

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

E. S. D.

ZAMORA &amp; ASOCIADOS

<b>Referencia:</b>	Reclamación SOAT – indemnización incapacidad permanente.
<b>No. de Póliza:</b>	13868100005810
<b>Tomador:</b>	Mercedes Amalfi Córdoba Vega
<b>Vehículo:</b>	BHL – 06D
<b>Reclamante</b>	WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA
<b>Asunto:</b>	Pago Incapacidad permanente – Decreto 056 2015.

Yo, **OSCAR MAURICIO ZAMORA CASTRO**, mayor y vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía 1.098.693.602 de Bucaramanga, portador de la tarjeta profesional número 266.732 del C.S. de la J., en mi calidad de apoderado del señor **WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA**, identificado con la cédula de ciudadanía número 84.104.804, me permito respetuosamente solicitar a sus dependencias, reclamación por indemnización por incapacidad permanente, de acuerdo al accidente de tránsito sufrido el 30 de marzo de 2019, con fundamento al decreto 056 de 2015, bajo las siguientes consideraciones:

1. El señor **WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA**, sufre accidente de tránsito cuando se movilizaba el vehículo de placas BHL-06D, el día 30 de marzo de 2019, a las 19:30 horas, se dirigía al municipio de Puerto Wilches, por la vía Nacional Lizama – San Alberto, a la altura del km 24, vereda la moneda del municipio de Sabana de Torres, sitio conocido como EL QUINCE, la vía se encontraba en mantenimiento y estaba muy transitada, cuando mi mandante, se baja a la berma, continuo su ruta, al retornar nuevamente a la calzada, con el bordillo, monto la llanta delantera y la trasera se resbaló, donde recibe varias lesiones en la pierna y columna.
2. El señor **WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA**, sufre fracturas de fémur izquierdo, con extensión diafisaria y fractura supracondílea de femur con extensión a tercio media diáfisis conminuta.
3. El señor **WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA**, actualmente fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander en donde determinó la pérdida de la capacidad laboral correspondiendo al 42.60 %, correspondiendo al accidente de tránsito del 30 de marzo de 2019.

Por lo anterior, Seguros del Estado S.A., ha venido asumiendo los gastos médicos hasta el tope permitido de mi mandante, reconociendo que el SOAT es afectado por el accidente de tránsito sufrido por mi mandante.

Ahora bien, el Decreto 056 de 2015, establece en sus artículos 12 al 16, referente al pago de la incapacidad de carácter permanente, de acuerdo a lo establecido en su artículo 14, el valor de acuerdo a la pérdida de capacidad laboral de mi mandante, es de 147 (Salarios Mínimos Diarios **Vigentes**), que corresponden al valor de **CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS (\$4.451.777)**. De acuerdo al salario mínimo mensual legal vigente, de conformidad como lo determina el artículo 14 del mencionado decreto.

Conformidad a lo anterior, el artículo 1077 del Código de Comercio establece quien debe demostrar la carga de la prueba a efectos de acceder a las indemnizaciones, por lo que está plenamente demostrado para estos efectos, el



zamoracastro.oz@gmail.com



3175747650

Calle 36 No. 13-48 Oficina 401-15 Edificio Metrocentro – Bucaramanga.

accidente de tránsito ocurrido y que por ello fue objeto de cobertura por la póliza de la referencia en los servicios de salud.

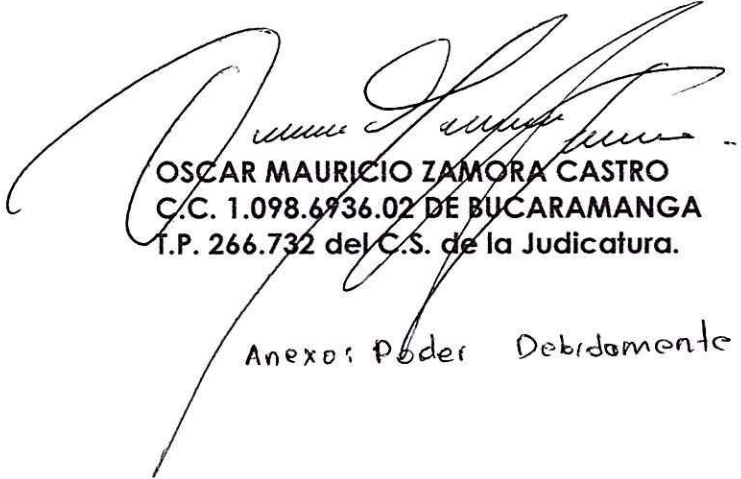
Estando 1081 del Código de Comercio, anuncia la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro, estando dentro del termino para llevar a cabo la presente reclamación, empezando a correr el término establecido del artículo 1080, una vez recibida la presente reclamación.

