



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1**



Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
Identificación: 16461039
Remitente: ARL COLPATRIA
Medico Ponente: DAVID ANDRES ALVAREZ
SALA 1

HOJA DE RUTA

[illegible]



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRABAJO
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805.012.111-1



REQUERIMIENTOS MÍNIMOS	AT	EL	EC	MUERTE
RESPONSABILIDAD EMPLEADOR				
Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo FURAT o el que lo sustituya o adicione, debidamente diligenciado por la entidad o persona responsable, o en su defecto, el aviso dado por el representante del trabajador o por cualquiera de los interesados.				
El informe del resultado de la investigación sobre el accidente realizado por el empleador conforme lo exija la legislación laboral y seguridad social.				
Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, periódicas o de egreso o retiro, si el empleador no contó con alguna de ellas deberá reposar en el expediente certificado por escrito de la no existencia de la misma, caso en el cual la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a la dirección territorial del Ministerio del Trabajo para la investigación y sanciones a que hubiese lugar.				
Contratos de trabajo, si existen, durante el tiempo de exposición.				
Información ocupacional con descripción de la exposición ocupacional que incluyera la información referente a la exposición a factores de riesgos con mínimo los siguientes datos:				
1. Definición de los factores de riesgo ó los cuales se encontraba o se encuentra expuesto el trabajador, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.				
2. Tiempo de exposición al riesgo o peligro durante su jornada laboral y/o durante el periodo de trabajo, conforme al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.				
3. Tipo de labor u oficio desempeñados durante el tiempo de exposición, teniendo en cuenta el factor de riesgo que se está analizando como casual.				
4. Jornada laboral real del trabajador.				
5. Análisis de exposición al factor de riesgo al que se encuentra asociado la patología, lo cual podrá estar en el Análisis o evaluación de puestos de trabajo relacionados con la enfermedad en estudio.				
6. Descripción del uso de determinadas herramientas, aparatos, equipos o elementos si se requiere.				
RESPONSABILIDAD ENTIDADES PRIMERA OPORTUNIDAD				
Formulario de solicitud de dictamen diligenciado	X			
Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.	X			
Calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje de este último es mayor a 0	X			
Certificado o constancia del estado de rehabilitación integral o de su culminación o la no procedencia de la misma antes de los quinientos cuarenta (540) días de presentado u ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.	X			
Si el accidente fue grave o mortal, el concepto sobre la investigación por parte de la administradora de riesgos laborales.	PA			
Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, entidades promotoras de salud, medicina prepagada o médicos generales o especialistas que lo hayan atendido, que incluyan la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al recibir la atención derivada del evento, en caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso.	X			
Si las instituciones prestadoras de servicios de salud no hubiesen tenido la historia clínica, o la misma no este completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones a que hubiese lugar.	PA			
Conceptos o recomendaciones y/o restricciones ocupacionales si aplica	X			
Registro civil de defunción, si procede	PA			
Acta de levantamiento de cadáver, si procede	PA			
Protocolo de necropsia, si procede	PA			
Otros documentos que soporten la relación de causalidad, si los hay	X			

Director(a) Administrativo(a) y Financiero(a)

Calle 5E No. 42 A - 05 B/ Tequendama PBX 553 1020 Fax 553 1020 Ext. 112 Cali - Colombia
Cuenta de Ahorros No. 0173 0010 2021 Banco Davivienda
www.jrcivalledelcauca.com / e-mail: jrcivalle@emcali.net.co

Santiago de Cali, 11 de abril de 2016

Señores:

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. ARL AXA COLPATRIA
Directora Operativa – Regional Cali
Dra. JESSICA VERNAZA RESTREPO
Cali / valle.



ASUNTO: Recurso de Apelación y/o inconformidad contra la evaluación de la pérdida de mi capacidad laboral, emitida por SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. ARL AXA COLPATRIA de fecha 19 de Marzo de 2016, siniestro No. 20150062023

El suscrito JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA identificado con CC No 16.461.039 de Yumbo valle, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, con el debido respeto, me remito ante la ARL AXA COLPATRIA dentro de los términos legales establecidos, con el ánimo de interponer recurso de Apelación y/o inconformidad en contra de la evaluación de la pérdida de mi capacidad laboral, emitida por SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. ARL AXA COLPATRIA de fecha 19 de Marzo de 2016, siniestro No. 20150062023, la cual fue notificada y recibida en mi domicilio el día 31 de marzo de 2016.

Solicito muy comedidamente remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la evaluación de pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.

HECHOS

Para el día 27 de julio de 2015, presente accidente laboral dentro las instalaciones de la empresa lesionándome gravemente mi hombro derecho; luego de largas incapacidades, terapias y tratamientos médicos, la ARL AXA COLPATRIA el día 19 de marzo de 2016, me realizo Evaluación de la Pérdida de la Capacidad Laboral sin tener en cuenta y sin un pronunciamiento de fondo sobre los siguientes aspectos:

1. El dolor en mi hombro derecho aun persiste constantemente y se agudizan cuando realizo todo tipo de movimientos.
2. En mi antebrazo constantemente se presenta adormecimiento e igualmente hinchazón de mi mano derecha.
3. Al realizar movimientos rutinarios con mi brazo derecho tales como vestir, al despertar en las mañanas, comer, levantar peso, laborar, halar elementos etc. Siento corrientazos en mi hombro derecho después de ocurrido mi accidente laboral.
4. Para el día 11 de agosto de 2015, obtuve resultado de Ecografía de mi hombro de derecho el cual arrojó la siguiente conclusión sin que fueran tenidas en cuenta en la evaluación de fecha 19 de marzo de 2016:

A) TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO CON RUPTURA PARCIAL.

B) TENOSINOVITIS DEL TENDON LARGO DEL BICEPS BRAQUIAL.

21

C) BURSITIS SUBDELTOIDEA.

5. Posteriormente para el día 21 de agosto de 2015, fecha en la que me realizaron RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA en mi hombro derecho, se logro identificar en esta los siguientes hallazgos que tampoco fueron tenidos en cuenta en la evaluación de fecha 19 de marzo de 2016:

- A) RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOSO Y SUBESCAPULAR.
- B) TENDINOPATIA DEL INFRA ESPINOSO.
- C) TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL.
- D) DERRAME ARTICULAR GLENO HUMERAL.

Si bien es cierto que este punto fue mencionado en el PCL, es de aclarar que son patologías bastante considerables que NO merecian una pérdida de capacidad laboral del 0.00%

6. No fueron tenidos en cuenta los aspectos psíquico, psicológico y social del Ser humano.
7. La fecha de estructuración que arroja la pérdida de capacidad laboral es decir 19 de marzo de 2016, no corresponde a la fecha del accidente laboral, pues este accidente ocurrió el día 27 de Julio de 2015.

PRETENSIONES

Comedidamente solicito remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la evaluación de pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.

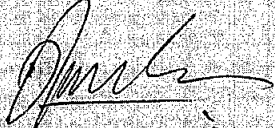
PRUEBAS

1. Notificación y calificación de pérdida de capacidad laboral efectuada por La ARL AXA COLPATRIA S.A, notificada el día 31 de marzo de 2016.

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones por escrito y en los términos establecidos por la ley en la Calle 59 No. 1C-73 Barrio Torres de Comfandi, Conjunto B, Bloque 4, Apto 304 en la ciudad de Cali, teléfonos: 315-447-90-93 y 310-597-28-54 fijo: 342-23-94.

Atte.:


JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CC No 16.461.039 de Yumbo Valle

NOTIFICACION DE EVALUACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Santiago de Cali, 24 de Marzo de 2016

Señor

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dir.CALLE 59 No 1C - 73 CONJUNTO B TORRE 4 APTO 304 B/TORRES DE COMFANDI

Tel.3154479293 - 3710896 - 3105972854

CEDULA: 16461039

EMPRESA: SERVIESPECIALES S.A.

LESION: ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

SINIESTRO: 20150062023 FECHA DEL EVENTO 27/07/2015

La Administradora de Riesgos Laborales AXA Colpatria Seguros de Vida S.A se permite notificarle que, de acuerdo a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, adelantada por el Equipo Interdisciplinario de Calificación de la Administradora, se determina en su caso, una Pérdida de Capacidad Laboral del 0 % Siendo calificadas las respectivas patologías **ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO** Como de origen **ACCIDENTE DE TRABAJO**

El grupo interdisciplinario de calificación tuvo en cuenta los siguientes fundamentos de derecho (Decreto 1507 de 2014, Decreto 917 de 1999, Decreto 1295/94, Decreto 1832 de 1.994, resolución 2569 de 1.999, Decreto 2463 de 2.001, Ley 776 de 2.002, Ley 962 de 2005, Ley 1562 de 2012). Los fundamentos de hecho están contenidos en el dictamen de calificación, que hace parte de la historia clínica del trabajador.

Dado que se ha declarado la incapacidad permanente parcial el empleado debe laborar de acuerdo al concepto de aptitud laboral generado por el equipo médico de ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA. Esta administradora no realizará nuevos pagos de subsidio por incapacidad temporal, de acuerdo a lo establecido por la ley 776 de 2002.

Ley 776 de 2002 Artículo 2°. Incapacidad temporal. Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

Artículo 3. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal. Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARL continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal.

Si alguno de los interesados no está de acuerdo con la calificación adelantada por la Administradora, deberá solicitar por escrito que el caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez informando las razones de la inconformidad, durante un término de diez (10) días hábiles contados a partir del recibo de esta comunicación. Los costos de este trámite serán asumidos por ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA de acuerdo a lo contemplado en la ley.

Señor(a) trabajador si su calificación de pérdida de capacidad laboral está entre 5 y 49.9% usted tiene derecho a una indemnización por incapacidad permanente parcial (Decreto 2644/1994).

ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA le pagará la indemnización dentro de los 60 días calendario siguiente a su aceptación de la calificación por escrito o a la recepción del dictamen en firme de la Junta de Calificación (artículo 1 Ley 776 de 2002).

Cordialmente,

JESSICA VERNAZA RESTREPO
Directora Operativa - Regional Cali
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. A.R.L. COLPATRIA
CC COLFONDOS
CC SOS
CC SERVIESPECIALES S.A.

FIRMA DE RECIBIDO: _____ NUMERO DE CEDULA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE RECIBIDO: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOTA: SI ES O NO ACEPTADA LA CALIFICACION FAVOR REMITIR CARTA, PARA PROCEDER CON EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE

Diagnósticos Motivo de Evaluación		
Diagnóstico	Descripción	Observaciones
S434	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	ESGUINCE DE HOMBRO DERECHO SIN SECUELAS (AT). TIENE OTROS DX CRONICOS EN HOMBRO DERECHO EN ESTUDIO DE ORIGEN Y NO RELACIONADOS CON EL AT REPORTADO

Paraclínicos		
Fecha examen	Descripción	Observaciones
2015/08/21	RESONANCIA MAGNETICA	RNM REALIZADA EL DÍA 21/08/2015 QUE REPORTO: RUPTURA PARCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOSO Y SUBESCAPULAR, TENDINOPATIA DEL INFRAESPINOSO, TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL, DERRAME ARTICULAR GLENOHUMERAL

Contraremisiones			
Fecha envío	Proveedor	Especialidad	Observaciones
2015/12/10	FUNDALIVIO LTDA.	FISIATRIA	FISIATRÍA (DR CASTRO) EL 10 DE DICIEMBRE DEL 2015 QUIEN INDICO DOLOR ETIOLOGÍA MECÁNICA POR LESIÓN PARCIAL DEL MANGUITO ROTADOR, MANEJO FARMACOLÓGICO, ALTA POR FISIATRÍA Y CALIFICACIÓN DE PCL

Circunstancias de Modo, Tiempo y Lugar
DOLOR EN HOMBRO DERECHO AL MOVILIZAR UN BULTO. TIENE OTRAS PATOLOGIAS DE HOMBRO EN CONTROVERSA POR ORIGEN EN JUNTA REGIONAL

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual
--

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CC 16461039

Hoja 2 de 5

**EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE
LA CAPACIDAD LABORAL Y
OCUPACIONAL**



Datos de Impresión		
No. Siniestro		20150062023
Fecha	Hora	Usuario
19/03/2016	15 : 00	SREYM
REGIONAL CALI SALUD		

Información General de la Evaluación			
Dictamen No.	6037	Fecha de dictamen	2016/03/19
Entidad remitente	ARL AXA COLPATRIA	Fecha de recepción de solicitud	2016/03/19

Datos Personales del Evaluado			
Siniestro	20150062023	Fecha Siniestro	0
Nombre	JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	Género	Masculino
Identificación	16461039	Edad	35 AÑOS 1 MESES 11 DIAS
Dirección		Barrio	
Teléfono	0	Estado Civil	SOLTERO
Escolaridad	OTRO	EPS	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD
Ciudad Residencia	CALI	Empresa donde ocurrió el siniestro	SERVIESPECIALES S A

Antecedentes de Exposición Laboral							
Número Afiliación	0	Nit	890331277	Empresa	SERVIESPECIALES S A	Cargo	OPERARIO
Riesgo exposición		Exposición en meses		Observaciones			
OTROS		51		ERGONOMICO , FISICO (RUIDO) MECANICO			

Documentos Tenidos en Cuenta para Evaluar	
CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL	
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	
EXAMENES PARACLINICOS	
OTROS	
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CC 16461039

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD QUIEN LABORA PARA SERVIESPECIALES EN EL CARGO DE OPERARIO DE PLANTA (REALIZA ALIMENTACIÓN DE TANQUES DE MEZCLAS CON MANIPULACIÓN DE BULTOS DE 50 KSG) EN SUCROAL CON ANTIGÜEDAD DE 11 AÑOS APROX ACTUALMENTE A TRAVÉS DE CON ALTA***** PRESENTA AT 27/07/2015 MIENTRAS LEVANTABA UN BULTOS DE AZÚCAR DE 50KGS, SOBRE EL HOMBRO DERECHO PRESENTA DOLOR TIPO CON LIMITACIÓN FUNCIONAL. URGENCIAS EL MISMO DÍA EN LA CLÍNICA DE REMEDIOS DONDE REFIEREN DOLOR A LA MOVILIDAD DE HOMBRO, MANEJO CON ANALGÉSICO E INCAPACIDAD 20 DÍAS, DX DE CONTUSIÓN DE HOMBRO Y DEL BRAZO. REMITIDO CON ORTOPEDIA (DR. VERNAZA) QUIEN CONSIDERA ESGUINCE Y TORCEDURAS DE ART DE HOMBRO. POSTERIORMENTE SE TOMO ECOGRAFÍA 11/08/2015 DE HOMBRO DERECHO QUE REPORTO TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO CON RUPTURA PARCIAL, TENOSINOVITIS DEL TENDÓN LARGO DEL BÍCEPS BRAQUIAL, BURSITIS SUBDELTOIDEA. POR HALLAZGOS EN ECOGRAFÍA SE SOLICITO RNM REALIZADA EL DÍA 21/08/2015 QUE REPORTO: RUPTURA PARCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOZO Y SUBESCAPULAR, TENDINOPATIA DEL INFRAESPINOZO, TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL, DERRAME ARTICULAR GLENOHUMERAL. SE VALORO POR ORTOPEDIA QUIEN GENERO INCAPACIDAD E INICIO MANEJO CON TERAPIAS FÍSICA 15 SESIONES Y ANALGESIA. ULTIMA EVALUACIÓN DE ORTOPEDIA EL 8 SE SEPTIEMBRE DEL 2015 QUIEN INDICA REINTEGRO LABORAL AL TERMINO DE LA INCAPACIDAD. LABORO CON RESTRICCIONES LABORALES VIGENTES HASTA 28/11/2015. CONTROL CON ORTOPEDIA EL DÍA 20/10/2015 ENCUENTRA MOVILIDAD COMPLETA, SEGUIR RESTRICCIONES POR MEDICINA LABORAL, ALTA POR ORTOPEDIA. REFIERE QUE EVENTUALMENTE PRESENTA DOLOR CON CIERTO TIPO DE MOVIMIENTOS PERO REFIERE QUE HAY LIMITACIÓN DE CARGA. VALORADO POR FISIATRÍA EL 10 DE DICIEMBRE DEL 2015 QUIEN INDICO DOLOR ETIOLOGÍA MECÁNICA POR LESIÓN PARCIAL DEL MANGUITO ROTADOR, MANEJO FARMACOLÓGICO, ALTA POR FISIATRÍA Y CALIFICACIÓN DE PCL.***** TIENE OTROS ACCIDENTES REPORTADOS POR CERRAR 2) AT 22 /01/2008 (20080005707) EMPLEANDO UN MALCATE CON UNA CRUCETA ESTA NO ENGANCHABA CORRECTAMENTE AL ELEVARSE EL SUPERSACO SE DESLIZA Y LE CAE LA CRUCETA EN EL PIE DERECHO PRESENTANDO CONTUSION DE TEJIDOS BLANDOS DEPIE , 3 DIAS IT , NO SECUELAS ***** TIENE CALIFICADO EN PRIMERA INSTANCIA POR LA EPS POSIBLE ENF LABORAL CON SIND MANGUITO ROTADOR DERECHO, TENIDNITIS DEL BICEPS Y BURSITIS SUBDELTOIDEA, EN CONTOVERSA CON LA JUNTA REGIONAL

Detalle de las ABC y AVD

LABORA COMO OPERARIO EN ALMACEN

Antecedentes Personales y Familiares

Tipo Antecedente	Descripción
FAMILIARES	NEGATIVOS
QUIRURGICOS	SEPTORRINOPLASTIA 2003 , VARICOCELE IZQUIERDO POR TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

Examen Físico

Talla en metros (0.00): 1,84
Dominancia: DERECHA
Ind. masa corporal: 98,000

Fecha Exámen: 19-03-2016

BUEN ESTADO GENERAL, LUCIDO ,ORIENTADO. HOMBRO DERECHO: NO ATROFIAS, REFIERE DOLOR PARA LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS, LOGRA HASTA 90° DE ABDUCCION Y FLEXION, ROTACIONES 60°, FUERZA 4 - /5, CODO Y MUÑECAS, DEDOS NORMALES

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CC 16461039

Hoja 3 de 5

Deficiencias			
Número Orden	Descripción	Porcentaje asignado	Capítulo, Numeral, Literal, Tabla
1	ESGUINCE Y TORCEDURAS DE HOMBRO DERECHO SIN EVIDENCIA CLINICA O POR RMN DE LESION OSTEOARTICULAR DE TIPO TRAUMATICO AGUDO	0.00	TITULO PRIMILINAR NUMERAL 7 Y NUMERAL 5 INCISO FINAL
Valor Total Deficiencia		0.00	

ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Clasificación de las restricciones en función de edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar			
N° Categoría *	7	Calificación	0.00
Porcentaje **	0.00		

Clasificación de las restricciones en el rol laboral			
N° Categoría *	1	Calificación	0.00
Porcentaje **	0.00		

Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica			
N° Categoría *	1	Calificación	0.00
Porcentaje **	0.00		

Relación por otras áreas ocupacionales y sus puntajes máximos individuales	
Total	

Porcentaje de Périda de Capacidad Laboral	
Descripción	Porcentaje
DEFICIENCIAS	0.00
EDAD	0.00
ROL LABORAL	0.00
AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA	0.00
OTRAS AREAS OCUPACIONALES	0.00
Total	0.00

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CC 16461039

89

Diagnósticos Motivo de Evaluación		
Código	Diagnóstico	Origen
S434	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	ACCIDENTE DE TRABAJO

Análisis del Caso	
SE CALIFICA ESGUINCE Y TORCEDURAS DE HOMBRO DERECHO SIN EVIDENCIA DE LESION OSTEOARTICULAR DE TIPO AGUDO TRAUMATICO **** SE CIERRA AT 22 /01/2008 (20080005707) SIN SECUELAS***** EL PACIENTE TIENE HALLAZGOS DE LESION DE HOMBRO DERECHO CRONICAS NO TRAUMATICAS EN CONTROVERSIA DE ORIGEN CALIFICADAS EN PRIMERA OPORTUNIDAD POR EPS COMO ENF LABORAL ACTUALMENTE EN JUNTA REGIONAL POR CONTROVERSIA Y NO RELACIONADAS CON EL AT REPORTADO	
Fecha estructuración PCL	2016/03/19

SIMON WILFREDO
REY MUÑOZ
MEDICINA LABORAL
REGIONAL CALI

**COMISION MEDICA
MEDICINA LABORAL
ARL**

COLOMBIA
Ministerio de Salud y los seguros

NECUN SAA L.
Asiata S/Ocupacional
R.M. 272 494

EVALUACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CC 16461039

NOTIFICACION DE EVALUACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Santiago de Cali, 24 de Marzo de 2016

Señor

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dir.CALLE 59 No 1C - 73 CONJUNTO B TORRE 4 APTO 304 B/TORRES DE COMFANDI

Tel.3154479293 - 3710896 - 3105972854

CEDULA: 16461039

EMPRESA: SERVIESPECIALES S.A.

