

**RV: CUMPLIMIENTO REQUERIMIENTO DICTAMEN JOSE MANUEL QUIGUA ORDOÑEZ**

Secretaria Tribunal Administrativo - Cauca - Seccional Popayan

&lt;stadmcauca@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

Jue 08/04/2021 9:23

**Para:** Lady Johanna Sanchez Cortes <lsancheo@cendoj.ramajudicial.gov.co> 2 archivos adjuntos (159 KB)

20210408075533463.pdf; 20210408071028783.pdf;

---

**De:** Junta Regional de Calificación Invalidez Nariño <juridicajrcin@gmail.com>**Enviado:** jueves, 8 de abril de 2021 8:55**Para:** Secretaria Tribunal Administrativo - Cauca - Seccional Popayan <stadmcauca@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Asunto:** CUMPLIMIENTO REQUERIMIENTO DICTAMEN JOSE MANUEL QUIGUA ORDOÑEZ

Buenos días. Adjunto contestación a requerimiento emitido por su Despacho, en razón al proceso 19001-33-33-004-2015-00310-01 Reparación Directa, para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

JENNY ERASO SOLARTE

Abogada JRCIN



San Juan de Pasto, 8 de abril de 2021

Señores

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL CAUCA**

CORREO ELECTRÓNICO: [stadmcauca@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:stadmcauca@cendoj.ramajudicial.gov.co)

Atención

Doctor

DAVID FERNANDO RAMÍREZ FAJARDO

Magistrado Tribunal o Consejo Seccional

E.S.M.

Referencia: Expediente: 19001-33-33-004-2015-00310-01  
Actor: JOSÉ MANUEL QUIGUA ORDOÑEZ Y OTROS  
Demandado: NACIÓN-MINDEFENSA-EJÉRCITO NACIONAL  
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA-SEGUNDA INSTANCIA

En atención a su comunicado de fecha 7 de abril de 2021 y dando cumplimiento a su requerimiento, me permito adjuntar dictamen No. 0236-2019 emitido al señor JOSE MANUEL QUIGUA ORDOÑEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1063814118 en audiencia de fecha 26 de abril de 2019.

Lo anterior para su información y demás fines pertinentes.

Cordialmente,

**DORA INES GAÑAN GUAPACHA**

Directora Administrativa y Financiera

Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño

# 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:	
Ciudad y Departamento:	PASTO - NARIÑO		
Dirección y Teléfono:	Calle 10 No 30 A 14 B/ La Aurora Tel: 7377261		
Correo electrónico:	jurecanar@yahoo.com juntacalificacionregionalnar@gmail.com		

Nombre del Solicitante:	JOSE MANUEL QUIGUA ORDOÑEZ
-------------------------	----------------------------

Fecha de recepción para calificación:	Día	Mes	Año		Fecha de valoración:	Día	Mes	Año
	8	6	2018			9	6	2018

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

Fecha de accidente:	Día	Mes	Año		Fecha de reporte como accidente laboral:	Día	Mes	Año
	N	-	A			N	-	A

Fecha de diagnóstico clínico enfermedad:	Día	Mes	Año		Fecha de calificación como enfermedad laboral:	Día	Mes	Año
	N	-	A			N	-	A

DICTAMEN NUMERO	0236-2019	DE FECHA:	26/04/2019
-----------------	-----------	-----------	------------

#### DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Apellidos:	QUIGUA ORDOÑEZ	Nombres:	JOSE MANUEL
Documento de Identidad:	C.C.	Número:	Género:
		1.063.814.118	MASCULINO
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
	1	12	1994
Lugar de nacimiento:	Municipio	Departamento:	Escolaridad( alcanzada):
	TIMBIO	CAUCA	BACHILLER
Dirección:	CARRERA 10 N. 4-14 OFICINA 103 ED EL ARIETE	Municipio:	POPAYAN
Celular	3117040736	Departamento:	CAUCA
		Teléfono	

#### Régimen de afiliación al SGSSS

A.F.P.	N/A
E.P.S.	SANIDAD EJERCITO
A.R.L.	N/A
Profesión u oficio:	SOLDADO REGULAR
Tipo vinculación:	-
Empresa donde trabaja:	N/A

Actividad económica de la empresa:	N/A	Ubicación:	-
Ultimo cargo desempeñado:	N/A	Contrato vigente?	SI NO
Fecha de ingreso:		Fecha de retiro:	-
		TIEMPO (meses):	-

Descripción general del cargo:

Exposición a factores de riesgo ocupacional (referidos por el trabajador)

Otros antecedentes laborales (Referidos por el trabajador)

Empresa	Cargo	Riesgo principal	Tiempo
-	-	-	-
-	-	-	-

### SUSTENTACION TECNICA DEL DICTAMEN

#### Resumen de historia clínica aportada.

PACIENTE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRABAJO EN AREA.(CAIDA Y GOLPE CON FUSIL) SE RESBALA EN EL CAMINO Y SUFRE UNA CAIDA GOLPEANDOSE FUERTEMENTE LA BOCA CON SU FUSIL DE DOTACION OCASIONANDOLE LESION EN UNO DE SUS DIENTE; DE INMEDIATO EL SOLDADO EMPEZO A SENTIR DOLOR PRODUCTO DEL GOLPE INFORMANDO AL COMANDANTE DE PELOTON. DX: FRACTURA CORNARIA DE DIENTE No. 11

#### Conceptos de especialistas relacionados con la calificación:

Fecha:	Especialidad	Concepto

#### Resultados de exámenes paraclínicos

Fecha	Exámen	Resultado

#### CONCEPTO FINAL DE REHABILITACION:

--

#### EXAMEN FISICO (EVALUACION DEL CALIFICADOR)

PACIENTE QUE EL DIA 28/02/2014 SUFRIO ACCIDENTE DE TRABAJO ESTABA PATRULLANDO, SE RESBALO Y CON EL FUSIL SUFRIO TRAUMATISMO EN LABIO SUPERIOR Y PERDIDA DE DOS PIEZAS DENTARIA INCISIVOS. LE REALIZARON SUTURA Y EXTRACCION DE RAICES Y COLOCACION DE PROTESIS REMOVIBLE. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NEGATIVO  
QX: RESECCION GINECOMASTIA DERECHA EXAMEN FISICO: PESO 62KG TALLA: 1,63 M

#### SECUELAS O PATOLOGIAS A CALIFICAR

1. SECUELAS DE TRAUMA EN CARA CON COMPROMISO DE LABIO SUPERIOR

2. PERDIDA DE PIEZAS DENTARIAS

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

#### DEFICIENCIA

Descripción	Numeral/Tabla	CLASE D	Grado Severidad
DEFICIENCIA POR SISTEMA DERMICO	CAP 6 T: 6,5-6,5,1-6,1	I	8%
DEFICIENCIA EN SISTMA DENTAL	CAP 4 T: 4,5	I	3%
Grado Severidad % para la deficiencia			10.76%

Descripción	Grado Severidad %
DEFICIENCIA COMBINADA (DC) = $A + (100 - A) \times B / 100$	10.76%

CALCULO VALOR FINAL DE LA DEFICIENCIA = DC *50% :	5.38%
---	-------

### 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	5.00
	Rol laboral o puesto de trabajo adaptado.	10.0	25	0.0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo	15.0	25	0.0
	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	0.0	2.5	0.0

Autosuficiencia Económica	Autosuficiencia reajustada	1.0	2.5	1.00
	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	0.50
	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	0.0

Otras áreas ocupacionales	Aprendizaje y aplicación del conocimiento (Tabla 6)	4.0	20.0	0
	Comunicación (tabla /7)	4.0	20.0	0
	Movilidad (tabla 8)	4.0	20.0	0
	Cuidado personal (tabla 9)	4.0	20.0	0.50
	Vida doméstica (tabla 10)	4.0	20.0	0.50

TOTAL VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTROS AREAS OCUPACIONALES				7,5
---	--	--	--	-----

VALOR TOTAL CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL				
---	--	--	--	--

Cálculo valor final de la deficiencia:	5.38%
--	-------

Total valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales	7.50%
---	-------

Valor total calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional	12.88%
---	--------

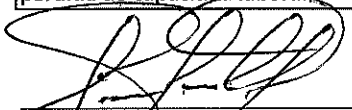
Calificación de origen:	ACCIDENTE DE TRABAJO
-------------------------	----------------------

Requiere de ayuda de terceros:	-
--------------------------------	---


Requiere curador:	-
-------------------	---

	Día	Mes	Año
Fecha de declaratoria de la pérdida de capacidad laboral:	26	4	2019

	Día	Mes	Año
Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad.	28	2	2014

  
**SEGUNDO MORAN MONTEZUMA**  
 Lic. S.O. Res. 1381  
 Médico Ponente

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

  
**ORFA LEILA CANTE CASAS**  
 Fsioterapeuta