Por lo anterior, me permito realizar relación de los documentos que prueban la existencia de la acreencia a favor de mi mandante, de acuerdo al artículo 27 del decreto 056 de 2015:

1. Formulario de reclamación emitido por la Dirección de Administración de fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, debidamente diligenciado.
2. Dictamen de Calificación de Perdida de Capacidad Laboral No. 84104804 1745/2020, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander el día 30 de noviembre de 2020.
3. Se anexa la epicrisis y historia clínica del señor Wilson Enrique Córdoba Vega.
4. Declaración Extra juicio de Wilson Córdoba Vega del 26 de agosto de 2019.
5. Póliza de Seguros del Estado S.A. No. 13868100005810 de seguros del Estado S.A.
6. Cedula de ciudadanía de Amalfi Mercedes Córdoba Vega.
7. Licencia de Conducción de Amalfi Mercedes Córdoba Vega.
8. Licencia de Transito No. 10014801672

Para efectos de notificación las recibiré en la calle 36 No. 13-48 Edificio Metrocentro oficina 401-15, correo electrónico [zamoracastro.oz@gmail.com](mailto:zamoracastro.oz@gmail.com).

Agradezco su atención,



**OSCAR MAURICIO ZAMORA CASTRO**  
C.C. 1.098.6936.02 DE BUCARAMANGA  
I.P. 266.732 del C.S. de la Judicatura.

Anexo: Poder Debidamente Conferido.



[zamoracastro.oz@gmail.com](mailto:zamoracastro.oz@gmail.com)



3175747650

Calle 36 No. 13-48 Oficina 401-15 Edificio Metrocentro – Bucaramanga.





REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS (EVENTOS  
TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)  
PERSONAS NATURALES - FURPEN

Fecha Radicación: 11/10/2011 No. Radicado: [ ]  
No. Radicado Anterior: [ ]

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido: Oscar Zamora 2do. Apellido: Castro  
1er Nombre: Oscar 2do. Nombre: Mauricio  
Tipo de Documento: ☒ C.C. No. Documento: 110918169131602  
Dirección Domicilio: Calle 36 No. 113-48 Of. 1401-11  
Departamento: Santander Cod. [ ] Teléfono: 6973671  
Municipio: Buea Ariamangu Cod. [ ]  
Parentesco o Relación con la víctima:  
☐ Padres ☐ Cónyuge ☐ Abuelos ☐ Compadre(s) Permanente  
☐ Hijos ☐ Nietos ☐ Hermanos ☒ Apoderado

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: Córdoba 2do. Apellido: Vega  
1er Nombre: Wilson 2do. Nombre: Enrique  
Tipo de Documento: ☒ C.C. No. Documento: 8411048104  
Fecha de Nacimiento: 10/07/1977 Sexo: ☒ M ☐ F  
Dirección Domicilio: Calle 18 A No. 22-48 Barrio Progreso  
Departamento: Santander Cod. [ ] Teléfono: 3181094233  
Municipio: Sabana de Torres Cod. [ ]  
Zona: ☐ U ☒ R  
Condición del Accidentado: ☒ Conductor ☐ Pasajero ☐ Desaparecido ☐ Ciclista  
Fecha en caso libre: 00/00/00

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:  
Accidente de Tránsito: ☒  
Naturales: Sismo ☐ Maremoto ☐ Erupciones Volcánicas ☐ Huracán ☐  
Inundaciones ☐ Avalancha ☐ Deslizamiento de Tierra ☐ Incendio Material ☐  
Terroristas: Explosión ☐ Masacre ☐ Mina Antipersonal ☐ Combate ☐  
Incendio ☐ Ataque o Robo ☐  
Otro: ☐ Otro: [ ]  
Dirección de la ocurrencia: Vía Nacional 112A MA - SAN ANIBERTO KM 24  
Fecha Evento/Accidente: 30/03/2014 Hora: 11:11  
Departamento: Santander Cod. [ ]  
Municipio: San Aniberto Cod. [ ] Zona: ☐ U ☒ R  
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:  
Especia las principales características del evento / accidente:

IV. INFORMACION DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado ☒ No Asegurado ☐ Vehículo Fantasma ☐ Póliza Falsa ☐ Vehículo en fuga ☐  
Marca: Yamaha Placa: B44060  
Tipo de Servicio: Particular ☒ Público ☐ Oficial ☐ Vehículo de emergencia ☐ Vehículo de servicio diplomático o consular ☐  
Vehículo de transporte masivo ☐ Vehículo escolar ☐  
Nombre de la Aseguradora: Seguros del Estado S.A.  
No. de la Póliza: 11301611000050110 Intervención de autoridad: SI ☐ NO ☒  
Vigencia Desde: 11/01/2014 Hasta: 11/01/2020

Total Faltas: [ ]



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS  
CATASTROFICOS (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)  
PERSONAS NATURALES - FURPEN

DATOS DE PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razón Social	Cordoba	2do. Apellido	Vega
1er Nombre	Alfari	2do. Nombre	Mercedes
Tipo de Documento	<input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC	No. Documento	51810741875
Dirección Residencia	CALLE 18A NO 22-48 BARRIO PROGRESO		
Departamento	SANTANDER		
Municipio	BEBANA DE HORRIS		
Cod.		Teléfono o Celular	3185943331
Cod.			