LESION: ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

SINIESTRO: 20150062023 FECHA DEL EVENTO 27/07/2015

La Administradora de Riesgos Laborales AXA Colpatría Seguros de Vida S.A se permite notificarle que, de acuerdo a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, adelantada por el Equipo Interdisciplinario de Calificación de la Administradora, se determina en su caso, una Pérdida de Capacidad Laboral del 0 % Siendo calificadas las respectivas patologías **ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO** Como de origen **ACCIDENTE DE TRABAJO**

El grupo interdisciplinario de calificación tuvo en cuenta los siguientes fundamentos de derecho (Decreto 1507 de 2014, Decreto 917 de 1999, Decreto 1295/94, Decreto 1832 de 1.994, resolución 2569 de 1.999, Decreto 2463 de 2.001, Ley 776 de 2.002, Ley 962 de 2005, Ley 1562 de 2012). Los fundamentos de hecho están contenidos en el dictamen de calificación, que hace parte de la historia clínica del trabajador.

Dado que se ha declarado la incapacidad permanente parcial el empleado debe laborar de acuerdo al concepto de aptitud laboral generado por el equipo médico de ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA. Esta administradora no realizará nuevos pagos de subsidio por incapacidad temporal, de acuerdo a lo establecido por la ley 776 de 2002.

Ley 776 de 2002 Artículo 2°. Incapacidad temporal. Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

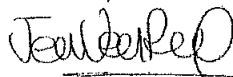
Artículo 3. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal. Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARL continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal.

Si alguno de los interesados no está de acuerdo con la calificación adelantada por la Administradora, deberá solicitar por escrito que el caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez informando las razones de la inconformidad, durante un término de **diez (10) días hábiles** contados a partir del recibo de esta comunicación. Los costos de este trámite serán asumidos por ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA de acuerdo a lo contemplado en la ley.

Señor(a) trabajador si su calificación de pérdida de capacidad laboral está entre 5 y 49.9% usted tiene derecho a una indemnización por incapacidad permanente parcial (Decreto 2644/1994).

ARL AXA COLAPTRIA SEGUROS DE VIDA SA le pagará la indemnización dentro de los 60 días calendario siguiente a su aceptación de la calificación por escrito o a la recepción del dictamen en firme de la Junta de Calificación (artículo 1 Ley 776 de 2002).

Cordialmente,



JESSICA VERNAZA RESTREPO

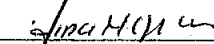
Directora Operativa - Regional Call

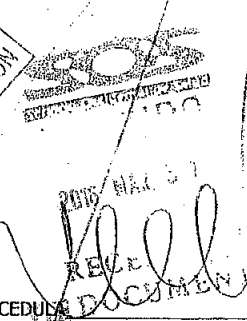
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. A.R.L. COLPATRIA

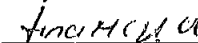
CC COLFONDOS

CC SOS

CC SERVIESPECIALES S.A.

FIRMA DE RECIBIDO: 

NUMERO DE CEDULA DOCUMENTO: 

NOMBRE COMPLETO: 

FECHA DE RECIBIDO: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

NOTA: SI ES O NO ACEPTADA LA CALIFICACION FAVOR REMITIR CARTA, PARA PROCEDER CON EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE

10

EXPRESS

NIT 830.137.513-7
www.aexpress.com.co
DIRECCIÓN GENERAL BOGOTÁ
Carrera 103 No. 24B-20

Línea de Atención Nacional (57)-1-519 0918
RESOLUCIÓN MINISTERIO DE COMUNICACIONES
No. 000949 DEL 10 DE MAYO DE 2011

CRÉDITO
GUÍA No.



* 2 0 4 5 9 4 9 3 3 *

FECHA		HORA	ORIGEN	DESTINO	TIPO DE SERVICIO			
20/6/2011			CAJ	CAJ	☒ MENSAJERÍA EXPRESS ☐ RETORNO EXPRESS ☐ YA EXPRESS	PERSONALIZADO	PAQUETES / CARGA	
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL		NIT / C.C.		PIEZAS	PESO (KILOS)	VOLUMEN		VALOR ASEGURADO
APELLANOS DE WDA		880001878		1	4			
DIRECCIÓN		TELÉFONO		DOCUMENTOS ☒	DICE CONTENER		VALOR PRIMA	
CALLE 59 - APT. CAL		315 44 29 29		MERCANCÍA ☐	SOBRE			
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL		NIT / C.C.		OBSERVACIONES				
JULIAN ANDRES CASTRO		880001878		BI TORRES DE CENFAM				
DIRECCIÓN		TELÉFONO		RECIBI A SATISFACCIÓN				
CALLE 59 - APT. CAL		315 44 29 29						
CAUSAL DE DEVOLUCIÓN				FIRMA / IDENTIFICACIÓN / SELLO		VALOR TOTAL		
1. Visit 2. Visit ☐ Causación Errores ☐ Cambio de Dirección ☐ Retenido ☐ Anticipo ☐ Causación Incompleta ☐ Destinatario Desconocido ☐ Cerrado				Fecha 1. Visita A M D Fecha 2. Visita A M D		A M D HORA		

- REMITENTE -

SEGUROS DE VIDA AXA COLPATRIA S.A. ARL AXA COLPATRIA

ACTUALIZACION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el fin de brindar una atención oportuna y de calidad le solicitamos diligenciar la información de sus datos actualizados de contacto y ubicación.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Julian Andres Castro Garcia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 16 461 039

EPS: Compandi FONDO DE PENSIONES: Colfondos

TELEFONO(S): FIJO(S) 342 2394 / 371 0896 CELULAR(ES) 315 447 9093 - 310 597 2854

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: cil 59 1c-73 / conj B Torre 4 apto 304

BARRIO: Torres de Comfandi CIUDAD: Calí

Correo Electrónico: Andres2377@hotmail.com

Deseo recibir notificaciones por correo electrónico?



NO

Si hubiere modificaciones de mi correo electrónico, me comprometo a informarlas por escrito al departamento de medicina laboral de ARL Axa Colpatría

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

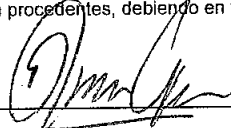
Autorizo al equipo médico de ARL Axa Colpatría a consultar mi historia clínica de las diferentes IPS, EPS y ARL donde he sido atendido, de acuerdo a la resolución 1995/99 (1). Para poder adelantar los trámites pertinentes por mi contingencia de salud. Autorizo la remisión de mi historia clínica a las EPS, ARL, AFP, Juntas de Calificación de Invalidez, cuando sea necesario para acceder a las prestaciones del Sistema de Seguridad Social Integral.

(1) ARTÍCULO 14.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El usuario.
- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

PARAGRAFO. El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal


FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

Fecha de diligenciamiento: 19-03-2016

FUNDALIVIO

Sociedad Médica para el Alivio del Dolor

I.P.S. 76-001-02239 NIT 805.019.927-6

HISTORIA CLINICA: 16461039

Páginas: 1 de 1

Fecha de Impresión: 10/12/2015 16:01:26

Usuario: JAIME ANDRES GARCIA JIMENEZ

I. Información del paciente

Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dirección: CALLE 59 NO. 1C-73

Edad: 32 Año(s)

Empresa: COLPATRIA ARP

Fecha Historia: 10 dic 2015 03:45 p.m.

No. Identificación: CC 16461039

Fecha Nacimiento: 8/2/1983

Teléfono: 3850892-3105972854

Celular: 3154479093

Estrato: A

Punto Atención: CONSULTA EXTERNA

No. Documento: 39668

Código Prestador: 760010223901

Motivo consulta

ARL COLPATRIA. CALI/BARRIO TORRES DE COMFANDI. DIESTRO. BACHILLER.
OPERARIO DE PLANTA/SUCROAL SA. CONSULTA PRIMER VEZ.

Enfermedad actual

AT: 27.07.2015 (HACE 4 MESES Y MEDIO).
LESIÓN MANGUITO ROTADOR DERECHO.

PACIENTE QUIEN MIENTRAS LABORABA REALIZA CARGA CON FUERZA CON EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO QUE LE CAUSA DOLOR CRÓNICO EN HOMBRO DERECHO, QUE SE AGRAVA CON LA ACTIVIDAD DE CARGA PARA MOVIMIENTO DE LA CARGA POR LO CUAL CONSULTA A URGENCIAS EN DONDE REALIZAN MANEJO CONSERVADOR. POSTERIORMENTE EL DOLOR PERSISTE Y ES VALORADO POR ORTOPEDISTA (DR. VERNAZA) QUIEN SOLICITA ESTUDIOS IMAGINOLÓGICOS DEL HOMBRO EVIDENCIAN LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR NO QUIRURGICA E INDICA MANEJO CONSERVADOR, REALIZÓ MÚLTIPLES SESIONES DE FISIOTERAPIA PERO EL PACIENTE PERSISTE CON DOLOR. ACTUALMENTE ES FUNCIONAL E INDEPENDIENTE, ESTA LABORANDO CON RECOMENDACIONES MÉDICAS, PRESENTA DOLOR DE CARACTERÍSTICAS MECANICAS NOCICEPTIVAS EN HOMBRO DERECHO, REFERIDO HACIA EL BRAZO IPSILATERAL Y SIN SINTOMAS BANDERAS ROJAS DEL DOLOR O NEUROLÓGICOS ASOCIADOS.

Antecedentes.

Antecedentes

RINOPLASTIA, VARICOCELECTOMIA

Examen Físico.

Signos vitales

Talla: 0.00 Peso: 0.00 I.M.C.: 0.00 T.A.: 0/0 F.C.: 0/0 S.R.: 0/0

Descripción Examen Físico

-ALERTA, ORIENTADO, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS.

-MARCHA NORMAL.

-TROFISMO NORMAL.

-ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS GLOBALES.

-MANIOBRAS PARA MANGUITO ROTADOR DERECHO NORMALES.

-NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

-NO CAMBIOS TROFICOS, NI SUDOMOTORES, NI VAGOMOTORES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.

-AGARRES Y PINZAS CONSERVADOS.

-MOVILIDAD DE COLUMNA CONSERVADA.

-MANIOBRAS DE ESTABILIDAD LIGAMENTARIA EN HOMBRO DERECHO NORMALES.

-NO PUNTOS GATILLOS.

Paraclínicos.

Descripción Para Clínicos

RNM HOMBRO DERECHO (21.08.2015): RUPTURA PARCIAL INTRASUSTANCIAL DE LOS TENDONES DEL SUPRAESPINOZO Y SUBESCAPULAR. TENDINOPATIA SUPRAESPINOZO, TENDOSINOVITIS BICIPITAL.

Diagnósticos

Dx Descriptivo

DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO MECÁNICO EN HOMBRO DERECHO SECUNDARIO A LESIÓN PARCIAL DEL MANGUITO ROTADOR.

Diagnostico
CIE10

Diagnóstico principal: (S460) TRAUMATISMO DE TENDÓN DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo

Finalidad Consulta: No aplica

Causa Externa: Accidente de trabajo

Plan de Tratamiento.

Descripción

Conducta

PACIENTE QUIEN PRESENTA DOLOR CRÓNICO EN HOMBRO DERECHO CON HALLAZGOS CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS QUE SUSTENTAN COMO CAUSA DEL DOLOR ETIOLOGÍA MECÁNICA POR LESIÓN PARCIAL DEL MANGUITO ROTADOR QUIEN YA REALIZÓ FISIOTERAPIA CON BUENA EVOLUCIÓN FUNCIONAL, SIN EMBARGO PERSISTIENDO CON DOLOR, POR LO TANTO SE INDICA MANEJO FARMACOLÓGICO CON ACETAMINOFEN/CODEINA 500/8MG CADA 8 HORAS, SE SOLICITA MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR PARA PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS, NO MEDIA EN EL MOMENTO OTROS TRATAMIENTOS POR FISIATRÍA. SE DA ALTA Y SE INDICA VALORACIÓN MEDICINA LABORAL PARA CALIFICAR P.C.L.

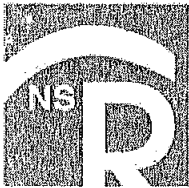
JAIME ANDRES GARCIA JIMENEZ CC 94552015

FISIATRÍA

762035-09

SQLSimens® www.sqlsimens.com

Jaime A. García Jiménez
MÉDICO FISIATRÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
R.M. 762035-09



Apellidos:	CASTRO GARCIA				
Nombre:	JULIAN ANDRES				
Número de Id:	CC-16461039				
Número de Ingreso:	247421-1				
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	34 Años	Edad Act.:	34 Años
Ubicación:	CONSULTORIO 4			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL				

Fecha Ingreso:	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	15:06
	27	7	2015		

Fecha Egreso:	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	

Autorización: 1546217 - AUT ANDREA VARGAS

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación: 311696

Fecha -- Hora de Llegada: 27/07/2015 15:06

Fecha -- Hora de Atención: 27/07/2015 15:10

Lugar de nacimiento: CALI

Barrio de residencia: OTROS

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA

estab montando bulto ala estiba y al tirarlo hacia adelante senti corintaso en homsbro derecho

SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 115/69 mmHg

Presión Arterial Media: 84 mmHg

Toma Presión: Automática

Frecuencia Respiratoria: 22 Res/Min

Pulso: 79 Pul/Min

Lugar de la Toma: Carotideo Izquierdo

Temperatura: 37 °C

Saturación de Oxígeno: 98 %

Estado de dolor manifiesto: Leve

Colcr de la piel: Normal

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO

TX HOMBRO DERECHO

Clasificación: * 3 - TRIAGE 3

Ubicación: CONSULTORIO 3

OBSERVACIONES

cll59N1c73 tel 3850892 alergias(-) ant(-)

Firmado por: ALEXANDER GRUESO CAICEDO , AUXILIAR DE ENFERMERIA , Reg: 76-1072

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Alérgicos

Negativo

HISTORIA DE INGRESO

UBICACIÓN: CONSULTORIO 4, SEDE: CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, FECHA: 27/07/2015 16:23

ANAMNESIS

DATOS GENERALES

N

Empleador o Empresa: serviespeciales

Profesión: operario de planta

MOTIVO DE CONSULTA

accidente laboral

ENFERMEDAD ACTUAL

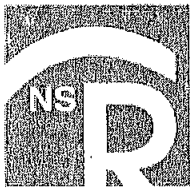
paciente quien mientras laboraba al manipular objetos de gran peso (bultos de 50 kilos de peso) presenta dolor subito en hombro derecho con limitacion funcional razon por la que cosulta.

Firmado Electrónicamente

Fecha de Impresión:

27/07/2015

Página 1 / 5



Apellidos:	CASTRO GARCIA			
Nombre:	JULIAN ANDRES			
Número de Id:	CC-16461039			
Número de Ingreso:	247421-1			
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	34 Años	Edad Act.: 34 Años
Ubicación:	CONSULTORIO 4		Cama:	
Servicio:	URGENCIAS			
Responsable:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL			

Huesos. Musculos: Anormal, dolor a la movilidad de hombro derecho

AMA (s): Normal

Neurologico y Vascular: Normal

Esfera Neurológica

Memoria y Raíocinio: Normal

Pares Craneales: Normal

Marcha, Fuerza y ROT: Normal

Sensibilidad: Normal

Signos Meningeos: Normal

Reflejos Patologicos: Normal

Cerebelo: Normal

Genital Masculina

Pene, Escroto y Testiculos: Normal

Torax

Columna Dorsal: Normal

Cabeza y Cara

ORL y Cavidad Oral: Normal

Torax

Cardiaco y Pulmonar: Normal

Cadera y Pelvis

Columna Sacrococcigea: Normal

Esfera mental

Examen Psiquiatrico: Normal

Cadera y Pelvis

AMA (s): Normal

Lumbar

Musculatura : Normal

Columna Lumbar: Normal

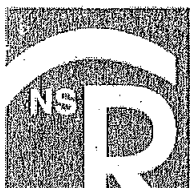
Piel y Faneras

Piel y Faneras: Normal

DIAGNÓSTICO Y PLAN

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S400	En Estudio	ACCIDENTE DE TRABAJO



Apellidos:	CASTRO GARCIA				
Nombre:	JULIAN ANDRES				
Número de Id:	CC-16461039				
Número de Ingreso:	247421-1				
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	34 Años	Edad Act.:	34 Años
Ubicación:	CONSULTORIO 4			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL				

ORDENADO

MEDICAMENTOS

27/07/2015 16:35

Prolertus Tbl 140 mg 1 TABLETA, ORAL, Cada 12 Horas, por 5 Dias

ORDENADO

27/07/2015 16:35

Adorlan (Diclofenaco + Tramadol) 25/25 mg Tbl 1 TABLETA, ORAL, Cada 6 Horas, por 5 Dias

ORDENADO

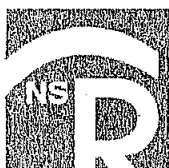
SALIDAS

27/07/2015 16:35

Alta del Paciente de Urgencias por Orden Medica

ORDENADO

Firmado por: JUAN FELIPE URRIAGO CASTRO , MEDICINA GENERAL , Reg: 7610532012



Apellidos:	CASTRO GARCIA				
Nombre:	JULIAN ANDRÉS				
Número de Id:	CC-16461039				
Número de Ingreso:	247421-1				
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	34 Años	Edad Act.:	34 Años
Ubicación:	CONSULTORIO 4			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL				

REVISIÓN POR SISTEMAS

Asintomatico Para Otros Sistemas: Normal.

ANTECEDENTES

ALERGICOS

Alergia a Medicamentos: Negativo

EXÁMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Fecha-Hora: 27/07/2015 16:00

Frecuencia Cardiaca: 79 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 20 Latidos/min

Temperatura: 37°C

Saturación de Oxígeno: 98%, Sin Oxígeno -- %

Presión Arterial (mmHg):

FECHA - HORA	M/A	SISTÓLICA	DIASTÓLICA	PA MEDIA	LUGAR DE TOMA	POSICIÓN	OTRA
27/07/2015 16:25	Automática	115	69	84			--

Pulso (Pul/min)

FECHA - HORA	VALOR	P/A	RITMO	LUGAR TOMA	INTENSIDAD
27/07/2015 16:25	79	Presente	Rítmico	--	

EXÁMEN FÍSICO POR REGIONES

Cabeza y Cara .

