

Popayán, 26 de febrero de 2024.

Doctora:

GLORIA MILENA PAREDES ROJAS

Juez Quinta Administrativa de Popayán

E. S. D.

REF. EXPEDIENTE. No. 19001333300520180021600.

ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTES: ANUAR CHICHANOY LOPEZ y OTRA.

DEMANDADOS: MUNICIPIO DE PURACE- CAUCA – INCOD LTDA.

JAVER HERNEY CANDO MONCAYO, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Popayán, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.775.883 expedida en Timbio- Cauca, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 144.402 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado del Señor **ANUAR CHACHINOY LOPEZ Y OTRA**, con todo respeto y de acuerdo a lo ordena en la continuidad del Auto de pruebas de hoy 26 de febrero de 2024, me permito aportar los siguientes documentos enviados a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**, enviados el día 27 de diciembre de 2023.

1.- Factura de la Mensajería Servientrega S.A. No F659163603 de fecha 27 de diciembre de 2023.

2.- Consignación en Davivienda a favor de La Junta de Calificación de Invalidez del Valle, por un valor de **UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS (\$1.160.000)** de fecha 26 de diciembre de 2023.

3.- Formato de Solicitud de Calificación de fecha 27 de diciembre de 2023, al señor **ANUAR CHACHINOY LOPEZ**.

4.- Copia de la demanda del señor Anuar Chachinoy contra el Municipio de Puracé- Cauca- INCOD LTDA.

5.- Guía de la Mensajería **SERVIENTREGA** No 9170074657, mediante la cual se puede corroborar la entrega el 28 de diciembre de 2023 de la documentación antes mencionada en la Junta Regional de Invalidez del Valle del Cauca.

6.- Historia Clínica del señor Anuar Chachinoy.

Así las cosas, solicito con todo respeto señora Juez se requiere a **LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**, para que proceda a practicar la calificación de invalidez al señor Anuar Chachinoy López

Con todo respeto,



JAVER HERNEY CANDO MONCAYO

CC. No 4.775.883 de Timbio.

T. P. No 144.402 del CSJ.

SERVIENTREGA S.A. NIT. 860.512.330-3
Principal: Bogotá D.C., Colombia
Av Calle 6 No 34 A - 11.
Somos Grandes Contribuyentes.
Resolución DIAN 12220 Diciembre
26/2022
Somos Grandes Contribuyentes en
Bogotá DC (Resolución SHD DDI-023769
Nov 29/2021)
Autorretenedores Resol. DIAN:09698
de Nov 24/2003.
Responsables y Retenedores de IVA.
Autorización
Numeración de Facturación
18764058212061 del 10/18/2023 al
4/18/2025 Prefijo F659 del No.
160001 al No. 230000.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:

F659163603

FECHA: 2023/12/27 HORA: 09:48:01

INFORMACIÓN DEL SERVICIO

CLIENTE: HUMBERTO MOLANO HOYOS
CC: 3137987289
DIRECCIÓN: CALLE 55 N # 11 71 VILLA DEL
VIENTO ETAPA II
TELÉFONO: 3137987289
EMAIL: FACTURACION.RETAIL@SERVIENTREGA.COM
ORIGEN: POPAYAN/CAUCA

SERVICIO (1): GUÍA: 9170074657

FECHA PROG.ENTREGA: 28-12-2023

RÉGIMEN: MENSAJERIA EXPRESA

DESTINATARIO: JUNTA REGIONAL DE LA
CALIFICACION DE INVALIDEZ VALLE

NIT/I.D.: 3117702055

DESTINO: CALI/VALLE

DIRECCIÓN: CL SE # 42 44 BARRIO TEQUEDAMA

TELÉFONO: 3117702055 CODPOSTAL: 760042516

PRODUCTO: DOCUMENTO UNITARIO

CONTENIDO: DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:

T.E: NORMAL M.T: TERRESTRE PZ: 1
DIMENSIONES PESO VOLUMÉTRICO *PESO FÍSICO
// 1(KG)

LIQUIDACIÓN SERVICIO TRANSPORTE

SERV	VR. DECL	VR. \$00. FLT	VR. FLT	VR. TOTAL
(1)	\$5.000	\$500	\$7.900	\$8.400

TOTAL DEL SERVICIO

SERVICIO	VALOR TOTAL	FORMA DE PAGO
(1)	\$8.400	CONTADO-CON

VALOR TOTAL SERVICIO: \$ 8.400

VALOR A RECALCAR EN DESTINO: \$ 0



REPRESENTACIÓN GRÁFICA FACTURA ELECTRÓNICA
DE VENTA CUFÉ:

Rd8f2abf9c6ec30eda25f79e539523c9d71bd18b39cca
0c6f27e779a39c629b68d3cb0b29cd50438046c74022c
0124f7

PROVEEDOR DE FACTURA ELECTRÓNICA:
Servientrega S.A NIT: 860.512.330-3

Slz-fe-860512330 COD CDS: 061002

USUARIO: COBOI

PRUEBA DE ADMISIÓN: ELECTRÓNICO(WHTP/E-Mall)

PRUEBA DE ENTREGA: FÍSICO

*El peso facturado corresponde al mayor
entre el peso físico y peso volumétrico.