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

1er Apellido del Conductor	Wilson Cordoba	2do. Apellido del Conductor	Cordo Vega
1er Nombre del Conductor	Wilson	2do. Nombre del Conductor	Enrique
Tipo de Documento	<input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RS	No. Documento	8411041897
Dirección Residencia	CALLE 18A NO 22-48		
Departamento	SANTANDER		
Municipio	BEBANA DE HORRIS		
Cod.		Teléfono	
Cod.			

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado

Concepto Reclamado	X	Valor Reclamado
Gastos Funerarios		
Muerte de la Víctima		
Incapacidad Permanente	X	

VIII. DECLARACION DEL RECLAMANTE

Yo, Oscar M. Zamora C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090693606 de B/gor, Declaro bajo la gravedad del juramento que la información contenida en este documento es cierta y declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Firma del Reclamante

Impresión Dactilar







DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O  
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 30/10/2020	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 84104804 - 1745
Instancia actual: No aplica	Nombre solicitante: SEGUROS DE VIDA ALFA	Identificación: NIT 860503617
Tipo solicitante: ARL	Ciudad:	Dirección: CRA 34 48-69 OFICINA 206 SINGER LTDA
Teléfono: 6572109		
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander	Identificación: 804.000.705-0	Dirección: Carrera 37 # 44-74 Cabecera
Teléfono: 6576094 / 6577195	Correo electrónico: juntasantander@hotmail.com	Ciudad: Bucaramanga - Santander

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA	Identificación: CC - 84104804	Dirección: CALLE 18A # 22-48 BARRIO PROGRESO
Ciudad: Sabana de torres - Santander	Teléfonos: - 3174884292	Fecha nacimiento: 10/07/1977
Lugar:	Edad: 43 año(s) 3 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Tecnología
Correo electrónico: cordobawilson111@yahoo.com	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: Coomeva EPS
AFP: Porvenir S.A.	ARL: Positiva compañía de seguros	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo: SUPERVISOR DE CAMPO PALMA DE ACEITE	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	Dirección:
Empresa:	Identificación:	Fecha ingreso:
Ciudad:	Teléfono:	
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		
Refiere laboraba como supervisor de campo de cultivo de palma africana, con incapacidad medica superior a 540 días, sin reintegro labora continua vinculado.		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)



## Información clínica y conceptos

### Resumen del caso:

Hombre de 43 años, supervisor en campo en Agroindustrias Rojas, Incapacitado hace más de 540 días a quien Alfa califica con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 28.20%, por el diagnóstico *fractura de la diáfisis del fémur*, Porcentaje con el cual el afiliado se muestra inconforme. FE: 18/07/2020

### Resumen de información clínica:

#### Anamnesis

Accidente de tránsito 30 marzo 2019 en calidad de conductor de motocicleta con trauma en miembro inferior izquierdo fractura supracondílea requiriendo reducción con material de osteosíntesis 08 abril 2019, falla de MOS reintervenido 23 octubre de 2019, complicado con retardo en la consolidación. Gammagrafía en septiembre 2020 ósea y TAC realizado 14 octubre de 2020 reportan no consolidación por lo cual se convoca junta médica.

## Conceptos médicos

Fecha: 16/09/2020

Especialidad: FISIATRIA

#### Resumen:

Fractura diafisaria de fémur izquierdo, osteosíntesis fractura material y desplazamiento de foco de fractura. Por no unión de la fractura, suspende proceso rehabilitador

Fecha: 23/10/2020

Especialidad: ORTOPEDIA

#### Resumen:

Secuela de fractura de fémur fracaso de osteosíntesis en dos ocasiones, secuela por evolución tórpida. Requiere junta médica de ortopedia para establecer manejo a seguir.

## Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

## Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 27/10/2020

Especialidad: PSICOLOGÍA (JRCIS)

Teniendo en cuenta las deficiencias establecidas en valoración médica, la revisión de los soportes aportados en el expediente y los datos obtenidos en la entrevista de valoración interdisciplinaria. Se encuentra evaluado de 43 años de edad, quien acude por sus propios medios, marcha con muletas, sin apoyo de pie izquierdo. Se observa alerta, sin alteraciones en la orientación auto y alopsíquica, ánimo modulado, preocupación situacional, sin evidencia aparente de alteraciones cognitivas, de la sensorio-percepción, juicio o raciocinio. Refiere laboraba como supervisor de campo de cultivo de palma africana, con incapacidad médica superior a 540 días, sin reintegro laboral, continúa vinculado. Procedente de área rural del municipio de Puerto Wilches, expresa tiene disfunción de pareja y tiene 6 hijos a cargo. Relata preocupación por irregularidad en pagos de subsidio por incapacidad único ingreso familiar a la fecha. En concordancia con los registros clínicos se consideran las quejas reportadas al realizar caminatas especialmente con aditamento en especial para terrenos irregulares o con diferente nivel de inclinación, baja tolerancia a bipedestación por tiempo prolongado. Reporta restricciones severas para correr, saltar, hacer cuclillas, arrodillarse, trepar, subir y bajar escaleras. Así como para desplazarse con objetos con pesos mayores a los habitualmente tolerados. Utiliza medicamentos de mitigación del dolor con pobre respuesta, menciona el sueño es interrumpido por dolor. De acuerdo a lo relatado y en coherencia con los hallazgos encontrados se determina algún nivel de impacto para realizar de manera eficiente actividades de higiene y arreglo personal, la actividad física cotidiana como es la práctica deportiva o recreativa (jugaba fútbol semanalmente), el desempeño de rol de pareja y social, la participación en tareas domésticas (barrer, trapear, lavar sanitarios, movilizar muebles, arreglar objetos en posturas forzadas), el cuidado de animales. Además, restricción para conducir (motocicleta) y uso de transporte público por trayectos extendidos.

Fecha: 27/10/2020

Especialidad: MEDICO PONENTE

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander

Calificado: WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA

Dictamen:84104804 - 1745

Página 2 de 4



Ingresa la valoración solo, apoya en dos muletas sin apoyo de miembro inferior izquierdo, con limitación en la movilidad de la rodilla izquierda la cual flexiona con dolor hasta 60°. Atrofia muscular en la extremidad inferior izquierda.

Otros conceptos técnicos:

**ROL LABORAL Y OCUPACIONAL:** Previa revisión de la documentación aportada, valoración, entrevista y determinación de las deficiencias calificables se concluye requiere cambio de rol laboral teniendo como referencia el trabajo habitual de SUPERVISOR DE CAMPO CULTIVO DE PALMA, la autosuficiencia económica está debilitada y se considera restricción propia de la edad. Además, se identifican dificultades que afectan de manera significativa las actividades de la vida diaria relacionadas con las áreas ocupacionales de movilidad, cuidado personal y vida doméstica. Ver valoración cuantitativa en registro correspondiente.

Fundamentos de derecho:

Ley 100 de 1993, Decreto Ley 019/12 Ley 1562/12 Decreto 1072/2015, Decreto 1507/14.

Análisis y conclusiones:

Caso en el cual se cumplen más de 540 días motivo por el cual procede adelantar la calificación en el estado actual de proceso de rehabilitación.

Dada condición funcional de la extremidad, se valora por homologación, amputación supracondílea miembro inferior izquierdo.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M842	Consolidación retardada de fractura			Accidente común
S723	Fractura de la diáfisis del fémur	IZQUIERDO		Accidente común

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.14	NA	NA	NA	NA	40,00%		40,00%
Valor combinado									40,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	40,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	40,00%
--	--------

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador  
Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5	20,00%
---	--------

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	15
Restricciones autosuficiencia económica	2
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	18,50%

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander

Calificado: WILSON ENRIQUE CORDOBA VEGA

Dictamen:84104804 - 1745

Página 3 de 3



Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A 0,0 No hay dificultad, no dependencia. B 0,1 Dificultad leve, no dependencia. C 0,2 Dificultad moderada, dependencia moderada.  
D 0,3 Dificultad severa, dependencia severa. E 0,4 Dificultad completa, dependencia completa.

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.2	0.2	0.2	0	0	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0.2	0	0	0.2	0.2	0.2	0	0	0	0.2	
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%) 4.1

Valor final título II 22,60%

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	20,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	22,60%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	42,60%

Origen: Accidente Riesgo: Común Fecha de estructuración: 23/10/2020

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Ultimo concepto de ortopedia

Nivel de perdida: Incapacidad permanente parcial Muerte: No aplica Fecha de defunción:  
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica Ayuda de terceros para toma de decisiones: Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica  
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica Enfermedad degenerativa: No aplica Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador

Profesión	Nombre	Firma
Médico Calificador	Myriam Barbosa Zarate	
Médico Calificador	Sergio Eduardo Ayala Moreno	
Psicóloga	Jeannette Duran Salazar	

ESPACIO EN BLANCO