Ojos (AV - FO) y Anexos : Normal

Huesos. Musculos: Normal

Cuello y Nuca

Organos del Cuello: Normal

Huesos. Musculos: Normal

Columna Cervical: Normal

Torax

Huesos. Musculos: Normal

Abdominal

Abdomen: Normal

Cadera y Pelvis

Huesos. Musculos: Normal

Glutea

Gluteos y Ano: Normal

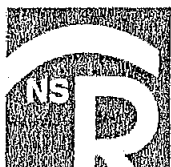
Extremidades y Articulaciones

Firmado Electrónicamente

Fecha de Impresión:

27/07/2015

Página 2 / 5



Apellidos:	CASTRO GARCIA				
Nombre:	JULIAN ANDRES				
Número de Id:	CC-16461039				
Número de Ingreso:	247421-1				
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	34 Años	Edad Act.:	34 Años
Ubicación:	CONSULTORIO 4			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL				

Huesos. Musculos: Anormal, dolor a la movilidad de hombro derecho

AMA (s): Normal

Neurologico y Vascular: Normal

Esfera Neurológica

Memoria y Rañocinio: Normal

Pares Craneales: Normal

Marcha, Fuerza y ROT: Normal

Sensibilidad: Normal

Signos Meningeos: Normal

Reflejos Patologicos: Normal

Cerebelo: Normal

Genital Masculina

Pene, Escroto y Testiculos: Normal

Torax

Columna Dorsal: Normal

Cabeza y Cara

ORL y Cavidad Oral: Normal

Torax

Cardiaco y Pulmonar: Normal

Cadera y Pelvis

Columna Sacrococcigea: Normal

Esfera mental

Examen Psiquiatrico: Normal

Cadera y Pelvis

AMA (s): Normal

Lumbar

Musculatura : Normal

Columna Lumbar: Normal

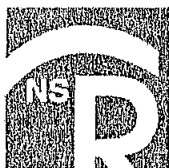
Piel y Faneras

Piel y Faneras: Normal

DIAGNÓSTICO Y PLAN

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO	S400	En Estudio	ACCIDENTE DE TRABAJO



Apellidos:	CASTRO GARCIA				
Nombre:	JULIAN ANDRES				
Número de Id:	CC-16461039				
Número de Ingreso:	247421-1				
Sexo:	Masculino	Edad Ing.:	34 Años	Edad Act.:	34 Años
Ubicación:	CONSULTORIO 4			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL				

Plan: 1. diclofenaco 75 mg 1 amp im
2. inmovilizador de hombro
3. salida

ÓRDENES MÉDICAS

ACTIVIDADES MEDICO DELEGADAS

27/07/2015 16:08

Colocar Inmovilizador de articulacion (Especificar Articulación)
de hombro

MEDICAMENTOS

27/07/2015 16:07

Diclofenaco Amp. 75 mg/3 ml 1 AMPOLLA, INTRAMUSCULAR, Dosis Unica, por Dosis Unica

Firmado por: JUAN FELIPE URRIAGO CASTRO, MEDICINA GENERAL , Reg: 7610532012

EGRESO

UBICACIÓN: CONSULTORIO 4, SEDE: CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, FECHA: 27/07/2015 16:33

CAUSA DE EGRESO: ALTA MEDICA

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

CONDICIONES GENERALES SALIDA: buenas condicioens generales

PLAN DE MANEJO: salida con recomendaciones signos de alarma incapacidad medica 20 dias formula de
adorlan y prolertus

INCAPACIDAD FUNCIONAL: Si, 20 dias

TIPO DE INCAPACIDAD: Accidente de Trabajo

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

IMAGENOLOGIA

27/07/2015 16:36

ECO Articular de Hombro

ORDENADO

INCAPACIDAD

27/07/2015 16:35

Incapacidad por Accidente de Trabajo

20 Días, Desde: 27/07/2015, Hasta: 15/08/2015

ORDENADO

INTERCONSULTAS

27/07/2015 16:36

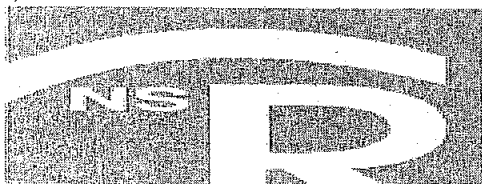
Interconsulta Ortopedia y Traumatologia

Firmado Electrónicamente

Fecha de Impresión:

27/07/2015

Página 4 / 5



Apellidos:	CASTRO GARCIA		
Nombre Paciente	JULIAN ANDRES		
N° Identificación	CC - 16461039		
Número:	247421 - 2		
Sexo:	MASCULINO	Edad:	34 Años
Servicio:	01 - URGENCIAS		
Responsable	ARP007 - SEGUROS DE VIDA COLPATRIA ARL		

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

N° Clasificación: 314384

Fecha Llegada: 15/08/2015 09:46

Lugar de Nacimiento: CALI

Fecha Atención: 15/08/2015 09:53

Barrio de Residencia: OTROS

DATOS CLINICOS

Motivo de Consulta:

PACIENTE QUE SUFRIÓ ACCIDENTE LABORAL EL DIA 17/07/2015 PRESENTA TX EN HOMBRO DERECHO OCASIONADO POR REALIZAR SOBRE ESFUERZO, ESTA EN SEGUIMIENTO CITA CON ORTOPEDIA EL DIA 18/08/2015 PERO HOY SE TERMINA LA INCAPACIDAD, Y AUN TIENE DOLOR Y ECO REPORTA...

Signos Vitales

PA: 136/85 mmHg

PA Media: 102 mmHg

Toma de presión: Automática

Frecuencia Respiratoria: 20 Res./min.

Pulso: 98 Pul/min.

Saturación de Oxígeno: 98 %

Temperatura: 36.50 °C

Color de la Piel: Normal

Estado de Dolor Manifiesto: Moderado

Impresión Diagnostica:

TX EN HOMBRO DER?

Orden de Atención4 - TRIAGE 4

Ubicación: 24 - CONSULTORIO 1

Observaciones:

TENDOSINUINITIS-TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO SIN ALERGIAS DIR KRA 1D 59 N. 1C-73 TEL 3850892

Firmado por: PAULA ANDREA GUERRERO HERNANDEZ, AUXILIAR DE ENFERMERIA, Reg: 762688

Brandon avendano

debe operar la cita o consultar por la EPS

21
20

Historia Clínica: CC: 16461039 JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Pacific Medical Suite



CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Historia Clínica
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CC: 16461039
Edad actual: 34 años

Fecha de la atención: 18/08/2015 13:12:20
Tipo de atención: Consulta primera vez
Profesional: Fernando Vernaza Garces (TP: 14453/1988)
Plan de atención: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA - SEGUROS DE VIDA COLPATRIA

Anamnesis

Motivo de la atención
Trauma hombro derecho

Enfermedad actual
hace 20 días trauma traccional, síntoma parestias.

Revisión por sistemas

Sistema	Normal, Anormal	Observación
Piel y anexos	☒	
Cabeza y cuello	☒	
Ojos - oídos - nariz	☒	
Boca y garganta	☒	
Tórax pulmonar	☒	
Corazón	☒	
Abdomen	☒	
Genitourinario	☒	
Extremidades	☒	
Reumatológicos	☒	

Antecedentes

Antecedentes personales

Antecedente	Si	No	Observaciones
Alérgicos	☒	☐	
Hipertensión	☒	☐	
Diabetes	☒	☐	
Dislipidemias	☒	☐	
Hipotiroidismo	☒	☐	
Hipertiroidismo	☒	☐	
Trastornos neurológicos	☒	☐	
Medicamentos	☒	☐	
Quirúrgicos	☒	☐	
Hospitalizaciones	☒	☐	
Trastornos cardíacos	☒	☐	
Perinatales	☒	☐	
Hematológicos	☒	☐	
Genéticos	☒	☐	
Cáncer	☒	☐	

Examen físico

Valores antropométricos

Nombre	(Actual) 2015-08-18 13:16:54
Peso	
Talla	
IMC	
Perímetro abdominal	

Examen físico

Sistema	Normal, Anormal	Observación
Extremidades	☒	dolor al mover y palpar, limitación funcional.

Diagnósticos

Pral. Tipo	Diagnóstico	Observaciones
☒ Impresión diagnóstica	[S434] ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	

Ordenes médicas

22
21

Historia Clínica: CC: 16461039 JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Pacific Medical Suite

Ordenes de servicios

Dominio	Código	Cantidad	Servicio
Desempeño Funcional Y Rehabilitación	931000	15	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD <i>Observación: ante asistidos, reforzar escapulares</i>
Imagenología	883512	1	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO Y/O PUÑO) <i>Observación: hombro dere, lesión meniquito.</i>
Consulta, Monitorización Y Procedimientos Diagnost	890202	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA <i>Observación: ortopedia con RM.</i>

Remisión

No se dio remisión

Incapacidades

Inicio	2015-08-16
Fecha hasta	2015-09-04
Número de días	20
Es prórroga	SI
Diagnóstico:	[S43.4] ESGUINES Y TORCEOURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

Observaciones: x

Evolución

Evolución

mala evolución, TF ss RM, inc de 20 días, cita control.

Información adicional

Finalidad de la atención

Causa externa: Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta: No aplica

STAMP: SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE ROSARIO
14453/1988

Fernando Vernaza Garces
Universidad Unicauca/Univ del Rosario
T.P. 14453/1988

Firmado electrónicamente

23
22

Historia Clínica: CC: 16461039 JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Pacific Medical Suite



CLINICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Historia Clínica
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CC: 16461039
Edad actual: 34 años

Fecha de la atención: 08/09/2015 14:15:36

Tipo de atención: Cita Control

Profesional: Fernando Vernaza Garces (TP: 14453/1988)

Plan de atención: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA - COLPATRIA

Anamnesis

Motivo de la atención

Trauma en hombro derecho

Enfermedad actual

accidente de trabajo trauma en hombro hace 40 días, actualmente en TF. La resonancia no muestra rupturas que deban repararse, mas bien cambios de tendinitis, refiere dolor con ciertos movimientos

Revisión por sistemas

Sistema	Normal	Anormal	Observación
Piel y anexos	☒	☐	
Cabeza y cuello	☒	☐	
Ojos - oídos - nariz	☒	☐	
Boca y garganta	☒	☐	
Tórax pulmonar	☒	☐	
Corazón	☒	☐	
Abdomen	☒	☐	
Genitourinario	☒	☐	
Extremidades	☒	☐	
Reumáticos	☒	☐	

Antecedentes

Antecedentes personales

Antecedente	Si	No	No sabe	Observaciones
Alérgicos	☒	☐	☐	
Hipertensión	☒	☐	☐	
Diabetes	☒	☐	☐	
Dislipidemias	☒	☐	☐	
Hipotiroidismo	☒	☐	☐	
Hipertiroidismo	☒	☐	☐	
Trastornos neurológicos	☒	☐	☐	
Medicamentos	☒	☐	☐	
Quirúrgicos	☒	☐	☐	
Hospitalizaciones	☒	☐	☐	
Trastornos cardíacos	☒	☐	☐	
Perinatales	☒	☐	☐	
Hematológicos	☒	☐	☐	
Genéticos	☒	☐	☐	
Cáncer	☒	☐	☐	

Examen físico

Valores antropométricos

Nombre	(Actual) 2015-09-08 14:20:51
Peso	
Talla	
IMC	
Perímetro abdominal	

Examen físico

Sistema	Normal	Anormal	Observación
Extremidades	☒	☐	inmovilidad completa, dolor con la elevación últimos grados.

Diagnósticos

Pral. Tipo	Diagnóstico	Observaciones
☒ Impresión diagnóstica	[5434] ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	

Ordenes médicas

24
27



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Historia Clínica
Julian Andres Castro Garcia
CC: 16461039
Edad actual: 34 años

Fecha de la atención: 20/10/2015 14:38:50

Tipo de atención: Cita Control

Profesional: Fernando Vernaza Garces (TP: 14453/1988)

Plan de atención: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA - COLPATRIA

Anamnesis

Motivo de la atención

TRAUMA EN HOMBRO DERECHO

Enfermedad actual

HACE 3 MESES. HA HECHO TF. SE SIENTE MEJOR.

Examen físico

Valores antropométricos

Nombre

(Actual) 2015-10-20 14:40:13

Peso

Talla

IMC

Perímetro abdominal

Diagnósticos

Pral. Tipo

Diagnóstico

Observaciones

Impresión diagnóstica

[S434] ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

Análisis: BUENA EVOLUCION, POCO DOLOR, MOVILIDAD COMPLETA. SEGUIR RESTRICCIONES.

Plan de tratamiento: SEGUIR INDICACIONES DE LABORAL. ALTA POR ORTOPEDIA.

Órdenes médicas

Remisión

No se da remisión

Evolución

Evolución

ALTA POR ORTOPEDIA.

Finalidad de la atención

Causa externa: Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta: No aplica

Antecedentes

Fernando Vernaza Garces

Universidad Unicauca/Univ del Rosario

T.P. 14453/1988

Firmado electrónicamente

24

Historia Clínica: CC: 16461039 JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Pacific Medical Suite



CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Historia Clínica
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CC: 16461039
Edad actual: 34 años

Fecha de la atención: 08/09/2015 14:15:36
Tipo de atención: Cita Control
Profesional: Fernando Vernaza Garces (TP: 14453/1988)
Plan de atención: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA - COLPATRIA

Anamnesis

Motivo de la atención

trauma en hombro derecho

Enfermedad actual

accidente de trabajo trauma en hombro hace 40 días, actualmente en TF. La resonancia no muestra rupturas que deban repararse, mas bien cambios de tendinitis. refiere dolor con ciertos movimientos

Revisión por sistemas

Sistema	Normal	Anormal	Observacion
Piel y faneras	☒	☐	
Cabeza y cuello	☒	☐	
Ojos - oídos - nariz	☒	☐	
Boca y garganta	☒	☐	
Toraco pulmonar	☒	☐	
Corazón	☒	☐	
Abdomen	☒	☐	
Genitourinario	☒	☐	
Extremidades	☒	☐	
Reumatológicos	☒	☐	

Antecedentes

Antecedentes personales

Antecedente	Si	No	No sabe	Observaciones
Alérgicos	☒	☐	☐	
Hipertensión	☒	☐	☐	
Diabates	☒	☐	☐	
Dislipidemias	☒	☐	☐	
Hipotiroidismo	☒	☐	☐	
Hipertiroidismo	☒	☐	☐	
Trastornos neurológicos	☒	☐	☐	
Medicamentos	☒	☐	☐	
Quirúrgicos	☒	☐	☐	
Hospitalizaciones	☒	☐	☐	
Trastornos cardíacos	☒	☐	☐	
Perinatales	☒	☐	☐	
Hematológicos	☒	☐	☐	
Genéticos	☒	☐	☐	
Cáncer	☒	☐	☐	

Examen físico

Valores antropométricos

Nombre	(Actual: 2015-09-08 14:20:51)
Peso	
Talla	
IMC	
Perímetro abdominal	

Examen físico

Sistema	Normal	Anormal	Observacion
Extremidades	☒	☐	inmovilidad completa, dolor con la elevación ultimos grados.

Diagnósticos

Pral Tipo	Diagnostico	Observaciones
☒ Impresión diagnóstica	[S434] ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	

Ordenes médicas

26
25

Remisión

No se dio remisión

Incapacidades

Incapacidades

Fecha hasta

2015-09-05

Número de días

20

Es prórroga

SI

Diagnóstico:

[S434] ESQUINCES Y TORCEDURAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO

Observaciones: x

Evolución

Evolución

esguince de hombro, tendinitis, doy incapacidad al cabo de lo cual pueda reintegrarse al trabajo, actualmente en TF, trabajar mas en casa, cita en 1 mes.

Información adicional

Finalidad de la atención

Causa externa: Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta: No aplica

Fernando Vernaza Garces
Universidad Unicauca/Univ del Rosario
T.P. 14453/1988

Firmado electrónicamente

Fernando Vernaza Garces
Unicauca/Univ del Rosario
T.P. 14453/1988

Fernando Vernaza Garces
Unicauca/Univ del Rosario
T.P. 14453/1988



CLINICA NTRA. SRA. DE LOS REMEDIOS
Avda. 2a. Norte No. 24-157
Comm: (57 2) 608 10 00/01 -- 667 68 67
Fax: (57 2) 667 27 87
E-mail: clirem@andinet.com
Cali (Valle) - Colombia

Santiago de Cali, 11/08/2015

Estimado referente: Default Depcode
Entidad referente: Particular

Nombre Paciente:	JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	Edad:		Sexo:	M
Fecha de Nacimiento:		Identificación:	16461039		
Documento #:	10514294	Fecha Examen:	agosto 11, 2015		
Procedimiento(s):	ECO ARTICULAR HOMBRO ULTRASONOGRAFÍA ARTICULAR HOMBRO				

ESTUDIO : ECOGRAFIA DE HOMBRO :

Con transductor lineal, se realizo estudio ecográfico a nivel del hombro, encontrando los siguientes hallazgos :

El tendón del Supra-espinoso se observa hipoeoico de grosor normal con discontinuidad en sus fibras hacia su inserción , con imagen ecolucida que mide 4 x 1.6m m en relación a pequeña ruptura parcial.

Las estructuras tendinosas de los músculos infraespinoso, redondo menor y subescapular presentan apariencia y ecogenicidad normales, sin imágenes sugestivas de rupturas parciales ó totales.

El tendón del bíceps braquial se observa con ligero aumento de grosor, hipoeoico , adecuadamente alojado en la corredera bicipital con aumento de líquido a su alrededor.

Hay ligero aumento de liquido en la bursa subacromio subdeltoidea.

Los contornos de las corticales óseas son regulares y de apariencia ecográfica usual.

CONCLUSION:

- TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO CON PÉQUEÑA RUPTURA PARCIAL.
- TENOSINOVITIS DEL TENDON LARGO DEL BICEPS BRAQUIAL.
- BURSITIS SUBDELTOIDEA.
- CORRELACIONAR CON CLINICA Y DE SER NECESARIO ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (IRM).

Atentamente,

DRA. DARLIS CARBONELL ARREDONDO
MÉDICO RADIÓLOGO.
R.E 614-27/05/2015



Instituto de Religiosas de
SAN JOSÉ DE GERONA



FUNDALIVIO

Sociedad Médica para el Alivio del Dolor
I.P.S.76-001-02239 NIT 805.019.927-6

HISTORIA CLINICA: 16461039

Páginas: 1 de 1

Fecha de Impresión: 10/12/2015 16:01:26

Usuario: JAIME ANDRÉS GARCÍA JIMÉNEZ

I. Información del paciente

Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

No. Identificación: CC 16461039

Fecha Nacimiento: 8/2/1983

Dirección: CALLE 59 NO. 1C-73

Teléfono: 3850892-3105972854

Celular: 3154479093

Estrato: A

Edad: 32 Año(s)

Empresa: COLPATRIA ARP

Punto Atención: CONSULTA EXTERNA

Fecha Historia: 10 dic 2015 03:45 p.m.

No. Documento: 39668

Código Prestador: 760010223901

Motivo consulta

ARL COLPATRIA. CALI/BARRIO TORRES DE COMFANDI. DIESTRO. BACHILLER.
OPERARIO DE PLANTA/SUCROAL SA. CONSULTA PRIMER VEZ.

Enfermedad actual

AT: 27.07.2015 (HACE 4 MESES Y MEDIO).
LESIÓN MANGUITO ROTADOR DERECHO.

PACIENTE QUIEN MIENTRAS LABORABA REALIZA CARGA CON FUERZA CON EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO QUE LE OCASIONA DOLOR SUBITO E INTENSO A NIVEL DE SU HOMBRO DERECHO CON LIMITACIÓN PARA MOVERLO POR DOLOR POR LO CUAL CONSULTA A URGENCIAS EN DONDE REALIZAN MANEJO CONSERVADOR. POSTERIORMENTE EL DOLOR PERSISTE Y ES VALORADO POR ORTOPEDISTA (DR. VERNAZA) QUIEN SOLICITA ESTUDIOS IMAGINOLÓGICOS DEL HOMBRO EVIDENCIAN LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR NO QUIRURGICA E INDICA MANEJO CONSERVADOR, REALIZÓ MÚLTIPLES SESIONES DE FISIOTERAPIA PERO EL PACIENTE PERSISTE CON DOLOR. ACTUALMENTE ES FUNCIONAL E INDEPENDIENTE, ESTA LABORANDO CON RECOMENDACIONES MÉDICAS, PRESENTA DOLOR DE CARACTERÍSTICAS MECANICAS NOCICEPTIVAS EN HOMBRO DERECHO, REFERIDO HACIA EL BRAZO IPSILATERAL Y SIN SINTOMAS BANDERAS ROJAS DEL DOLOR O NEUROLÓGICOS ASOCIADOS.

Antecedentes.

Antecedentes

RINOPLASTIA, VARICOCELECTOMIA

Examen Físico.

Signos vitales

Talla: 0.00 Peso: 0.00 I.M.C.: 0.00 T.A.: 0/0 F.C.: 0 P.R.: 0

Descripción Examen Físico

-ALERTA, ORIENTADO, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS.
-MARCHA NORMAL.
-TROFISMO NORMAL.
-ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS GLOBALES.
-MANIOBRAS PARA MANGUITO ROTADOR DERECHO NORMALES.
-NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.
-NO CAMBIOS TROFICOS, NI SUDOMOTORES, NI VASOMOTORES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.
-AGARRES Y PINZAS CONSERVADOS.
-MOVILIDAD DE COLUMNA CONSERVADA.
-MANIOBRAS DE ESTABILIDAD LIGAMENTARIA EN HOMBRO DERECHO NORMALES.
-NO PUNTOS GATILLOS.

Paraclínicos.

Descripción Para Clínicos

RNM HOMBRO DERECHO (21.08.2015): RUPTURA PARCIAL INTRASUSTANCIAL DE LOS TENDONES DEL SUPRAESPINOZO Y SUBSCAPULAR. TENDINOPATIA SUPRAESPINOZA, TENOSINOVITIS BICIPITAL.

Diagnósticos

Dx Descriptivo

DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO MECÁNICO EN HOMBRO DERECHO SECUNDARIO A LESIÓN PARCIAL DEL MANGUITO ROTADOR.