*Esta factura electrónica de venta hace
las veces de prueba de entrega.



(92)02500890855717

FORMATO DE CONVENIOS
EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO	
Nombre del convenio	Código convenio / No. cuenta
Referencia 1	Referencia 2
No. factura	Valor
No. factura	Valor



FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA		CARGO A CUENTA O TARJETA DE CREDITO	
☐ Efectivo	☐ Cheque	☐ Cuenta de Ahorro	☐ Cuenta Corriente
		☐ Tarjeta de Crédito*	
RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES		No. de cuotas	
Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor
		Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$	7160.000 =
		No. cheques	Total cheque \$
		Total \$	7160.000 =

CORRO POR VENTANILLA	
Nombre del beneficiario:	Identificación del beneficiario:
Valor a cobrar \$	
☐ Planilla asistida	☐ Pin único
Número planilla / Pin único	Periodo liquidado (AAAA/MM)
DATOS DE QUIERE RECAUDAR / PLANILLA	
Nombre y apellidos	Teléfono
Documento identidad: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT	Ciudad
No. documento	

Firma de quien realiza la transacción: Papayan Huella

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora.

- CLIENTE -

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN**

Fecha de la Solicitud: 27 DE DICIEMBRE DE 2023

DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE

Nombre de la Entidad Remitente: JUZGADO 5 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

Dirección: CRA. 4 No. 2 -18

Ciudad: POPAYAN

Teléfono: 8209563

Número de Folios:

Descripción de documentos anexos:

OFICIO REMISORIO – COPIA DE LA DEMANDA – DETERMINACION DE LESIONES Y PERDIDA CAPACIDAD LABORAL

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA

Apellidos: CHACHINOY LOPEZ

Nombres: ANUAR

Tipo de Documento de Identidad: CEDULA

Número: 10.541.248

Expedido en: POPAYAN

Fecha de Nacimiento: 13 MAYO DE 1962

Edad: 61 AÑOS

Género: M

Dirección: COCONUCO CAUCA

PURACE

Ciudad: PURACE

Teléfono:

Celular: 3147783736

Correo electrónico: Anuarlop1962@gmail.com

Estado Civil: Casado(a) () Soltero (a) () Unión Libre (x) Viudo (a) () Separado (a) ()

Escolaridad: Primaria () Secundaria (x) Universidad () Analfabeta () Otro ()

DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA (ACTUAL)

Nombre de la Empresa:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico:

Cargo Actual:

Actividad económica de la empresa

MOTIVO DE REMISION

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| 1 | ☒ | CALIFICACION DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL |
| 2 | ☐ | CALIFICACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ |
| 3 | ☐ | CALIFICACION DEL ORIGEN |
| 4 | ☐ | REVISION DE LA CALIFICACION (APORTAR CALIFICACIÓN ANTERIOR) |
| 5 | ☐ | OTRO - ESPECIFIQUE: |

VINCULACIONES

Entidad de seguridad o previsión social a que está afiliado actualmente Cotizante () Beneficiario ()

EPS:

ARL:

FONDO DE PENSIONES:

ASEGURADORA SEGURO PREVISIONAL:

DESVINCULADO LABORALMENTE DESDE:

CONSTANCIA

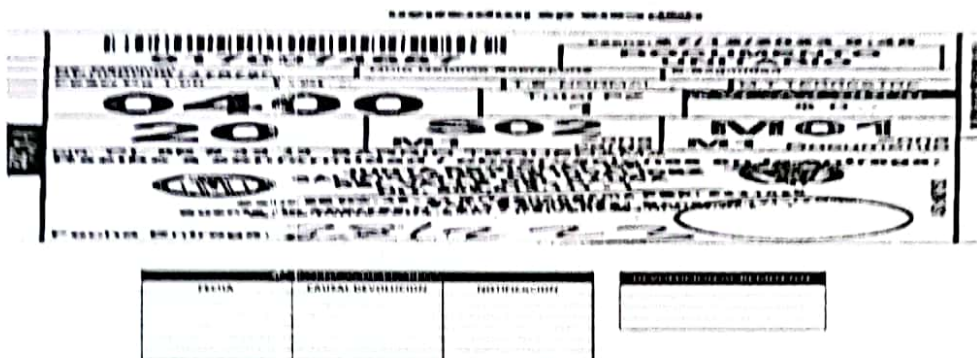
Dejo constancia de que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta por el mismo motivo o causa.

RESPONSABLE DE LA REMISION

Nombre y apellidos: HUMBERTO MOLANO HOYOS

Documento de Identidad: 76313797

Cargo: ABOGADO Dte.



<https://websismilenio.servientrega.com/WebAtencioncliente/Rastreo/ImagenGuiaImpresion.aspx?url=\\servient.com.co\imgmasnal\IMGMASNAL\NAC...> 1/2



Sistema Gestión de Calidad

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN E.S.E
NIT 900.145.578-1

HISTORIA CLINICA URGENCIAS.

