad con el que a la letra dice *"En los casos en que la solicitud de calificación sea realizada por ... autoridades judiciales o administrativas, las Juntas de Calificación de Invalidez enviarán el dictamen a dichas entidades, las cuales se encargarán del trámite respectivo"*.

Atentamente,

ENRIQUETA ORTIZ QUIÑONEZ

Secretaria Técnica

C.C. EXPEDIENTE.

LDR/LUZ DARY