Diagnostico
CIE10

Diagnóstico principal: (S460) TRAUMATISMO DE TENDÓN DEL MANGUITO ROTADOR DEL HOMBRO

Tipo Diagnóstico: Diagnóstico nuevo

Finalidad Consulta: No aplica

Causa Externa: Accidente de trabajo

Plan de Tratamiento.

Descripción

Conducta

PACIENTE QUIEN PRESENTA DOLOR CRÓNICO EN HOMBRO DERECHO CON HALLAZGOS CLÍNICOS E IMAGINOLÓGICOS QUE SUSTENTAN COMO CAUSA DEL DOLOR ETIOLOGÍA MECÁNICA POR LESIÓN PARCIAL DEL MANGUITO ROTADOR QUIEN YA REALIZÓ FISIOTERAPIA CON BUENA EVOLUCIÓN FUNCIONAL, SIN EMBARGO PERSISTIENDO CON DOLOR, POR LO TANTO SE INDICA MANEJO FARMACOLÓGICO CON ACETAMINOFEN/CODEINA 500/8MG CADA 8 HORAS, SE SOLICITA MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR PARA PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS, NO MEDIA EN EL MOMENTO OTROS TRATAMIENTOS POR FISIATRÍA. SE DA ALTA Y SE INDICA VALORACIÓN MEDICINA LABORAL PARA CALIFICAR P.C.L.

JAIME ANDRÉS GARCÍA JIMÉNEZ CC 94552015

FISIATRÍA

762035-09

SQLSimens® www.sqlsimens.com

Jaime A. García Jiménez
MÉDICO FISIATRÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
R.M. 762035-09

Evoluciones Historia Clínica Evaluación Fisioterapia

Dr. paula andrea mahecha giraldo

Fecha Impresión: 22/09/2015

Paciente

Nro. Historia Clínica: 16461039

Nombres y apellidos: julian andres castro garcia

Nro. Documento: 16461039 Tipo Documento: cedula

Fecha nacimiento: 08/02/1981 Edad: 34 Municipio nacimiento:

Teléfono casa: 3850892, dirección: cr 1d no. 59-1c-73

Municipio residencia: santiago de cali

Ocupación:

Entidad de Salud: axa colpatría seguros de vida s.a

Plan:

Vinculación:

Numero de Orden: 0

Patología: acorrid. físico

Servicio: fisioterapia

Nro. Sesiones: 15

Profesional tratante o Interconsultante:

Motivo Consulta: paciente presenta dolor leve en el momento de 4/10, pero manifiesta que este se aumenta al levantar el brazo derecho o al realizar u

Nombre Acompañante: Teléfono: , dirección:

Fecha Evolución: 16/09/2015

Hora Evolución: 12:37:42

Profesional: PAULA ANDREA MAHECHA GIRALDO

Evolución: Número Sesión: 14 Hora Llegada: 11:00

Paciente que finaliza con las sesiones de terapia física, refiere que mejoro un 90% en funcionalidad, solo aparece dolor al elevar de manera rápida el brazo o al realizar fuerza con MMS derecho, se trabaja con ejercicios activos asistidos de hombro, ejercicios de propiocepción de hombro, ejercicios de fortalecimiento de cintura escapular, se coloca crioterapia, termoterapia, electroestimulación para manejo de dolor, US en modo pulsátil, se recomienda evitar levantar, traccionar o sostener objetos pesados con el fin de contribuir en su proceso de recuperación, no dormir sobre lado derecho, no realizar movimientos repetitivos de hombro, realizar pausa activa durante su jornada laboral, utilizar en casa frío 10 minutos, calor minutos posterior a finalizar sus actividades, se sugiere valoración por parte de médico laboral, se dan indicaciones y demás cuidados.

Hora Salida: 12:00.

Página 1
yduque
25/08/2015 08:47:04 a.m.

Paciente : JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
Identificación : CC 16461039
Edad : 35 A Fecha Reg. : 05.03.2016
Sexo : M
Hora Reg. : 15:33

Motivo de Consulta

INGRESA PACIENTE QUE EL DIA DE HOY CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE SIENTO LA MANO DORMIDA Y LA MANO HINCHADA TUBE ACCIDENTE LABORAL EL 27-07-2015 Y TODO ESTE TIEMPO HE ESTADO CON DOLOR PERO HOY SIENTO CORRIENTASO EN EL BRAZO AHORA NO SE OBSERVA EDEMA NO CAMBIO DE COLORACION, PULSO RADIAL PRESENTE LLENADO CAPILAR MENOR DE DOS SEGUNDOS, ANTECEDENTES PATOLOGICOS;NIEGA ALERGIAS;NIEGA

Estado de Ingreso : Vivo
Embriaguez : No

Signos Vitales

Presión Arterial	: 129 / 80	mm Hg	PAM	: 96	mm Hg
Frec. Respiratoria	: 18	x min	Talla	: 1,85	mtrs
Frec. Cardíaca	: 72	x min	Peso	: 102,0	Kg
Sat. Oxígeno	: 98	%	Temperatura	: 36,1	°C

Escala de Glasgow

Apertura Ocular : Espontanea
Respuesta Verbal : Orientado
Respuesta Motora : Cumple Ordenes
Glasgow : 15 / 15

Otros Datos

Medio de Llegada : Caminando por sus propios medios
Causa Externa : Accidente de Trabajo
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Estado de Conciencia : Alerta
Intensidad de Dolor : Leve
Clasificación Triage : Triage IV
Responsable : BARON MESA, JACQUELINE

Conducta : PRIORITARIA

Diagnósticos de Ingreso

Fecha del Diagnóstico : Hora : 00:00

Responsable :

Registro Med. :



Nro Siniestro: 20150062023

Reimpresión **Reporte Accidentes****INFORMACION DEL EMPLEADOR**

Tipo de Vinculación Laboral	Empleador
Nombre de la Actividad Económica	EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE AGENCIAS DE EMPLEO
Tipo de Identificación	2
Nombre o Razón Social	SERVIESPECIALES S A
Afiliación No	156052
Dirección	CLL 23 A NTE 4N 11
Teléfono	6448400
Fax	0000000000000000
Correo Electrónico	SISOGACALI@SERVIASESORIAS.COM.CO
Ciudad	CALI
Departamento	VALLE
Zona	Urbana

INFORMACION DEL CENTRO DE TRABAJO

Nombre de la Actividad Económica	EMPRESAS DEDICADAS A LA OBTENCION Y SUMINISTRO DE PERSONAL INCLUYE AGENCIAS DE EMPLEO
Dirección	CLL 23 A NTE 4N 11
Teléfono	6448400
Fax	0000000000000000
Ciudad	CALI
Departamento	VALLE
Zona	Urbana

INFORMACION DEL EMPLEADO ACCIDENTADO

Tipo Vinculación	Misión
Nombre de la Actividad Económica	SIN INFORMACION
Tipo de Identificación	1
Número de Identificación	16461039
Fecha de Nacimiento	1981/02/08
Nombres	JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
Sexo	Masculino
Dirección	calle 59 No 1 c 73
Teléfono	3850992
Ciudad	CALI
Departamento	VALLE
Zona	Urbana
Ocupación Habitual	OFICIALES OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECANICAS Y DE OTROS

OFICIOS

Tiempo Ocupación
 Habitual al momento
 del accidente 001 Mes(es) 18 Día(s)
 EPS a la que
 pertenece SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD
 AFP a la que
 pertenece COLFONDOS
 Fecha de Ingreso
 (día/mes/año) 2015/06/09
 Salario u Honorarios
 (Mensual) 1027000,00
 Jornada de Trabajo
 habitual DIURNA

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Fecha y Hora del
 Accidente 2015/07/27 - 11:20
 Día de la semana en
 que ocurrió el
 Accidente Lunes
 Jornada en que
 sucede el accidente DIURNA
 ¿Realizaba su labor
 habitual al momento
 de accidentarse? SI
 Total tiempo laborado
 previo al accidente
 (horas:minutos) 05:20
 Tipo de Accidente Propios del Trabajo
 ¿Causó muerte al
 trabajador? NO
 Ciudad CALI
 Departamento VALLE
 Lugar Accidente Dentro de la Empresa
 Sitio Accidente AREA DE PRODUCCION
 ¿Con qué se lesionó
 el trabajador? MATERIALES O SUSTANCIAS
 Lesión o daño
 permanente sufrido
 por el trabajador OTRO sobreesfuerzo
 Parte(s) del cuerpo
 aparentemente
 afectada(s) MIEMBROS SUPERIORES
 Mecanismo SOBREENSFUERZO, ESFUERZO EXC. FALSO MOV

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

Descripción detallada del Accidente el colaborador se encontraba corriendo bulto de 50kg, al tomarlo siente tirón en brazo derecho, con dolor en hombro y adormecimiento de mano derecha.
 Alguien presencié el accidente
 Persona Responsable del Informe

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.461.039**

CASTRO GARCIA

APELLIDOS

JULIAN ANDRES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-1981**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

15-FEB-1999 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3100150-00794795-M-0016461039-20160226

0048685913A 1

2863791334

INFORME DE PONENCIA
FECHA: 02 DE MAYO DEL 2016

Nombre: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CC: 16461039

Motivo de consulta:

Controversia en cuanto a la calificación de pérdida de capacidad laboral de los diagnósticos:

Diagnóstico(s) actual(es) motivo de la calificación:

1. Dolor agudo de hombro derecho

Datos personales SEGÚN EL PACIENTE:

Edad: 35 años.
Sexo: Masculino
Lateralidad: Derecha
Empresa actual: SUCROAL (ingreso 20/06/2005)
Cargo actual: Operario de planta (área de jarabe y cal)
Antigüedad en la empresa actual: 11 años
Antigüedad en el cargo actual: 11 años

Fecha del AT según el paciente: 27/07/2015

Descripción del evento según el paciente: "Rasgando un saco sentí un corrientazo en el brazo derecho"

Antecedentes de importancia:

Juntas: Niega.
Patológicos: Lo referido en Diagnósticos.
Traumáticos: Niega distintos al evento motivo de la presente calificación.
Quirúrgicos: Vericolectomía y septo rinoplastia
Familiares: Niega

Conceptos/Paraclínicos de importancia:

Concepto de Médico del 27/07/2015: Estaba montando un bulto a la estiba y al tirarlo sintió un corrientazo.

Ecografía de hombro del 11/08/2015: Tendinosis del supraespinoso con ruptura parcial. Sinovitis del tendón largo del bíceps, bursitis subdeltoidea.

RMN de hombro del 21/08/2015: Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona crítica previa a su inserción.

Concepto de Fisiatría (último aportado) del 10/12/2015: Dolor crónico de hombro derecho con hallazgos clínicos e imagenológicos que sustentan como causa del dolor la etiología mecánica

Examen físico:

Paciente Alerta, orientado en tres esferas, hidratado, colaborador. Ingresa al consultorio por sus propios medios sin ayudas externas

Miembro superior derecho:

Sin signos clínicos de atrofia en cintura escapular ni en el brazo (Circunferencia del brazo 32.5 cm bilateral medidos a 10 cm del borde superior de la tuberosidad mayor del humero), no se aprecian deformidades, no edema, eritema ni cianosis. Arcos de movimiento activos y pasivos incompletos por dolor, no se evidencia alodinia, hiperalgesia ni hiperpatía. No se palpan escalones óseos. Pulsos distales positivos, llenado capilar espontáneo.

Fuerza 3/5 en hombro, sensibilidad superficial y profunda conservadas, reflejos musculo tendinosos ++/++++ generalizado.

Pruebas especiales:

Hawkins-Kennedy positivo, Neer positivo, Yocum positivo, Jobe negativo.

Speed positivo, Yergason negativo.

O'Brien negativo.

Cozen negativo.

Tinel negativo, Phalen negativo, Durkan negativo.

Finckelstein negativo.

Miembro superior izquierdo: Dentro de límites normales.

Resto de examen físico NO APLICA.

Concepto:

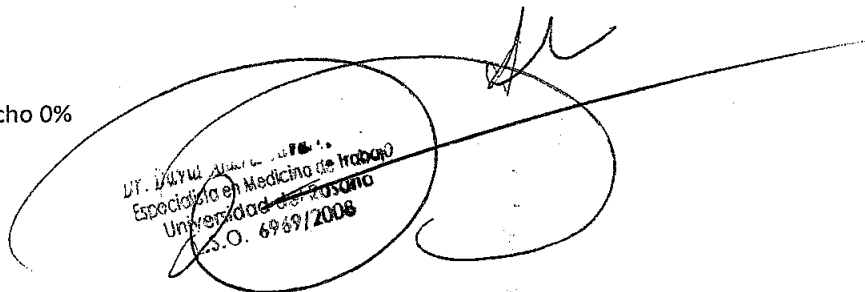
Se procede a calificar PCL según MUCI vigente. NOTA: Origen LABORAL previamente calificado por la ARL (no por la Junta), por lo cual se transcribe al presente dictamen según lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto 1352 de 2013).

Médico Ponente: Dr. DAVID A. ALVAREZ RINCÓN

Deficiencias:

Dolor agudo de hombro derecho 0%

FE: 21/08/2015



Dr. David A. Alvarez Rincón
Especialista en Medicina de Trabajo
Universidad del Rosario
C.S.O. 6969/2008

**ESPACIO EN
BLANCO**



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

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 13/05/2016 Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014) N° Dictamen: 16461039 - 1721
Instancia actual: No aplica
Solicitante: ARL Nombre solicitante: ARL COLPATRIA Identificación: NIT
Teléfono: Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Dirección: CALLE 22 N NO. 5 BN 102
Correo electrónico:

2. Información general de la entidad calificador

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1 Identificación: 805.012.111-1 Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020 Correo electrónico: jrcivalle@emcali.net.co Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA Identificación: CC - 16461039 Dirección: CALLE 59 No. 1C-73 BARRIO TORRES DE COMFANDI
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Teléfonos: - 3154779093 Fecha nacimiento: 08/02/1981
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca Edad: 35 año(s) 3 mes(es) Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa Estado civil: Casado Escolaridad: Básica Secundaria
Correo electrónico: Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante) EPS: SOS EPS
AFP: Colfondos S.A. ARL: Seguros de vida colpatria S.A. Compañía de seguros: MAPFRE compañía de seguros

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Trabajo/Empleo: Ocupación:
Código CIUO: Actividad económica:
Empresa: SERVIESPECIALES S.A. Identificación: NIT - Dirección: CALLE 23A NORTE No. 4N-11
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Teléfono: Fecha ingreso:
Antigüedad:
Descripción de los cargos desempeñados y duración:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Motivo de consulta:

Controversia en cuanto a la calificación de pérdida de capacidad laboral de los diagnósticos:

Diagnóstico(s) actual(es) motivo de la calificación:

1. Dolor agudo de hombro derecho

Datos personales SEGÚN EL PACIENTE:

Edad: 35 años.

Sexo: Masculino

Lateralidad: Derecha

Empresa actual: SUCROAL (ingreso 20/06/2005)

Cargo actual: Operario de planta (área de jarabe y cal)

Antigüedad en la empresa actual: 11 años

Antigüedad en el cargo actual: 11 años

Fecha del AT según el paciente: 27/07/2015

Descripción del evento según el paciente: "Rasgando un saco sentí un corrientazo en el brazo derecho"

Antecedentes de importancia:

Juntas: Niega.

Patológicos: Lo referido en Diagnósticos.

Traumáticos: Niega distintos al evento motivo de la presente calificación.

Quirúrgicos: Vericolectomía y septo rinoplastia

Familiares: Niega

Conceptos médicos

Fecha: 27/07/2015 **Especialidad:** Concepto de Médico

Resumen:

Estaba montando un bulto a la estiba y al tirarlo sintió un corrientazo.

Fecha: 11/08/2015 **Especialidad:** Ecografía de hombro

Resumen:

Tendinosis del supraespinoso con ruptura parcial. Sinovitis del tendón largo del bíceps, bursitis subdeltoidea.

Fecha: 21/08/2015 **Especialidad:** RMN de hombro

Resumen:



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



36

Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona crítica previa a su inserción

Fecha: 10/12/2015

Especialidad: Concepto de Fisiatría (último aportado)

Resumen:

Dolor crónico de hombro derecho con hallazgos clínicos e imagenológicos que sustentan como causa del dolor la etiología mecánica

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: No aplica

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 02/05/2016

Especialidad: MEDICINA DE TRABAJO

Examen físico:

Paciente Alerta, orientado en tres esferas, hidratado, colaborador. Ingresa al consultorio por sus propios medios sin ayudas externas

Miembro superior derecho:

Sin signos clínicos de atrofia en cintura escapular ni en el brazo (Circunferencia del brazo 32.5 cm bilateral medidos a 10 cm del borde superior de la tuberosidad mayor del humero), no se aprecian deformidades, no edema, eritema ni cianosis. Arcos de movimiento activos y pasivos incompletos por dolor, no se evidencia alodinia, hiperalgesia ni hiperpatía. No se palpan escalones óseos. Pulsos distales positivos, llenado capilar espontáneo. Fuerza 3/5 en hombro, sensibilidad superficial y profunda conservadas, reflejos músculo tendinosos +++/++++ generalizado.

Pruebas especiales:

Hawkins-Kennedy positivo, Neer positivo, Yocum positivo, Jobe negativo.
Speed positivo, Yergason negativo.
O'Brien negativo.
Cozen negativo.
Tinel negativo, Phalen negativo, Durkan negativo.
Rockelstein negativo.

Miembro superior izquierdo: Dentro de límites normales.

Resto de examen físico NO APLICA.

Otros conceptos técnicos:

Deficiencias:

Dolor agudo de hombro derecho 0%

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1

Calificado: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dictamen: 16461039 - 1721

Página 3 de 6

Análisis y conclusiones:

Concepto:

Se procede a calificar PCL según MUCI vigente. NOTA: Origen LABORAL previamente calificado por la ARL (no por la Junta), por lo cual se transcribe al presente dictamen según lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto 1352 de 2013).

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	Origen
R520	Dolor agudo	Dolor agudo de hombro derecho	Accidente de trabajo

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Dolor agudo de hombro derecho	14		NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
Valor combinado									0,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	0,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	0,00%
---	--------------

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.

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

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

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

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	0
Restricciones autosuficiencia económica	0
Restricciones en función de la edad cronológica	0
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	0,00%



HT

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	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	0	0	0	0	0	0	0	

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

0

Valor final título II

0,00%

22

**ESPACIO EN
BANCADO**

opinio de
plata
At 22-11



7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	0,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	0,00%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	0,00%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 21/08/2015

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

RMN de hombro del 21/08/2015: Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona critica previa a su inserción.

Nivel de pérdida: < 5%

Muerte: No aplica

Ayuda de terceros para AVC: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

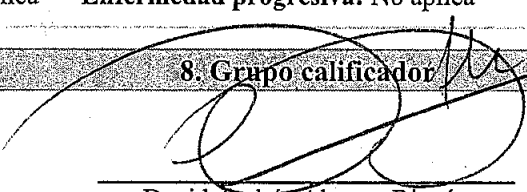
Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

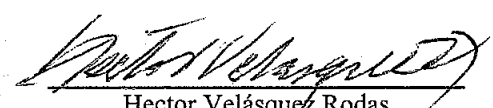
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador


David Andrés Álvarez Rincón
Médico ponente
Miembro Principal Sala 1


Hector Velásquez Rodas
Miembro Principal Sala 1


Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte
Miembro Principal Sala 1

**ESPACIO EN
BLANCO**



MinTrabajo
República de Colombia

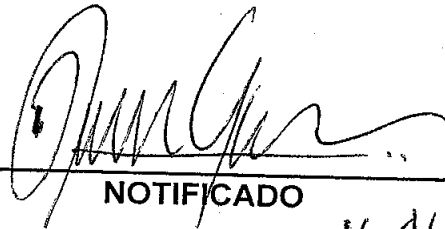
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1



NOTIFICACION PERSONAL

Se notifica personalmente del dictamen de calificación No. 16461039-1721 emitido en audiencia privada el día 13 de mayo 2016 a él (la) Sr (Sra.) JULIAN ANOLES CASTRO GARCIA identificado con cedula de ciudadanía No. 16461039. Para lo cual le hago entrega del mismo y se le informa el derecho que tiene de interponer ante esta junta, los recursos de reposición y subsidiariamente el de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a la presente notificación.

Se firma la presente notificación hoy 13 de mayo de 2016



NOTIFICADO

16 461 039

 **Comision Medica**
Medicina Laboral

ARL AXACOLPATRIA

Monte Ramir
Mayo 2016.

Santiago de Cali, 13 de mayo de 2016.