Versión 2

Fecha: Agosto 2

Página 1 de 1

No. HISTORIA CLINICA

10541248

Ingreso: DIA MES AÑO
16.08.2016

Hora: 14:30 am. p.m.

Nombre y Apellidos: Anuar chachinoy Lopez

Fecha de Nacimiento: 13.05.1962

DIA MES AÑO
54

Estado Civil: C S U L V

Ident. op T.I 10.542248

Sexo: M F

Ocupación

Profesión: Económico

Dirección:

Tel: 3206306523

Persona Acompañante: Argenis Muro

Parentesco:

esposa

Tel:

Escuela (E.P.S., A.P.S.): Asimet salced.

Tipo de Vinculación: Afiliado

4

Beneficiario

DE DATOS VITALES: Peso:

Talla:

T.A. 120/70

F.C. 72

1.36.2

TIPO DE CONSULTA: Quejoso por dolor de pecho

Quejoso por dolor de pecho que viene desde hace 1/3 meses
con una patología de pecho es compatible
No prechura y puede causar daño

ANTECEDENTES FAMILIARES: Negativos

ANTECEDENTES PERSONALES: Negativos

EXAMEN FÍSICO

Inspección: que se ve bien, no se ve nada de especial
Pulso: regular, sin infarto
Cabeza: normal, sin inflamación
Oídos: normales, sin secreción
Garganta: normal, sin inflamación
Examen de tórax: que se ve bien, sin inflamación
Signos vitales: que se ven bien, sin inflamación
Signos de infección: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dolor: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad respiratoria: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para respirar: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para hablar: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para comer: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para dormir: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para caminar: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para hacer ejercicio: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para hacer deporte: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para hacer trabajo: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para hacer estudios: que se ven bien, sin inflamación
Signos de dificultad para hacer vida normal: que se ven bien, sin inflamación



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYAN ESE
NIT: 900.146.670-1
EVOLUCION Y TRATAMIENTO.
Resumen de la historia clinica.

Version 2
Fecha: Agosto 2013
Pagina 1 de 1

No. Historia Clinica.
10541248
Apellidos y Nombres.
Ancor Chachinoy LOPEZ
Servicio ☒ M ☒ C ☒ O ☒ P ☐ Camilla No ☐

24-06-2016

Hora: 8:30 AM

MC: Ravisam de Jemeru

El cliente es un hombre que hace 2 días sufrió fiebre en
parte derecha y dolor en la espalda

RP Negativo RXS Negativo AF Negativo

Examen físico: peso 88 kg TA 110/70 FR 18 x/min
502 96% PC 82 x/min

Herida Dorsal 1 peg grande de +/- 20 cm
con 3 puntos de sutura con sercan
secur y fructos

De fentele para Dorsal

- (1) Interpenetrant x 15 días
- (2) Lavado Mucoso + 10
- (3) Sulfadiazina de phly.

RECIBIDO
FARMACIA
FARMACIA
FARMACIA
FARMACIA
FARMACIA

9

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYAN ESE
Nº: 000.146.378-1
FORMULARIO PARA SOLICITUD DE
AYUDAS DIAGNOSTICAS O
CERTIFICACIONES MEDICAS
Versión 2
Fecha: Agosto 2013
Página 1 de 1

Nombre: Concepcion Danyly
Apellido: Chacón
Fecha: 06.07.16
DD MM AAAA

Concepcion Danyly = 20
Con salphophy

5819


HERNAN RAMIREZ
MEDICO CIRUJANO
RM-194235 UNICAUCA

10

 AYÁN E.S.E. Gestión de Calidad	DEPARTAMENTO DEL CAUCA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - POPAYÁN ESE NIT: 900.145.579-1	Version 2 Fecha: Agosto 2013
	FORMULARIO PARA SOLICITUD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS O CERTIFICACIONES MEDICAS	
Página 1 de 1		
Nro. <u>10541248</u>		
FECHA: <u>16/06/16</u>		
DD MM AAAA		

incapacidad medica por
DUEZ (10) dias


HERNÁN RAMÍREZ
CIRUJANO
DE CABEZA Y CUELLO

TICO: _____
PATANTE: _____
O MEDICO: _____

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E. MITE000185/004 "Calidad en salud, ESE nuestro compromiso"	FORMULARIO	
	RECETARIO	
	Código: FOR-CO.02	VERSIÓN 1
	Fecha: 31/05/2012	

ORGANISMO: Colleen EPS: Smel Documento N°: 10541 248
 Nombre: chuchmoy Programa: Fecha: 24/06/16

MEDICAMENTO	PRESCRIPCIÓN	FECHA
-------------	--------------	-------

R/
 Incapacidad médica por 15 días.
 A partir del 25/06/16

Diagnóstico: Febre pueril
 Recibido: 5819
 C.C:

Médico tratante: Hernán Ramírez
 Registro Médico: MEUCO - CRUJINO
 FIRMA: RN 194235 UNIDUC