OFICIO No. **NT-16-1385**

Señores

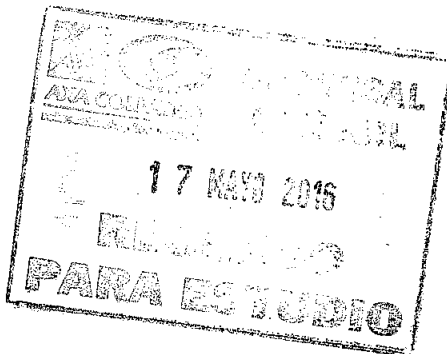
COLPATRIA ARL

DRA. MARITZA MARCELA RAMIREZ NIETO

CALLE 22 N NO. 5 BN 102

MEDICINA LABORAL

Cali - Valle



Referencia: Citación notificación personal

Mediante este escrito se le informa que, deberá comparecer, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de esta comunicación, a las instalaciones de la **Junta Regional**, ubicadas en la calle **5E N° 42 - 44**, barrio Tequendama, en el horario comprendido entre: **8:00 a.m. a 11:00 m y 1:00 p.m. a 3:00 p.m.**, para notificarlo personalmente de las decisiones adoptadas, en la audiencia privada realizada, el día **13 de mayo del año 2016**.

NOMBRE	CEDULA
EDILBERTO ROJAS	10480841
JHON JAIRO SOLARTE SOSA	94398222
ORFILIA PEREA CASTILLO	31491136
GLORIA MERCEDES ARISTIZABAL ARIAS	31866972
EIDER ARMANDO ANGULO BALANTA	16697954
GUILLERMO SANCHEZ OROZCO	16823707
ROBINSON ARCE GONZALEZ	94509402
ROBINSON CESPEDES MARTINEZ	1130657756
CLARA LUZ MOSQUERA	31925002
DANIEL FERNANDO HERRERA FORY	1144175544
AZAE NAVARRO PINEDA	6464206
ADRIAN ARCANGEL ARIAS ALZATE	75060191
MAYRA ALEJANDRA RIVAS RODRIGUEZ	1143837218
ANGELA MARIA VALENCIA ALVAREZ	1130671802
ORLANDO AGREDO CAMACHO	16602288
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039
JOSE OBIRNE ESPINOSA GIRALDO	6301204
ALEJANDRA BRAND PEREZ	29110571

Atentamente,


Myriam Chacón Guerrero

Auxiliar Administrativa



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



Santiago de Cali, 13 de mayo de 2016. OFICIO No. **NT-16-1394**

Señores

COLFONDOS

FONDO DE PENSIONES

AVENIDA 6 A N° 23N-41

BARRIO: SANTA MONICA

TELEFONO: 608 0092 EXT. 40021 - 40023

CALI - VALLE

Referencia: Citación notificación personal

Mediante este escrito se le informa que, deberá comparecer, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de esta comunicación, a las instalaciones de la **Junta Regional**, ubicadas en la calle **5E N° 42 - 44**, barrio Tequendama, en el horario comprendido entre: **8:00 a.m. a 11:00 m y 1:00 p.m. a 3:00 p.m.**, para notificarlo personalmente de las decisiones adoptadas, en la audiencia privada realizada, el día **13 de mayo del año 2016**, en los siguientes casos:

NOMBRE	CEDULA
CLARA LUZ MOSQUERA	31925002 -
MAYRA ALEJANDRA RIVAS RODRIGUEZ	1143837218 -
ORLANDO AGREDO CAMACHO	16602288 -
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039 -
OBRIAM RODRIGUEZ ANGEL	1144044775 -
ANYELO QUIÑONES AMU	10387991 -
ALEXANDER SUAREZ TRUJILLO	16926919 -

Atentamente,

Myriam Chacón G
Myriam Chacón Guerrero
Auxiliar Administrativa



Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca
Calle 5E No. 42 - 44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca) PBX: 5531020.
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
VALLE DEL CAUCA
NOTIFICACIÓN PERSONAL**

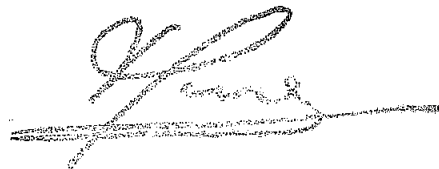
En la fecha 17 de mayo de 2016 se notifica personalmente de los dictámenes de calificación emitida en audiencia privada del día de 13 de mayo 2016, correspondiente a las siguientes personas:

NOMBRE	CEDULA
CLARA LUZ MOSQUERA (NO AFILIADO)	31925002
MAYRA ALEJANDRA RIVAS RODRIGUEZ	1143837218
ORLANDO AGREDO CAMACHO	16602288
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039
OBRIAM RODRIGUEZ ANGEL (NO AFILIADO)	1144044775
ANYELO QUIÑONES AMU	10387991
ALEXANDER SUAREZ TRUJILLO	16926919

A él (la) Sr (a) MARIO ROJAS TORRES identificado (a) con la C.C.16.632.546 en su calidad de AUTORIZADO por la AFP COLFONDOS, para lo cual le hago entrega del mismo y se le da a conocer el derecho que tienen de interponer ante esta Junta, los recursos de reposición y subsidiariamente el de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a la presente notificación. Se le informa al notificado que de conformidad con el Artículo 43 inciso 4º del Decreto 1352 del 26 de junio de 2013, si interpone el recurso de apelación, esta Junta no podrá remitir el expediente a la Junta Nacional para que decida dicho recurso, "...si no se allega la consignación de los honorarios...".

Se firma la presente notificación.


MARIO ROJAS TORRES 16'632.546
C.C16.632.546
El Notificado



MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Directora Administrativa y Financiera Sala No. 1

Santiago de Cali, 13 de mayo de 2016.

OFICIO No. **NT-16-1409**

Señores

EPS SOS - SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD

DR. PABLO ANDRES GUERRERO

AVDA LAS AMERICAS # 23N -55

Cali-Valle

Señal
17 MAY 2016

Referencia: Citación notificación personal

Mediante este escrito se le informa que, deberá comparecer, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de esta comunicación, a las instalaciones de la **Junta Regional**, ubicadas en la calle **5E N° 42 - 44**, barrio Tequendama, en el horario comprendido entre: **8:00 a.m. a 11:00 m y 1:00 p.m. a 3:00 p.m.**, para notificarlo personalmente de las decisiones adoptadas, en la audiencia privada realizada, el día **13 de mayo del año 2016**, en los siguientes casos:

NOMBRE	CEDULA
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039 -
EDILBERTO ROJAS	10480841 -
FRANCISCO CAMPO CALDERON	16636476 -
MARIA OBEIDA GRAJALES SEPULVEDA	66708067 -
JHON JAIRO SOLARTE SOSA	94398222 -
WILMER MORA TRIANA	1114451470 -
GUSTAVO ADOLFO SERNA	1116236406 -
JHON FREDY LUCUMI	94469916 -
YULIETH MORENO MORALES	1112098228 -
FULVIO MARIO RIVERA	6427611 -
ELIZABETH LAURIDO SANDOVAL	1114875512 -
JUAN TRILLERAS	14256967 -
JOSE ELIAS OBANDO ORTEGA	7531956 -
YULI TATIANA RODRIGUEZ BARREIRO	59678202 -
JESUS ANTONIO BEJARANO	16363425 -
ARIEL ALFONSO VELEZ	16200526 -

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca
Calle 5E No. 42 - 44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca) PBX: 5531020
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



44

PEDRO IGNACIO BECERRA TANGARIFE	943255501
JAVIER ZUÑIGA PERLAZA	94430741
JAIME LOPEZ TORRES	16208672
VLEIDER LEANDRO NAVIA LUCUMI	1062288692
RAMIRO ANTONIO MONA MAHECHA	16746196
DIEGO FERNANDO DUQUE CIFUENTES	1114058509
MARIA IDALE AGUIRRE PAZ	38872059
WILMAN ANTONIO VICTORIA PEÑA	1130644090
ANTONIO ROSADI CUATINDIOY	6301306
JAMEL YAMIT MARTINEZ RAMOS	16897946

Atentamente,

Myriam Chacón G.
Myriam Chacón Guerrero
Auxiliar Administrativa

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.
Calle 5E No. 42 - 44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca). PBX: 5531020.
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
VALLE DEL CAUCA
NOTIFICACIÓN PERSONAL**

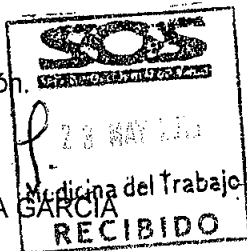
En la fecha 23 de mayo de 2016 se notifica personalmente de los dictámenes de calificación emitida en audiencia privada del día 13 de mayo 2016, correspondiente a las siguientes personas.

NOMBRE	CEDULA
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039
EDILBERTO ROJAS	10480841
FRANCISCO CAMPO CALDERON	16636476
MARIA OBEIDA GRAJALES SEPULVEDA	66708067
JHON JAIRO SOLARTE SOSA	94398222
WILMER MORA TRIANA	1114451470
GUSTAVO ADOLFO SERNA	1116236406
JHON FREDY LUCUMI	94469916
YULIETH MORENO MORALES	1112098228
FULVIO MARIO RIVERA	6427611
ELIZABETH LAURIDO SANDOVAL	1114875512
JUAN TRILLERAS	14256967
JOSE ELIAS OBANDO ORTEGA	7531956
YULI TATIANA RODRIGUEZ BARREIRO	59678202
JESUS ANTONIO BEJARANO	16363425
ARIEL ALFONSO VELEZ	16200526
PEDRO IGNACIO BECERRA TANGARIFE	943255501
JAVIER ZUNIGA PERLAZA	94430741
JAIME LOPEZ TORRES	16208672
VLEIDER LEANDRO NAVIA LUCUMI	1062288692
RAMIRO ANTONIO MONA MAHECHA	16746196
DIEGO FERNANDO DUQUE CIFUENTES	1114058509
MARIA IDALE AGUIRRE PAZ	38872059
WILMAN ANTONIO VICTORIA PEÑA	1130644090
ANTONIO ROSADI CUATINDIOY	6301306
JAMEL YAMIT MARTINEZ RAMOS	16897946

A el (la) Sr (a) JHAN ANDERSON TABORDA GARCIA identificado (a) con la C.C 1.144.092.964 en su calidad de AUTORIZADO por EPS SOS, para lo cual le hago entrega del mismo y se le da a conocer el derecho que tienen de interponer ante esta Junta, los recursos de reposición y subsidiariamente el de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a la presente notificación. Se le informa al notificado que de conformidad con el Artículo 43 inciso 4º del Decreto 1352 del 26 de junio de 2013, si interpone el recurso de apelación, esta Junta no podrá remitir el expediente a la Junta Nacional para que decida dicho recurso, "...si no se allega la consignación de los honorarios...".

Se firma la presente notificación.

Anderson
JHAN ANDERSON TABORDA
C.C. 1.144.092.964
El Notificado



MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



46

Santiago de Cali, 13 de Mayo del 2016

OFICIO No. NT - 16 - 1453

Señor:

**REPRESENTANTE LEGAL
SERVIESPECIALES S.A.
CALLE 23A NORTE No. 4N-11
CALI- VALLE DEL CAUCA**

Referencia: Citación notificación personal

Mediante este escrito se le informa que, deberá comparecer, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de esta comunicación, a las instalaciones de la **Junta Regional**, ubicadas en la calle **5E N° 42 - 44**, barrio Tequendama, en el horario comprendido entre: **8:00 a.m. a 11:00 m y 1:00 p.m. a 3:00 p.m.**, para notificarlo personalmente de la decisión adoptada en la audiencia privada, realizada el día **13 de mayo del año 2016**, dentro del trámite administrativo adelantado a nombre del (a) señor (a) **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número **16461039**.

Deberá acreditar certificado de existencia y representación legal (Cámara de Comercio).

Atentamente

Yesenia L. Rosas.
Digitadora

Yesenia L. Rosas.



M.E

Lic.Mp. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Mntc 001191 de julio 13/2010



GUIA CREDITO 024012927973

COLVANES SAS, NIT 800.185.306-4
Principal Calle 13 # 84 - 60 Bogotá D.C.
Atención al usuario PBX (1)4239666
www.enviacolvanes.com.co

Somos Automatenedores Resolución 4327 Julio/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resolución 12506 Dic/2002

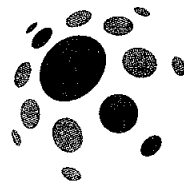
FEC ADMISION		HORA	ORIGEN CIUDAD-DPTO	DESTINO, CIUDAD-DPTO./PAIS	CITA ENTREGA		Cobra cargue / Descargue	
16/05/2016		10:41	CALI	CALI-VALLE	Reg Destino: CALI			
NOMBRE REMITENTE				CENTRO DE COSTO	UNIDADES	CAUSAL DE DEVOLUCION		Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 hora hábiles después de ambo en destino
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALI					1	Desconocido No.31		1 2
DIRECCION REMITENTE					PESO (gramos)	Rehusado No.44		1 2
CALLE 5E # 42 - 44 TEQUENDAMA					1000	No Reside No.35		1 2
TEL / CEL	CEDULA / TI / NIT	COD POSTAL ORIG	COD. CUENTA	PESO VOL (Kgs)	No Reclamado No.40		1 2	1 2
5531020	805012111-1		02-001-0003481	1	Dr. enada No.34		1 2	1 2
NOMBRE DESTINATARIO					PESO A COBRAR (Kg)	Otros (Nov Operativa/Cerrado)		1 2
SERVIESPECIALES S.A.					1			
DIRECCION DESTINATARIO					VALOR DECLARADO			
CALLE 23 A NORTE NRO 4 N 11					10000			
TEL / CEL	CODI. POSTAL DESTINO	NO RECIBE LOS SABADOS	FLETE	Fecha Devolución al remitente		Hora		Guía complementaria de devolución
0000000	760046482		0	D M A H:M				
NOTAS				C. MANEJO	Observaciones en la entrega:		Recbi a satisfacción Nombre, C.C. y solo destinatario	
YESENIA				0				
Nombre, C.C. Remitente				OTROS				
El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es:				TOTAL FLETES				
DOCUMENTOS				0				
				CARTAPORTE				
				NO				

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remítase a nuestra página web o al PBX (1)4239666

- REMITENTE -

FOPERO

Cali, 23 de Mayo de 2016



**SERVI
ESPECIALES**

Ideas flexibles, soluciones integrales

Señores

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

Ref: NOTIFICACION DICTAMEN JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

RENET CONTRERAS CORTES identificado con 16.697.722 de Cali - Valle, en calidad de representante legal de **SERVIESPECIALES S.A.S.** con Nit.890.331.277-2 calidad que acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de Cali y en ejercicio de las facultades que me han sido conferidas, me permito manifestar que otorgó poder especial, amplio y suficiente a **MARIA JOSE MUÑOZ GUZMAN**, persona mayor, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.144.065.381 de Cali, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional N° 269876 del C. S de la J, para que en mi nombre y representación reciba y se notifique por parte de **SERVIESPECIALES SAS** del dictamen No. 16461039 del Sr **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**.

Mi apodera queda facultada para recibir, notificarse e interponer recursos frente al dictamen de referencia.

Cordialmente,

RENET CONTRERAS CORTES
CC N° 16.697.722

Acepto,

MARIA JOSE MUÑOZ GUZMAN
CC N° 1.144.065.381
TP N° 269876 DEL CS DE LA J.

ISO 9001: 2008
ISO 14001: 2004
OHSAS 18001: 2007
BUREAU VERITAS
Certification



N° CO235810 / N° CO235811 / N° CO235812

Cali: Calle 23 A Norte No. 4N-11 / PBX. 644 84 00
Bogotá: Carrera 6 No. 46-23 / PBX 323 06 22
Medellín: Carrera 69 46B - 46 / Tel: 260 67 27
Barranquilla: Calle 70 No. 50 - 03 Of.10 / Tel. 345 65 21
Pereira: Calle 2 No. 12 - 25 / Tels. 331 62 49 - 331 28 51
Ibagué: Carrera 5 Calle 63 - 64 L-E1B29 / Tel. 274 31 42
www.serviespeciales.com.co

15
NOTARIA

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA QUINCE DEL CÍRCULO DE CALI
LA NOTARIA QUINCE (E) DEL CÍRCULO DE CALI

CERTIFICA:

QUE EL PRESENTE DOCUMENTO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE POR

Benet Contreras Cortes SE IDENTIFICÓ CON LA

C.C. No. 16697722YT No. 911 QUIEN

RECONOCIÓ SU CONTENIDO COMO CIERTO Y DECLARÓ

QUE LA FIRMA Y HUELLA SON SUYAS

EL OTORGANTE:

CALI 20 MAY 2016

ALBA ENIDH LÓPEZ GIRALDO
NOTARIA 15 (ENCARGADA) DE CALI

15
NOTARIA

SE AUTORIZA POR
INSISTENCIA DEL INTERESADO

CODIGO DE VERIFICACION: 0816NQ8HS8

NUMERO DE RADICACION: 20160305736-INT

FECHA DE IMPRESION: MARTES 03 MAYO 2016 05:35:24 PM

PAGINAS: 1 - 7

REPUBLICA DE COLOMBIA
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION
EL SUSCRITO SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE CALI

CERTIFICA

NOMBRE:SERVIESPECIALES S.A.S.

DOMICILIO: CALI VALLE

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:CL. 23A N NRO. 4N 11

DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL:CL. 23A N NRO. 4N 11

CIUDAD:CALI

MATRICULA MERCANTIL NRO. 179632-16 FECHA MATRICULA : 29 DE AGOSTO DE 1986

DIRECCION ELECTRONICA : contabilidadasya@serviasesorias.com.co

DIRECCION WEB : www.serviasesorias.com.co

AFILIADO

CERTIFICA

NIT : 890331277-2

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 5470 DEL 18 DE JULIO DE 1986 NOTARIA SEGUNDA DE CALI ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 28 DE AGOSTO DE 1986 BAJO EL NRO. 87208 DEL LIBRO IX ,SE CONSTITUYO SERVIESPECIALES DEL VALLE LTDA.

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 75 DEL 13 DE ENERO DE 1992 NOTARIA SEGUNDA DE CALI ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 15 DE ENERO DE 1992 BAJO EL NRO. 48963 DEL LIBRO IX ,CAMBIO SU NOMBRE DE SERVIESPECIALES DEL VALLE LTDA. . POR EL DE SERVIESPECIALES LIMITADA .

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.039 DEL 31 DE MAYO DE 2004 NOTARIA SEPTIMA DE CALI ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE JUNIO DE 2004 BAJO EL NRO. 6971 DEL LIBRO IX ,SE TRANSFORMO DE SOCIEDAD LIMITADA EN SOCIEDAD ANÓNIMA BAJO EL NOMBRE DE SERVIESPECIALES S.A. .

CERTIFICA

QUE POR ACTA NRO. 078 DEL 31 DE OCTUBRE DE 2014 ASAMBLEA DE ACCIONISTAS ,INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 10 DE DICIEMBRE DE 2014 BAJO EL NRO. 16499 DEL LIBRO IX ,SE TRANSFORMO DE SOCIEDAD ANÓNIMA EN SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA BAJO EL NOMBRE DE SERVIESPECIALES S.A.S. .

CERTIFICA

REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA.DOC	ORIGEN	FECHA.INS	NRO.INS	LIBRO
E.P. 9230	17/11/1987	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	20/11/1987	2579	IX
E.P. 75	13/01/1992	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	15/01/1992	48963	IX
E.P. 5771	26/10/1995	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	01/11/1995	8858	IX
E.P. 6694	22/12/1995	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	09/01/1996	99	IX



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION: 0816NQ8HS8

NUMERO DE RADICACION: 20160305736-INT

FECHA DE IMPRESION: MARTES 03 MAYO 2016 05:35:24 PM

PAGINAS: 2 - 7

E.P. 2151	16/10/1996	NOTARIA QUINCE DE CALI	25/10/1996	8116	IX
E.P. 321	13/02/1997	NOTARIA SEGUNDA DE CALI	19/02/1997	1234	IX
E.P. 1962	02/12/1998	NOTARIA QUINCE DE CALI	09/12/1998	8421	IX
E.P. 5032	26/11/1999	NOTARIA NOVENA DE CALI	30/11/1999	7951	IX
E.P. 0468	31/01/2001	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	21/02/2001	1179	IX
E.P. 1077	09/04/2002	NOTARIA NOVENA DE CALI	24/04/2002	11245	IX
E.P. 0583	27/02/2004	NOTARIA NOVENA DE CALI	01/03/2004	2355	IX
E.P. 3.039	31/05/2004	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	25/06/2004	6968	IX
E.P. 3.039	31/05/2004	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	25/06/2004	6969	IX
E.P. 3.039	31/05/2004	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	25/06/2004	6970	IX
E.P. 3.039	31/05/2004	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	25/06/2004	6971	IX
E.P. 3983	13/07/2004	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	14/07/2004	7740	IX
E.P. 5250	13/09/2005	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	16/09/2005	10384	IX
E.P. 4844	20/09/2006	NOTARIA SEPTIMA DE CALI	22/09/2006	11159	IX
E.P. 1191	29/05/2009	NOTARIA QUINCE DE CALI	17/06/2009	6985	IX
E.P. 1015	04/06/2010	NOTARIA QUINCE DE CALI	10/06/2010	6982	IX
E.P. 4731	26/10/2009	NOTARIA NOVENA DE CALI	06/08/2010	9310	IX
E.P. 864	13/05/2011	NOTARIA QUINCE DE CALI	25/05/2011	6341	IX
ACT 078	31/10/2014	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	10/12/2014	16499	IX
ACT 079	23/12/2014	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	29/12/2014	17572	IX
ACT 083	17/12/2015	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	28/12/2015	24652	IX

CERTIFICA

VIGENCIA: INDEFINIDA

CERTIFICA

EL OBJETO SOCIAL DE LA SOCIEDAD SERÁ ORIENTADO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LAS ÁREAS DE MERCADEO, PRODUCCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS GENERALES, DESARROLLANDO ACTIVIDADES TALES COMO: A. MANEJO DE PUBLICIDAD Y MATERIAL POP, B. IMPULSO Y MERCADEO, C. EXHIBICIÓN, ARMADO Y ENTREGA DE OFERTAS, D. INVESTIGACIÓN Y ELABORACIÓN DE ENCUESTAS DE MERCADEO, MERCHANDISING TELEMERCADERO Y ACTIVIDADES AFINES, SERVICIOS DE PRIMEROS AUXILIOS E. SERVICIOS DE ASEO, LIMPIEZA Y CAFETERÍA; ENLUCIMIENTO DE FACHADAS, EDIFICIOS EN EMPRESAS, BANCOS Y ENTIDADES OFICIALES, SEMIOFICIALES, LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE ÁREAS, ZONAS COMUNES, ZONAS VERDES, ZONAS SOCIALES; CASINO, CAFETERÍA Y COCINAS INCLUYENDO MENAJE E INSUMOS; COMERCIALIZACIÓN DE ELEMENTOS QUÍMICOS PARA MANTENIMIENTO DE PISCINAS, PRODUCTOS E INSUMOS, PROPIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LABORES Y OFICIO DE LIMPIEZA, MANTENIMIENTO Y ENLUCIMIENTO, MANTENIMIENTO DE PISCINAS, ASCENSORES, AIRES ACONDICIONADOS, CUATROS FRÍOS, GUADAÑAS, MOTOBOMBAS, CORTADORAS DE CÉSPED, PODADORAS, MOTOSIERRAS, EQUIPO MÉDICO, PARAMEDICO, DE ENFERMERÍA, ODONTOLOGÍA, QUIRÚRGICO, DE PRIMEROS AUXILIOS. INCLUYENDO SUMINISTRO DE REPUESTOS, ACCESORIOS E INSUMOS, F. SERVICIO DE CORRESPONDENCIA, ASCENSORISTAS, MENSAJERÍA, ENTREGA Y/O REPARTO DE CORRESPONDENCIA, DUPLICACIÓN, RECEPCIÓN, ATENCIÓN A HUÉSPEDES, COMUNICACIONES, ARCHIVO, CONMUTADOR, FAX, COBROS Y ACTIVIDADES SECRETARIALES DE DIGITACIÓN Y/O APLICACIÓN DE SOLUCIONES SISTEMATIZADAS G. SERVICIOS EN IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS EN SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD, AMBIENTAL Y SISO EN ENSAMBLE, EMPAQUE, BODEGAJE, CLASIFICACIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y TRANSFORMACIÓN DE LAS MISMAS, H. MANEJO DE LOGÍSTICA EN TRANSPORTE Y DISTRIBUCIÓN DE MERCANCÍAS, I. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE OUTSOURCING EN TODAS LAS ÁREAS DE LA COMPAÑÍA, J. DISEÑO Y DESARROLLO DE MONTAJES Y TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES CUYA APLICACIÓN SE DERIVE UN BENEFICIO PARA EL NORMAL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL Y NO SEAN CONTRARIAS A LA LEY, TODAS LA ACTIVIDADES PROPIAS, PREVIO CUMPLIMIENTO DE SU POLÍTICAS DE CALIDAD SISOMA Y OTRAS. LA EMPRESA PODRÁ CELEBRAR Y EJECUTAR TODOS LOS ACTOS, CONTRATOS, COMPRAR Y VENDER, TOMAR EN ARRENDAMIENTO LOS BIENES MUEBLES E

INMUEBLES QUE FUEREN NECESARIOS PARA SU NORMA DESEMPEÑO, ACTUAR EN SUS CONTRATOS COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE CON PLENA AUTONOMIA TÉCNICA Y DIRECTA, SEGÚN EL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 2351 DE 1995 Y EL ARTÍCULO 94 DE LA LEY 50 DE 1990. K. INTERVERITORÍA EN EL MANEJO Y GESTIÓN DE PROYECTOS, LOGÍSTICA EN LA DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS PERECEDEROS, EN LA PRESTACIÓN Y SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS EN GENERAL. L. SERVICIO DE OUTSOURCING OPERATIVO, ADMINISTRATIVO, COMERCIAL, DE NOMINA, DE SISTEMAS, DE COMPRAS, DE CONTROL Y SEGURIDAD, Y DEMÁS ÁREAS Y SERVICIOS GENERALES DE LAS ENTIDADES. M. SERVICIO DE OUTSOURCING PARA LA CONCILIACIÓN, DEPURACIÓN, COMPLEMENTACIÓN Y NORMALIZACIÓN DE LAS CUENTAS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS, DE LAS BASES DE DATOS, INFORMACIÓN DE LOS APLICATIVOS Y DEMÁS INFORMACIÓN EMPRESARIAL, REALIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y CUADRE DE INVENTARIOS FÍSICOS, Y LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES DE CLIENTES Y DEMÁS TERCEROS RELACIONADOS CON OS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO, PRINCIPALMENTE. N. SERVICIOS DE OUTSOURCING PARA ADMINISTRAR Y/O APOYAR LOS PROCESOS, OPERACIONES, TAREAS Y ACTIVIDADES DE LAS ENTIDADES FINANCIERAS, PRINCIPALMENTE, CORRESPONDIENTES A LAS OPERACIONES DIARIAS O. SERVICIOS DE OUTSOURCING PARA LA VERIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIGITACIÓN, DIGITALIZACIÓN, PROCESAMIENTO, CONTABILIZACIÓN, ARCHIVO, CUADRE Y CONSOLIDACION DE LA INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS DEL CLIENTE, PARAMETRIZACIONES DE LOS PRODUCTOS EN LOS APLICATIVOS Y SUS INTERFACES CONTABLES. P. DESARROLLO Y COMERCIALIZACIÓN DE SOFTWARE, HARDWARE Y EQUIPO DE TECNOLOGÍA EMPRESARIAL. Q. ESTUDIO, ANÁLISIS EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y COBRO DE CARTERA DE CRÉDITOS, ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO, DESARROLLO Y SELECCIÓN DEL RECURSO HUMANO E IMPLEMENTACIÓN DE COMPETENCIAS. R. ASESORÍAS Y CONSULTORIAS JURÍDICAS, FINANCIERAS, ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS, COMERCIALES, DE SISTEMAS E INTERVENTORÍAS, ADMINISTRAR, ACTUALIZAR, VALORAR, PRESUPUESTOS ACORDES A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES, PROGRAMACIÓN DE OBRAS, FLUJOS DE FONDOS, GERENCIA DE PROYECTOS CIVILES, ARQUITECTÓNICOS Y TELECOMUNICACIONES, INTERVENTORIA DE CONSTRUCCIÓN Y DISEÑOS TÉCNICOS, SISTEMAS DE REDES ELÉCTRICAS, TELECOMUNICACIONES Y DE ACUEDUCTO, ESTUDIOS Y ASESORÍAS EN VALORACIÓN ACTIVOS FIJOS Y EMPRESAS TANTO DEL SECTOR PRIVADO, OFICIAL, SEMIOFICIAL, FINANCIERO Y SOLIDARIO, PLANES DE MANEJO Y MONITOREO, INTERVENTORIAS AMBIENTALES, ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN DE CADA UNA DE LAS ÁREAS ANTERIORES ACORDES A LAS LEYES VIGENTES S. LA REALIZACIÓN DE TODO ACTO Y NEGOCIO JURÍDICO PRINCIPAL, PREPARATORIO, COMPLEMENTARIO O ACCESORIO, NECESARIO O APROPIADO PARA DESARROLLAR EL OBJETO SOCIAL. LA SOCIEDAD TENDRÁ UN CUBRIMIENTO A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL, CON ENTIDADES PRIVADAS, PÚBLICAS Y MIXTAS Y LAS NEGOCIACIONES SE PODRÁN EFECTUAR EN MONEDA NACIONAL Y/O MONEDA EXTRANJERA. T. REALIZACIÓN DE INTERVENTORIAS DE PROYECTOS DE ATENCIÓN SOCIAL EN LOS SECTORES: EDUCACIÓN, SALUD, VIVIENDA, PROYECTOS PRODUCTIVOS, ENTRE OTROS. EN DESARROLLO DE ESTAS ACTIVIDADES LA EMPRESA PODRÁ INTERVENIR EN OBJETOS TALES COMO: INTERVENTORÍAS DE PROYECTOS ALIMENTARIOS, DOTACIÓN DE LA CANASTA EDUCATIVA, PROYECTOS DE GRATUIDAD, CAPACITACIÓN, SUMINISTRO DE ELEMENTOS PEDAGÓGICOS, PAQUETES INFORMÁTICOS Y TECNOLÓGICOS, CONSTRUCCIÓN DE AULAS Y LABORATORIOS, REALIZACIÓN DE PROYECTOS AGROPECUARIOS, U. SERVICIOS DE LAVANDERÍA, LAVADO, SECADO Y PLANCHADO DE ROPA EN HOSPITALES. CLÍNICAS, HOTELES Y OTROS, ELABORACIÓN DE TODA CLASE DE PRENDAS Y LENCERÍA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE. Y. PRESTAR EL SERVICIO DE LECTURA Y DISTRIBUCIÓN DE FACTURACIÓN DE MEDIDORES DE ENERGÍA, ACUEDUCTO Y GAS. W. REALIZAR PROCESOS DE SELECCIÓN A EMPLEADOS PRIVADOS Y PÚBLICOS, A NIVEL DIRECTIVO, ADMINISTRATIVO, OPERATIVO, ASESORES, PROFESIONALES EN TODAS LAS ÁREAS, TRABAJADORES OFICIALES Y DE LA SALUD Y/O EL APOYO A LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS CONCERNIENTES A LA LOGÍSTICA PARA LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL.

CERTIFICA

PARA PODER SER ELEGIDO COMO REPRESENTANTE LEGAL, DEBERÁ CUMPLIRSE CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1) TENER UNA EXPERIENCIA MÍNIMA DE CINCO (5) AÑOS EN LA ACTIVIDAD GERENCIAL, EMPRESARIAL O EN EL CAMPO COMERCIAL, DE FINANZAS, DERECHO O ADMINISTRACIÓN GOZAR DE



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION: 0816NQ8HS8

NUMERO DE RADICACION: 20160305736-INT

FECHA DE IMPRESION: MARTES 03 MAYO 2016 05:35:24 PM

PAGINAS: 4 - 7

BUEN NOMBRE Y RECONOCIMIENTO POR SU IDONEIDAD PROFESIONAL E INTEGRIDAD.

2) NO SER ACCIONISTA O FAMILIAR DE LOS ACCIONISTAS, HASTA EN CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, PRIMERO DE AFINIDAD O ÚNICO CIVIL, SALVO DECISIÓN EN CONTRARIO DE LA ASAMBLEA EN EL NOMBRAMIENTO, SE ENTENDERÁ QUE EN TODOS AQUELLOS CASOS EN QUE PASE A SER DE PÚBLICO CONOCIMIENTO DE LA ASAMBLEA EL VÍNCULO FAMILIAR DE LA PERSONA ELEGIDA COMO REPRESENTANTE LEGAL, SU SÓLO NOMBRAMIENTO SERÁ CONSIDERADO COMO ACEPTACIÓN DE LA ASAMBLEA A ELEGIRLE PESE A DICHO VÍNCULO.

3) NO SER TRABAJADOR O CONTRATISTA DE ALGUNA DE LAS EMPRESAS DE LA FAMILIA, SALVO DECISIÓN EN CONTRARIO DE LA ASAMBLEA GENERAL.

4) NO SER CLIENTE O PROVEEDOR DE BIENES Y/O SERVICIOS DE LA SOCIEDAD.

5) NO SER EMPLEADO O DIRECTIVO DE UNA FUNDACIÓN, ASOCIACIÓN O SOCIEDAD QUE RECIBA DONATIVOS IMPORTANTES DE LA SOCIEDAD.

PARÁGRAFO: ESTAS CONDICIONES PODRÁN SER MODIFICADAS POR DETERMINACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. DICHA MODIFICACIÓN PODRÁ SER HECHA PARA CASOS ESPECÍFICOS SIN QUE ELLO IMPLIQUE UNA MODIFICACIÓN DE LOS PRESENTES ESTATUTOS.

SON ATRIBUCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

1) NOMBRAR Y REMOVER A LOS EMPLEADOS CUYA DESIGNACIÓN NO CORRESPONDA A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, PUDIENDO DELEGAR ESTAS FUNCIONES EN QUIÉN CONSIDERE PERTINENTE.

2) CREAR LOS DEMÁS EMPLEOS QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA EL BUEN SERVICIO DE LA EMPRESA, SEÑALARLE FUNCIONES Y REMUNERACIONES.

3) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL LOS INFORMES QUE ORDENA LA LEY.

4) DETERMINAR LAS PARTIDAS QUE SE DESEEN LLEVAR A FONDOS ESPECIALES.

5) EXAMINAR CUNDO LO TENGA A BIEN, LOS LIBROS, DOCUMENTOS, FABRICAS, INSTALACIONES, DEPÓSITOS Y CAJA DE LA COMPAÑÍA.

6) ABRIR SUCURSALES O AGENCIAS O DEPENDENCIAS, DENTRO O FUERA DEL PAÍS. 1

7) ELABORAR EL REGLAMENTO DE EMISIÓN, OFRECIMIENTO Y COLOCACIÓN DE ACCIONES.

8) TOMAR LAS DECISIONES QUE NO CORRESPONDAN A LA ASAMBLEA O A OTRO ÓRGANO DE LA SOCIEDAD.

9) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LOS ACCIONISTAS, ANTE TERCEROS Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES DEL ORDEN ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTES AL OBJETO SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LAS LEYES Y EN LOS ESTATUTOS.

10) AUTORIZAR CON SU FIRMA TODOS LOS DOCUMENTOS PÚBLICOS O PRIVADOS QUE DEBAN OTORGARSE EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES O EN INTERÉS DE LA SOCIEDAD.

11) PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL EN SUS REUNIONES ORDINARIAS, UN INVENTARIO Y UN BALANCE DE FIN DE EJERCICIO, JUNTO CON UN INFORME ESCRITO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SOCIEDAD, UN DETALLE COMPLETO E LA CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS Y UN PROYECTO DE DISTRIBUCIÓN DE UTILIDADES OBTENIDAS.

12) TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAME LA CONSERVACIÓN DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LAS ACTIVIDADES DE LOS EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SOCIEDAD E IMPARTIRLE LAS ÓRDENES E INSTRUCCIONES QUE EXIJA LA BUENA MARCHA DE LA COMPAÑÍA.

13) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL A REUNIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE CONVENIENTE O NECESARIO Y HACER LAS CONVOCATORIAS DEL CASO CUANDO LO ORDENEN LOS ESTATUTOS, EL REVISOR FISCAL DE LA SOCIEDAD O CUALQUIER OTRA PERSONA CON FACULTADES PARA ELLO.

14) CUMPLIR LAS ÓRDENES E INSTRUCCIONES QUE LE IMPARTA LA ASAMBLEA GENERAL, Y, EN PARTICULAR SOLICITAR AUTORIZACIONES PARA LOS NEGOCIOS QUE PREVIAMENTE LA ASAMBLEA HAYA DECIDIDO QUE DEBE APROBAR.

15) CUMPLIR O HACER QUE SE CUMPLAN OPORTUNAMENTE TODOS LOS REQUISITOS O EXIGENCIAS LEGALES QUE SE RELACIONEN CON EL FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD.

16) COMPRAR, VENDER O GRAVAR BIENES INMUEBLES ASÍ COMO CELEBRAR CONTRATOS.

EL REPRESENTANTE LEGAL TENDRÁ ATRIBUCIONES SUFICIENTES PARA ORDENAR QUE SE EJECUTE O CELEBRE CUALQUIER ACTO O CONTRATO COMPRENDIDO DENTRO DEL OBJETO SOCIAL Y PARA TOMAR LAS DETERMINACIONES NECESARIAS EN ORDEN A QUE LA SOCIEDAD CUMPLA SUS FINES.



CODIGO DE VERIFICACION: 0816NQ8HS8

NUMERO DE RADICACION: 20160305736-INT

FECHA DE IMPRESION: MARTES 03 MAYO 2016 05:35:24 PM

PAGINAS: 5 - 7

EL REPRESENTANTE LEGAL, SERÁ NOMBRADO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTA POR PERIODOS DE UN AÑO. EL REPRESENTANTE LEGAL TENDRÁ DOS SUPLENTE, QUIENES LO REEMPLAZARÁN CON SUS MISMAS ATRIBUCIONES, SIN QUE SE NECESITE AUTORIZACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS U OTRO ÓRGANO SOCIAL PARA SU ACTUACIÓN. LOS SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL SERÁN DESIGNADOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS POR PERIODOS DE 1 AÑO. EN CUALQUIER CASO, CUANDO LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS NO NOMBRE UN NUEVO REPRESENTANTE LEGAL O SUS SUPLENTE VENCIDO CADA AÑO, SE ENTENDERÁ QUE EL MISMO HA SIDO REELEGIDO POR UN NUEVO PERIODO.

EL REPRESENTANTE LEGAL TIENE ADEMÁS LAS SIGUIENTES FACULTADES:

- 1) DEFINIR LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS O LA ADQUISICIÓN DE BIENES RELACIONADOS CON EL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS.
- 2) DEFINIR LA VENTA DE ACTIVOS DE LA COMPAÑÍA, INDEPENDIENTEMENTE DEL MONTO, SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE BIENES RELACIONADOS CON EL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS. EL REPRESENTANTE LEGAL SERÁ QUIEN DECIDA LA PROCEDIBILIDAD DE DICHAS OPERACIONES.
- 3) CELEBRAR CUALQUIER LICITACIÓN O CONTRATO, INCLUYENDO CRÉDITOS Y CONTRATOS CON ENTIDADES FINANCIERAS, QUE SEA DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS SIN LIMITE ALGUNO DE CUANTÍA.

PARÁGRAFO: SE ENTENDERÁ POR GIRO ORDINARIO EL CONJUNTO DE ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EJECUTAR EL OBJETO SOCIAL DE LA EMPRESA.

CERTIFICA

DOCUMENTO: ESCRITURA No. 3.039 DEL 31 DE MAYO DE 2004

ORIGEN: NOTARIA SEPTIMA DE CALI

INSCRIPCION: 25 DE JUNIO DE 2004 No. 6973 DEL LIBRO IX

FUE (RON) NOMBRADO(S):

GERENTE

LUZ STELLA GIL DE DIAZ

C.C.41565413

SUPLENTE

RENET CONTRERAS CORTES

C.C.16697722

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA No. 021-2011 DEL 20 DE ENERO DE 2011

ORIGEN: JUNTA DIRECTIVA

INSCRIPCION: 01 DE FEBRERO DE 2011 No. 1169 DEL LIBRO IX

FUE (RON) NOMBRADO(S):

SEGUNDO SUPLENTE DEL GERENTE

MARCELINO GIL ACEVEDO

C.C.19208354



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION: 0816NQ8HS8
NUMERO DE RADICACION: 20160305736-INT
FECHA DE IMPRESION: MARTES 03 MAYO 2016 05:35:24 PM
PAGINAS: 6 - 7

CERTIFICA

DOCUMENTO: ESCRITURA No. 3.039 DEL 31 DE MAYO DE 2004
ORIGEN: NOTARIA SEPTIMA DE CALI
INSCRIPCION: 25 DE JUNIO DE 2004 No. 6974 DEL LIBRO IX

FUE (RON) NOMBRADO(S) :

REVISOR FISCAL SUPLENTE
MARIA CLAUDIA POTES CAICEDO
C.C.31190839

CERTIFICA

DOCUMENTO: ACTA No. 070 DEL 22 DE FEBRERO DE 2010
ORIGEN: ASAMBLEA DE ACCIONISTAS
INSCRIPCION: 05 DE MARZO DE 2010 No. 2563 DEL LIBRO IX

FUE (RON) NOMBRADO(S) :

REVISOR FISCAL PRINCIPAL
RICARDO CHAVARRO SALCEDO
C.C.16598611

CERTIFICA

CAPITAL AUTORIZADO: \$1,700,000,000
NUMERO DE ACCIONES: 1,700,000
VALOR NOMINAL: \$1,000
CAPITAL SUSCRITO: \$1,700,000,000
NUMERO DE ACCIONES: 1,700,000
VALOR NOMINAL: \$1,000
CAPITAL PAGADO: \$1,700,000,000
NUMERO DE ACCIONES: 1,700,000
VALOR NOMINAL: \$1,000

CERTIFICA

QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD FIGURA MATRICULADO EN LA CAMARA DE COMERCIO BAJO EL
NRO.179633-2 ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: SERVIESPECIALES
UBICADO EN: CL. 23A N NRO. 4N 11 DE CALI
FECHA MATRICULA : 29 DE AGOSTO DE 1986
RENOVO : POR EL AÑO 2016

CERTIFICA

QUE LA SOCIEDAD EFECTUO LA RENOVACION DE SU MATRICULA MERCANTIL EL 31 DE MARZO DE 2016



**Cámara de
Comercio de
Cali**

CODIGO DE VERIFICACION: 0816NQ8HS8

NUMERO DE RADICACION: 20160305736-INT

FECHA DE IMPRESION: MARTES 03 MAYO 2016 05:35:24 PM

PAGINAS: 7 - 7

CERTIFICA

QUE NO FIGURAN OTRAS INSCRIPCIONES QUE MODIFIQUEN TOTAL O PARCIALMENTE EL PRESENTE CERTIFICADO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE SU INSCRIPCION, SIEMPRE Y CUANDO DENTRO DE DICHO TERMINO NO SEAN OBJETO DE RECURSOS.

LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A <http://www.ccc.org.co/registraya/> Y DIGITANDO EL CODIGO DE VERIFICACION QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERO EN LAS SEDES O A TRAVES DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CAMARA.

ESTE CERTIFICADO CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURIDICA SEGUN LO DISPUESTO EN LA LEY 527 DE 1999. EN EL SE INCORPORAN TANTO LA FIRMA MECANICA QUE ES UNA REPRESENTACION GRAFICA DE LA FIRMA DEL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE CALI, COMO LA FIRMA DIGITAL, LAS CUALES PODRA VERIFICAR A TRAVES DE SU APLICATIVO VISOR DE DOCUMENTOS PDF.

LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR EL CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR, POR UNA SOLA VEZ, SU CONTENIDO INGRESANDO A <http://www.ccc.org.co/registraya/> Y DIGITANDO EL CODIGO DE VERIFICACION QUE SE ENCUENTRA EN EL ENCABEZADO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

EL CERTIFICADO A VALIDAR CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EN EL MOMENTO EN QUE SE GENERO EN LAS SEDES O A TRAVES DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CAMARA.

DADO EN CALI A LOS 03 DIAS DEL MES DE MAYO

DEL AÑO 2016 HORA: 05:35:24 PM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

VALLE DEL CAUCA

NOTIFICACIÓN PERSONAL

En la fecha 23 de mayo de 2016, se notifica personalmente del dictamen de calificación N°16461039-1721 Emitidos en audiencia privada el día 13 de mayo de 2016 a él (la) Sr. Sra. MARIA JOSE MUÑOZ GUZMAN C.C 1.144.065.381 en su calidad de Apoderada del Empleador, para lo cual le hago entrega de mismo, y se le da a conocer el derecho que tienen de interponer ante esta Junta, el recurso de reposición y subsidio de apelación, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presente notificación. Se le informa al notificado que de conformidad con el Artículo 2.2.5.1.41 en su inciso 4° del Decreto 1072 del 2015, el cual incorporo el artículo 43 del inciso 4° decreto 1352 del 2013, si interpone el recurso de apelación, esta Junta no podrá remitir el expediente a la Junta Nacional para que Decida dicho recurso, "...si no se allega la consignación de los honorarios, por parte de la entidad a quien le corresponde efectuar el pago.

Se firma la presente notificación hoy



MARIA JOSE MUÑOZ GUZMAN

C.C 1.144.065.381

EL NOTIFICADO



MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS

Directora Administrativa y Financiera Sala No. 1

AVISO

Fijación: Cali, hoy 25 de mayo de 2016, siendo las 7:30 AM, se fija en un lugar visible de la Secretaria de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, durante 10 días hábiles los resultados de los siguientes dictámenes

No.	NOMBRE	CEDULA	NO NOTIFICADO EN PERSONAL
1	ELIZABETH GARCIA ORTIZ	31190254	AFP COLPENSIONES – EPS CAFESALUD
2	MYRIAM LUCIA GOMEZ De NOREÑA	21617905	AFP COLPENSIONES – EPS CAFESALUD
3	HERNANDO TORRES	16209437	AFP COLPENSIONES
4	SEGUNDO RAUL SANTACRUZ RENGIFO	6227468	AFP COLPENSIONES
5	LUZ MARIA HERRERA REYES	31235553	AFP COLPENSIONES – EPS SURA - EMPLEADOR
6	GUSTAVO MARIN QUINTERO	10101297	AFP COLPENSIONES – EPS CAFESALUD
7	PEDRO ANTONIO BEDOYA PULGARIN	16351690	AFP COLPENSIONES
8	LUZ AMERICA AVILA MENA	31159735	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA - EMPLEADOR
9	MAURICIO ANTONIO CEBALLOS DIAZ	16277335	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO - EMPLEADOR
	FERNANDO DE JESUS RAMOS CALVO	14946313	AFP COLPENSIONES
11	EDILBERTO ROJAS	10480841	AFP COLPENSIONES – ARL COLPATRIA - EMPLEADOR
12	WILLIAM MENESES GUECHE	12230518	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO
13	FRANCISCO GUZMAN RESTREPO	16735429	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA
14	MARICEL SEGURA	31888222	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
15	LUIS ALBERTO GARCIA COBO	2631519	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO - EMPLEADOR
16	EDINSON GUEVARA FRANCO	6320132	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA - EMPLEADOR
17	FRANCISCO CAMPO CALDERON	16636476	AFP COLPENSIONES
18	LIBIO HOYOS MENESES	6533581	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA - EMPLEADOR
19	JAIR BARRIOS ARANGO	16988212	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO
20	NIRIA PIÑEROS DE ZORRILLA	31277248	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
21	MARIA OBEIDA GRAJALES SEPULVEDA	66708067	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
22	FANNY OTERO SARRIA	25667118	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA
23	MERCEDES MONCAYO FERNANDEZ	25521860	AFP COLPENSIONES – EPS CAPRECOM
24	JHON JAIRO SOLARTE SOSA	94398222	ARL COLPATRIA – SURAMERICANA - EMPLEADOR
25	JULIAN EDUARDO ROA SUAREZ	1130586602	EPS SURA – SURAMERICANA - EMPLEADRO
26	LEONOR TORO MORALES	31893830	EPS CAFESALUD – SURAMERICANA - EMPLEADOR
27	ORFILIA PEREA CASTILLO	31491136	ARL COLPATRIA - EMPLEADOR
28	JOSE ALEXANDER RODRIGUEZ PRADO	94470924	SURAMERICANA
29	WILMER MORA TRIANA	1114451470	SURAMERICANA - EMPLEADOR
30	JORGE GARZON	16454608	EPS SURA – SURAMERICANA - EMPLEADRO
31	EUNER ALEXANDER RIVERA RIVERA	76141567	EPS SALUDCOOP - EMPLEADOR
32	GLORIA MERCEDES ARISTIZABAL ARIAS	31866972	EPS COMFENALCO – ARL COLPATRIA – SURAMERICANA - EMPLEADOR
33	GUSTAVO ADOLFO SERNA	1116236406	SURAMERICANA
34	MARLENY MURILLO MORA	31832684	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
35	EIDER ARMANDO ANGULO BALANTA	16697954	ARL COLPATRIA - EMPLEADOR

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.
Calle 5E No. 42 A - 05 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca). PBX: 5531020.
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda

36	GUILLERMO SANCHEZ OROZCO	16823707	AFP COLPENSIONES – ARL COLPATRIA – EPS CAFESALUD
37	ROBINSON ARCE GONZALEZ	94509402	ARL COLPATRIA – EPS COMFENALCO - EMPLEADOR
38	ROBINSON CESPEDES MARTINEZ	1130657756	ARL COLPATRIA – SURAMERICANA - EMPLEADOR
39	CLARA LUZ MOSQUERA	31925002	ARL COLPATRIA – EPS CAFESALUD - EMPLEADOR
40	DANIEL FERNANDO HERRERA FORY	1144175544	ARL COLPATRIA - EMPLEADOR
41	AZAEAL NAVARRO PINEDA	6464206	ARL COLPATRIA – EPS CAFESALUD – EMPLEADOR – AFP COLPENSIONES
42	ADRIAN ARCANGEL ARIAS ALZATE	75060191	ARL COLPATRIA – EPS SALUDCOOP - EMPLEADOR
43	MAYRA ALEJANDRA RIVAS RODRIGUEZ	1143837218	ARL COLPATRIA – EPS SURA - EMPLEADOR
44	ANGELA MARIA VALENCIA ALVAREZ	1130671802	ARL COLPATRIA – EPS SURA - EMPLEADOR
45	ORLANDO AGREDO CAMACHO	16602288	ARL COLPATRIA – EMPLEADOR
46	JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	ARL COLPATRIA
47	OBRIAM RODRIGUEZ ANGEL	1144044775	EMPLEADOR
48	JANETH LOPEZ CERON	67021682	EMPLEADOR – AFP COLPENSIONES
49	LUZ KARIME MORA	29677587	EPS SURA – SURAMERICANA – EMPLEADOR- PACIENTE
50	LILIAM MARIA DEL SOCORRO LASSO De DAVILA	30708132	EPS CAFESALUD – AFP COLPENSIONES
51	LEONEL VALENCIA CELEITA	16265080	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA - EMPLEADOR
52	BERNARDO VALENCIA	10693334	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
53	JAIRO MILAR GUACAN URBINA	87063551	EPS CAFESALUD – EMPLEADOR – AFP COLPENSIONES
54	NAYIBI BOLAÑOS DIAZ	31900865	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
55	JHON FREDY LUCUMI	94469916	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
56	GERARDO ANTONIO OSORIO ORTEGA	2620696	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS COMFENALCO
57	JEFFERSSON CASTILLO RAMOS	76046536	EMPLEADOR
58	OSCAR VICENTE LERMA VIDAL	14932764	EPS CAFESALUD – EMPLEADOR – AFP COLPENSIONES
59	YULIETH MORENO MORALES	1112098228	EMPLEADOR - PACIENTE
60	OSCAR MARIN ECHEVERRY	2570925	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
61	YOHN JAIRO SANCHEZ GORDILLO	94491645	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS CRUZ BLANCA
62	HENRY CORTES RAMIREZ	13487740	AFP COLPENSIONES
63	DAXIBEL GOMEZ AYALA	16627300	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS COMFENALCO
64	NELSON MANUEL TORRES HURTADO	16736860	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS COMFENALCO
65	FULVIO MARIO RIVERA	6427611	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
66	HERNAN HERNANDEZ MENESES	10695693	EPS EMSANAR - EMPLEADOR
67	JUAN TRILLERAS	14256967	EMPLEADOR
68	YHON JAIRO VINASCO ROJAS	16802782	EMPLEADOR
69	JOSE ELIAS OBANDO ORTEGA	7531956	AFP COLPENSIONES
70	ANDREA FERNANDA ENRIQUEZ	37120380	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS SALUDCOOP
71	DELIA VALENCIA ALEMESA	25280033	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS NUEVA
72	YULI TATIANA RODRIGUEZ BARREIRO	59678202	EMPLEADOR - PASIENTE
73	HENRY HERNANDEZ DIAZ	6331386	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR – EPS CAFESALUD
74	JESUS ANTONIO BEJARANO	16363425	AFP COLPENSIONES

5

75	ISMAEL JAMBUEL	1144127180	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
76	ANYELO QUIÑONES AMU	10387991	EPS SALUDCOOP - EMPLEADOR
77	ARIEL ALFONSO VELEZ	16200526	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
78	LUZ STELLA PIERUCCINI VILLA	31936006	EMPLEADOR – EPS NUEVA
79	LUZ DARY CORDOBA GIRON	31957284	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO
80	PEDRO IGNACIO BECERRA TANGARIFE	943255501	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR - PACIENTE
81	JHON EDWARD YEPES MARIN	1088252831	EPS CRUZ BLANCA -EMPLEADOR
82	EFREN GOMEZ MONCAYO	12909679	EPS SANIDAD POLICIA - EMPLEADOR
83	BALDOMERO SALAZAR RAMIREZ	16638947	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO
84	DONAL LIBERDO CONTRERAS CALDERON	94412961	AFP COLPENSIONES – EPS COMFENALCO - EMPLEADOR
85	HENRY LEOVIGILDO IBARGUEN ASPRILLA	16855906	AFP COLPENSIONES – EPS NUEVA
86	JAVIER ZUÑIGA PERLAZA	94430741	EMPLEADOR
87	JERSON FABIO MORENO DUQUE	1130628104	EMPLEADOR – EPS NUEVA - PACIENTE
88	JAIME LOPEZ TORRES	16208672	AFP COLPENSIONES – EMPLEADOR
89	CRISTHIAN LEANDRO RAMIREZ MUÑOZ	1114817405	EPS COMFENALCO
90	HAROLD ANDRES VELEZ CARABIL	14472070	EMPLEADOR - PACIENTE
91	JOHAN STIVEN JORDAN IBARGUEN	1118297319	EPS NUEVA – SURAMERICANA - EMPLEADOR
92	JHON BRAYAN MUÑOZ TANGARIFE	1005870136	EPS CAFESALUD - SURAMERICANA
93	VLEIDER LEANDRO NAVIA LUCUMI	1062288692	SURAMERICANA
94	RAMIRO ANTONIO MONA MAHECHA	16746196	SURAMERICANA - EMPLEADOR
95	MARIA EUGENIA RODAS	31964159	EPS SURA – AFP COLPENSIONES - EMPLEADOR
96	DIEGO FERNANDO DUQUE CIFUENTES	1114058509	EMPLEADOR
97	EDGAR ECHEVERRY URIBE	94190845	EMPLEADOR
98	OLMEDO ZULETA CARDONA	16349359	EPS NUEVA – AFP COLPENSIONES - EMPLEADOR
99	MARIA IDALE AGUIRRE PAZ	38872059	EMPLEADOR
100	WILMAN ANTONIO VICTORIA PEÑA	1130644090	EMPLEADOR
101	LEONARDO CALERO URRUTIA	6384824	EPS COMFENALCO – AFP COLPENSIONES - EMPLEADOR
102	LUCY BEATRIZ RAMOS CAJIAO	29121352	EPS SALUDCOOP
103	ANTONIO ROSADI CUATINDIOY	6301306	AFP COLPENSIONES
104	JAMEL YAMIT MARTINEZ RAMOS	16897946	AFP SKANDIA - EMPLEADOR
105	HILDO ANTONIO SINISTERRA HURTADO	10388326	EPS NUEVA
106	JUAN DAVID ROJAS GALLEG0	1143843053	EPS NUEVA
107	ALEXANDER SUAREZ TRUJILLO	16926919	EPS COMFENALCO –EMPLEADOR
108	YADIR LOPEZ GONZALEZ	6406650	AFP COLPENSIONES - EMPLEADOR
109	JUAN CARLOS CUERO OROZCO	14473333	COSMITET
110	ADOLFO TORIJANO	6330869	NUEVA EPS
111	OSCAR ALONSO AREVALO PEREA	16750138	EPS COMFENALCO –EMPLEADOR
112	FERNANDO PEREZ CAMACHO	16755418	EPS COMFENALCO –EMPLEADOR
113	RICARDO DELGADO VINASCO	94506254	EPS SALUDCOOP - EMPLEADOR

114	ALBA ALICIA LUCUMI CATACOLI	31859298	EPS NUEVA – EMPLEADOR
115	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ MARIN	31429297	EPS SALUDCOOP
116	JINETH ELIZABETH CLAVIJO ZAMBRANO	1061713369	EPS CAFESALUD
117	ALBA LUCERO CORREA PEÑA	66721196	EPS CAFESALUD
118	JOSE OBIRNE ESPINOSA GIRALDO	6301204	ARL COLPATRIA – EPS SALUDCOOP - EMPLEADOR
119	JUAN DIONICIO VIDAL GRANDJA	10388263	EPS CAFESALUD - EMPLEADOR
120	OCTAVIO ARENAS MORALES	94230446	EMPLEADOR
121	JAVIER DE JESUS OSPINA ECHAVARRIA	6433194	EMPLEADOR
122	ALEJANDRA BRAND PEREZ	29110571	ARL COLPATRIA
123	HERMOGENES PALOMINO ROJAS	76279509	NUEVA EPS

El presente Aviso se desfijará el día 09 de junio de 2016 a las 5:30 PM después de haber permanecido fijado en un sitio visible por el término de Ley. La notificación se entiende surtida con el término de fijación a partir del cual el interesado tiene derecho a interponer los recursos de reposición y subsidio de apelación dentro de los diez (10) días siguientes ante esta Junta Regional.

Atentamente:



MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera Sala No. 1

CUADRO DE LA AUDIENCIA DEL 13 de mayo DE LA SALA UNO

Santiago de Cali, 23 de Mayo de 2016



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA

Colpatria
Bala cno
mayo 13-2016
ST

Señores:

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
Doctores.

David Andres Alvarez

Hector Velasquez

Zoilo Rosendo Delvasto

Cali / valle.

16 MAY 24 P7:50
RECIBIDO
ENTREGADO
1941

ASUNTO: Recurso de Reposición en subsidio de Apelación contra la calificación de la pérdida de mi capacidad laboral, emitida por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA de fecha 13 de Mayo de 2016, dictamen No. 16461039-1721

El suscrito JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA identificado con CC No 16.461.039 de Yumbo valle, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, con el debido respeto, me remito ante la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** dentro de los términos legales establecidos, con el ánimo de interponer recurso de Reposición en subsidio de Apelación, contra la calificación de la pérdida de mi capacidad laboral, emitida por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** de fecha 13 de Mayo de 2016, dictamen No. **16461039-1721** la cual me fue notificada en la misma fecha.

Solicito muy comedidamente se sirva revocar dicha decisión o en su defecto, remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la calificación de la pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.

HECHOS

Para el día 27 de julio de 2015, presente accidente laboral dentro las instalaciones de la empresa lesionándome gravemente mi hombro derecho; luego de largas incapacidades, terapias y tratamientos médicos, la **ARL AXA COLPATRIA** el día 19 de marzo de 2016, me realizo Evaluacion de la Perdida de la Capacidad Laboral sin tener en cuenta y sin un pronunciamiento de fondo sobre los siguientes aspectos:

85

1. El dolor en mi hombro derecho aun persiste constantemente y se agudizan cuando realizo todo tipo de movimientos.
2. En mi antebrazo constantemente se presenta adormecimiento e igualmente hinchazon de mi mano derecha.
3. Al realizar movimientos rutinarios con mi brazo derecho tales como vestir, al despertar en las mañanas, comer, levantar peso, laborar, halar elementos etc. Siento corrientazos en mi hombro derecho después de ocurrido mi accidente laboral.
4. Para el día 11 de agosto de 2015, obtuve resultado de Ecografia de mi hombro de derecho el cual arrojo la siguiente conclusión sin que fueran tenidas en cuenta en la evaluación de fecha 19 de marzo de 2016:

A) TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO CON RUPTURA PARCIAL.

B) TENOSINOVITIS DEL TENDON LARGO DEL BICEPS BRAQUIAL.

C) BURSITIS SUBDELTOIDEA.

5. Posteriormente para el día 21 de agosto de 2015, fecha en la que me realizaron RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA en mi hombro derecho, se logro identificar en esta los siguientes hallazgos que tampoco fueron tenidos en cuenta en la evaluación de fecha 19 de marzo de 2016:

A) RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOZO Y SUBESCAPULAR.

B) TENDINOPATIA DEL INFRA ESPINOZO.

C) TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL.

D) DERRAME ARTICULAR GLENO HUMERAL.

Si bien es cierto que este punto fue mencionado en el PCL, es de aclarar que son patologías bastante considerables que NO merecían una perdida de capacidad laboral del 0.00%

6. No fueron tenidos en cuenta los aspectos psíquico, psicológico y social del Ser humano.
7. La fecha de estructuración que arrojo la perdida de capacidad laboral es decir 19 de marzo de 2016, no corresponde a la fecha del accidente laboral, pues este accidente ocurrió el día 27 de Julio de 2015.

- 5
8. Para el día 13 de mayo de 2016 la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA califica la pérdida de mi capacidad laboral con un porcentaje del 0.00% sin tener en cuenta la calificación emitida por mi eps –SOS donde se evidencia una enfermedad de carácter laboral, tampoco se tuvo en cuenta el constante dolor que persiste en mi hombro, brazo y mano derecha, la pérdida de fuerza al sostener o manipular objetos y demás traumas que presento hasta el momento.
 9. También reclamo por qué solo se me está calificando solo el accidente sin tener en cuenta los hallazgos y consecuencias que se obtienen a la fecha. Por lo tanto no estoy de acuerdo con dicha calificación

PRETENSIONES

Con base en los hechos anteriormente narrados, comedidamente solicito se sirva revocar dicha decisión o en su defecto, remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la calificación de pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCuentro DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.

PRUEBAS

1. Notificación y calificación de pérdida de capacidad laboral efectuada por La JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA notificada el día 13 de mayo de 2016.
2. Copia del reporte de calificación origen evento de salud SOS-EPS
3. Copia de resonancia magnética realizada
4. Copia de ecografía del hombro realizada

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones por escrito y en los términos establecidos por la ley en la Calle 59 No. 1C-73 Barrio Torres de Comfandi, Conjunto B, Bloque 4, Apto 304 en la ciudad de Cali, teléfonos: 315-447-90-93 y 310-597-28-54 fijo: 342-23-94.

Atte.:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julian', with a long horizontal stroke extending to the right.

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CC No 16.461.039 de Yumbo Valle



CLINICA NTRA. SRA. DE LOS REMEDIOS
Avda. 2a. Norte No. 24-157
Comm: (57 2) 608 10 00/01 – 667 68 67
Fax: (57 2) 667 27 87
E-mail: clirem@andinet.com
Cali (Valle) - Colombia

61

Santiago de Cali, 11/08/2015

Estimado referente: Default Depcode
Entidad referente: Particular

Nombre Paciente:	JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	Edad:		Sexo:	M
Fecha de Nacimiento:		Identificación:	16461039		
Documento #:	10514294	Fecha Examen:	agosto 11, 2015		
Procedimiento(s):	ECO ARTICULAR HOMBRO ULTRASONOGRAFIA ARTICULAR HOMBRO				

ESTUDIO : ECOGRAFIA DE HOMBRO :

Con transductor lineal, se realizo estudio ecográfico a nivel del hombro, encontrando los siguientes hallazgos :

El tendón del Supra-espinoso se observa hipoeoico de grosor normal con discontinuidad en sus fibras hacia su inserción , con imagen ecolucida que mide 4 x 1.6m m en relación a pequeña ruptura parcial.

Las estructuras tendinosas de los músculos infraespinoso, redondo menor y subescapular presentan apariencia y ecogenicidad normales, sin imágenes sugestivas de rupturas parciales ó totales.

El tendón del bíceps braquial se observa con ligero aumento de grosor, hipoeoico , adecuadamente alojado en la corredera bicipital con aumento de liquido a su alrededor.

Hay ligero aumento de liquido en la bursa subacromio subdeltoidea.

Los contornos de las corticales óseas son regulares y de apariencia ecográfica usual.

CONCLUSION:

- TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO CON PÉQUEÑA RUPTURA PARCIAL.
- TENOSINOVITIS DEL TENDON LARGO DEL BICEPS BRAQUIAL.
- BURSITIS SUBDELTOIDEA.
- CORRELACIONAR CON CLINICA Y DE SER NECESARIO ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (IRM).

Atentamente,

DRA. DARLIS CARBONELL ARREDONDO
MÉDICO RADIÓLOGO.
R.E 614-27/05/2015

Mfc.-



Instituto de Religiosas de
SAN JOSÉ DE GERONA

62

TEL: 0312 2111000

Documento 16461039 **Edad** 34 Años, 6 Meses, 17 Días **Fecha Nac.** domingo, 08 de febrero de 1981
Nombre JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA **Factura Nro** 255719 **Fecha Lectura** viernes, 21 de agosto de 2015
Entidad AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. **Médico** OTROS
Estudio RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO)
Dir. CLL 59 # 1 C - 73 B/ TORRES DE COMFANDI **Clas.BIRADS** NA **Fecha Atencion** jueves, 20 de agosto de 2015

TECNICA: En Equipo de Resonancia Magnética de 1.5T. de alto campo magnético se practicó Resonancia Magnética del Hombro con secuencias que incluyen: coronal oblicuo SE T1; coronal oblicuo SE T2; coronal oblicuo STIR; coronal oblicuo Dp; axial STIR; sagital SE T1. El estudio se analiza en la Estación de trabajo.

COMENTARIO:

Acromion tipo I.

Articulación acromio-clavicular sin alteraciones.

Tendón del supra-espinoso se encuentra engrosado, heterogéneo con foco de ruptura parcial intra sustancial a nivel de la transición miotendinaria, existe otro foco a nivel de la zona crítica del tendón previo a su inserción. El tendón del subescapular presenta foco hiperintenso en T2 y DP a nivel de la fase articular afectando aproximadamente el 10% del calibre de sus fibras. El tendón del infra espinoso presenta discreto aumento de señal, sin embargo no se observan focos de ruptura.

Tendón de la cabeza larga del bíceps conservado, presentando líquido en su vaina sinovial.

Espacio gleno-humeral sin alteraciones.

Estructura ósea íntegra.

Labrum aparentemente íntegro.

Agrupamientos musculares con grosor y características de señal normales.

Derrame articular gleno humeral asociado a bursitis subacromio deltoidea.

CONCLUSION:

- RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOSO Y SUBESCAPULAR.
- TENDINOPATIA DEL INFRA ESPINOSO.
- TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL.
- DERRAME ARTICULAR GLENO HUMERAL.

La Impresión Diagnóstica en exámenes de imagen no es absoluta, debiéndose comparar con los datos Clínicos y de Laboratorio, además de otros exámenes de imagen previos, solamente su Médico tiene condiciones de interpretar correctamente el conjunto de todas estas informaciones.

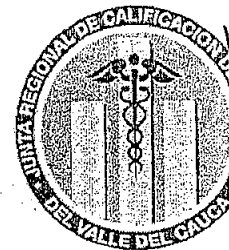
Atentamente,

ALFREDO ALTUZARRA
 MEDICO RADIOLOGO
 Registro Firmado Electronicamente



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



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

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 13/05/2016 Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014) N° Dictamen: 16461039 - 1721
Instancia actual: No aplica
Solicitante: ARL Nombre solicitante: ARL COLPATRIA Identificación: NIT
Teléfono: Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Dirección: CALLE 22 N NO. 5 BN 102
Correo electrónico:

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1 Identificación: 805.012.111-1 Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020 Correo electrónico: jrcivalle@emcali.net.co Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA Identificación: CC - 16461039 Dirección: CALLE 59 No. 1C-73 BARRIO TORRES DE COMFANDI
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Teléfonos: - 3154779093 Fecha nacimiento: 08/02/1981
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca Edad: 35 año(s) 3 mes(es) Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa Estado civil: Casado Escolaridad: Básica Secundaria
Correo electrónico: Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante) EPS: SOS EPS
AFP: Colfondos S.A. ARL: Seguros de vida colpatria S.A. Compañía de seguros: MAPFRE compañía de seguros

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Trabajo/Empleo: Ocupación:
Código CIUO: Actividad económica:
Empresa: SERVIESPECIALES S.A. Identificación: NIT - Dirección: CALLE 23A NORTE No. 4N-11
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca Teléfono: Fecha ingreso:
Antigüedad:
Descripción de los cargos desempeñados y duración:

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Motivo de consulta:

Controversia en cuanto a la calificación de pérdida de capacidad laboral de los diagnósticos:

Diagnóstico(s) actual(es) motivo de la calificación:

1. Dolor agudo de hombro derecho

Datos personales SEGÚN EL PACIENTE:

Edad: 35 años.

Sexo: Masculino

Lateralidad: Derecha

Empresa actual: SUCROAL (ingreso 20/06/2005)

Cargo actual: Operario de planta (área de jarabe y cal)

Antigüedad en la empresa actual: 11 años

Antigüedad en el cargo actual: 11 años

Fecha del AT según el paciente: 27/07/2015

Descripción del evento según el paciente: "Rasgando un saco sentí un corrientazo en el brazo derecho"

Antecedentes de importancia:

Juntas: Niega.

Patológicos: Lo referido en Diagnósticos.

Traumáticos: Niega distintos al evento motivo de la presente calificación.

Quirúrgicos: Varicoselectomía y septo rinoplastia

Familiares: Niega

Conceptos médicos

Fecha: 27/07/2015

Especialidad: Concepto de Médico

Resumen:

Estaba montando un bulto a la estiba y al tirarlo sintió un corrientazo.

Fecha: 11/08/2015

Especialidad: Ecografía de hombro

Resumen:

Tendinosis del supraespinoso con ruptura parcial. Sinovitis del tendón largo del bíceps, bursitis subdeltoidea.

Fecha: 21/08/2015

Especialidad: RMN de hombro

Resumen:

Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1

Calificado: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dictamen: 16461039 - 1721

Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona crítica previa a su inserción

Fecha: 10/12/2015

Especialidad: Concepto de Fisiatría (último aportado)

Resumen:

Dolor crónico de hombro derecho con hallazgos clínicos e imagenológicos que sustentan como causa del dolor la etiología mecánica

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: No aplica

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 02/05/2016

Especialidad: MEDICINA DE TRABAJO

Examen físico:

Paciente Alerta, orientado en tres esferas, hidratado, colaborador. Ingresa al consultorio por sus propios medios sin ayudas externas

Miembro superior derecho:

Sin signos clínicos de atrofia en cintura escapular ni en el brazo (Circunferencia del brazo 32.5 cm bilateral medidos a 10 cm del borde superior de la tuberosidad mayor del humero), no se aprecian deformidades, no edema, eritema ni cianosis. Arcos de movimiento activos y pasivos incompletos por dolor, no se evidencia alodinia, hiperalgesia ni hiperpatía. No se palpan escalones óseos. Pulsos distales positivos, llenado capilar espontáneo.

Fuerza 3/5 en hombro, sensibilidad superficial y profunda conservadas, reflejos musculo tendinosos ++/++++ generalizado.

Pruebas especiales:

Hawkins-Kennedy positivo, Neer positivo, Yocum positivo, Jobe negativo.

Speed positivo, Yergason negativo.

O'Brien negativo.

Cozen negativo.

Tinel negativo, Phalen negativo, Durkan negativo.

Finckelstein negativo.

Miembro superior izquierdo: Dentro de límites normales.

Resto de examen físico NO APLICA.

Otros conceptos técnicos:

Deficiencias:

Dolor agudo de hombro derecho 0%

Análisis y conclusiones:

Concepto:

Se procede a calificar PCL según MUCI vigente. NOTA: Origen LABORAL previamente calificado por la ARL (no por la Junta), por lo cual se transcribe al presente dictamen según lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto 1352 de 2013).

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	Origen
R520	Dolor agudo	Dolor agudo de hombro derecho	Accidente de trabajo

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Dolor agudo de hombro derecho	14		NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
Valor combinado									0,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	0,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar

0,00%

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.

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

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

100

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

0,00%

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	0
Restricciones autosuficiencia económica	0
Restricciones en función de la edad cronológica	0
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	0,00%

67

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A 0,0 No hay dificultad, no dependencia.
D 0,3 Dificultad severa, dependencia severa.

B 0,1 Dificultad leve, no dependencia.
E 0,4 Dificultad completa, dependencia completa.

C 0,2 Dificultad moderada, dependencia moderada.

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	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	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0	0	0	0

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

0

Valor final título II

0.00%

**ESPACIO EN
RESERVA**



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	0,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	0,00%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	0,00%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 21/08/2015

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

RMN de hombro del 21/08/2015: Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona crítica previa a su inserción.

Nivel de pérdida: < 5%

Muerte: No aplica

Ayuda de terceros para AVC: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

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

David Andrés Álvarez Rincón

Médico ponente

Miembro Principal Sala 1

Hector Velásquez Rodas

Miembro Principal Sala 1

Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte

Miembro Principal Sala 1

**ESPACIO EN
BIANCO**

OFICIO No. 1 REC-16-693

Santiago de Cali, agosto 08 de 2016

Señor:

Julián Andrés Castro García

CC N° 16461039

Calle 59 N° 1 C-73

Barrio Torres de Comfandi Conjunto B

Bloque 4, Apto 304

Teléfono: 3422394 – 3154479093 - 3105972854

Cali – Valle

REF. RECURSO DE REPOSICION

Argumento:

Se está dando trámite al escrito mediante el cual el señor **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA** identificado con la cédula de ciudadanía **N° 16461039**, interpone Recurso de Reposición en subsidio de Apelación, contra la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, dada mediante Dictamen N° 16461039-1721 del 13 de mayo 2016 acta N° 27-2016, manifestando...” con el debido respeto, me remito ante la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** dentro de los términos legales establecidos, con el ánimo de interponer recurso de Reposición en subsidio de Apelación, contra la calificación de la perdida de mi capacidad laboral, emitida por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA** de fecha 13 de mayo de 2016, dictamen No. 16461039-1721 la cual me fue notificada en la misma fecha. Solicito muy comedidamente se sirva revocar dicha decisión o en su defecto, remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la calificación de la pérdida de capacidad laboral y **NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.**

HECHOS

Para el día 27 de julio de 2015, presente accidente laboral dentro las instalaciones de la empresa lesionándome gravemente mi hombro derecho; luego de largas incapacidades, terapias y tratamientos médicos, la ARL AXA COLPATRIA el día 19 de marzo de 2016, me realizo Evaluación de la Perdida de la Capacidad Laboral sin tener en cuenta y sin un pronunciamiento de fondo sobre los siguientes aspectos:

1. El dolor en mi hombro derecho aún persiste constantemente y se agudizan cuando realizo todo tipo de movimientos...

6. No fueron tenidos en cuenta los aspectos psíquico, psicológico y social del Ser humano.
7. La fecha de estructuración que arrojo la pérdida de capacidad laboral es decir 19 de marzo de 2016, no corresponde a la fecha del accidente laboral, pues este accidente ocurrió el día 27 de Julio de 2015.
8. Para el día 13 de mayo de 2016 la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA califica la perdida de mi capacidad laboral con un porcentaje del 0.00% sin tener en cuenta la calificación emitida por mi eps —SOS donde se evidencia una enfermedad de carácter laboral, tampoco se tuvo en cuenta el constante dolor que persiste en mi hombro, brazo y mano derecha, la pérdida de fuerza al sostener o manipular objetos y demás traumas que presento hasta el momento.
9. También reclamo por qué solo se me está calificando solo el accidente sin tener en cuenta los hallazgos y consecuencias que se obtienen a la fecha. Por lo tanto, no estoy de acuerdo con dicha calificación.

PRETENSIONES

Con base en los hechos anteriormente narrados, comedidamente solicito se sirva revocar dicha decisión o en su defecto, remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la calificación de pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION...”.

Consideraciones:

Se estudia nuevamente el expediente, los documentos que obran en él y los argumentos esbozados en el recurso.

Revisados los documentos que reposan en la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca y los argumentos manifestados con el Recurso, se concluye que no se encuentran méritos técnicos ni científicos suficientes para proceder a cambiar la calificación emitida por la Junta toda vez que los anexos allegados con el Recurso de Reposición NO conllevan a modificar la Pérdida de Capacidad laboral asignada, NO se adjuntan fundamentos de hecho distintos a los existentes en el expediente, razón por la cual se mantiene la Pérdida de Capacidad Laboral determinada mediante dictamen del 13/05/2016, pues el Accidente de Trabajo que sufrió el señor Julián Andrés Castro García el día 27 de julio de 2015 no dejó secuelas calificables.

Conceptos/Paraclínicos de importancia:

Concepto de Médico del 27/07/2015: Estaba montando un bulto a la estiba y al tirarlo sintió un corrientazo.

Ecografía de hombro del 11/08/2015: Tendinosis del supraespinoso con ruptura parcial. Sinovitis del tendón largo del bíceps, bursitis subdeltoidea.

Resonancia Magnética Nuclear de hombro del 21/08/2015: Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona crítica previa a su inserción.

Concepto de Fisiatría (último aportado) del 10/12/2015: Dolor crónico de hombro derecho con hallazgos clínicos e imagenológicos que sustentan como causa del dolor la etiología mecánica

Examen físico:

Paciente Alerta, orientado en tres esferas, hidratado, colaborador. Ingresa al consultorio por sus propios medios sin ayudas externas

Miembro superior derecho:

Sin signos clínicos de atrofia en cintura escapular ni en el brazo (Circunferencia del brazo 32.5 cm bilateral medidos a 10 cm del borde superior de la tuberosidad mayor del humero), no se aprecian deformidades, no edema, eritema ni cianosis. Arcos de movimiento activos y pasivos incompletos por dolor, no se evidencia alodinia, hiperalgesia ni hiperpatía. No se palpan escalones óseos. Pulsos distales positivos, llenado capilar espontáneo.

Fuerza 3/5 en hombro, sensibilidad superficial y profunda conservadas, reflejos musculotendinosos ++/++++ generalizado.

Pruebas especiales:

Hawkins-Kennedy positivo, Neer positivo, Yocum positivo, Jobe negativo.

Speed positivo, Yergason negativo.

O'Brien negativo.

Cozen negativo.

Tinel negativo, Phalen negativo, Durkan negativo.

Finckelstein negativo.

Miembro superior izquierdo: Dentro de límites normales.

Resto de examen físico NO APLICA.

Concepto:

Se procede a calificar Pérdida de Capacidad Laboral según Manual Único de Calificación de Invalidez vigente.

NOTA: Origen LABORAL previamente calificado por la ARL (no por la Junta), por lo cual se transcribe al presente dictamen según lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto 1352 de 2013).

Respecto a la fecha de estructuración, del Decreto 1507 de 2014, establece:

“...FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, del cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado éstos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de capacidad laboral u ocupacional.

Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaración de la pérdida de capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se puede apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando o cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral. (Negrilla por fuera del texto).

En el presente caso, la fecha de ocurrencia del Accidente de Trabajo no establece la fecha de estructuración de invalidez; esta se determina la última Resonancia Magnética Nuclear que es la que establece, de forma definitiva y permanente, la pérdida de capacidad laboral del señor **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**.

Se aclara que el caso fue remitido por la entidad Colpatria ARL para calificar únicamente las secuelas del Accidente de trabajo del día 27 de julio de 2015.

Por lo anterior, NO se MODIFICA el dictamen emitido el día 13 de mayo de 2016.

Fundamentos:

Fundamentos de hecho: Historia Clínica, Concepto de Médico del 27/07/2015, Ecografía de hombro del 11/08/2015, Resonancia Magnética Nuclear de hombro del 21/08/2015 y Concepto de Fisiatría (último aportado) del 10/12/2015.

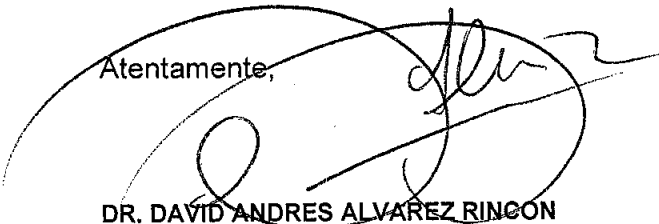
Fundamentos de Derecho: Ley 100, 1993, Decreto 2463 de 2001 ahora modificado por la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1352 del 2013 y Decreto 917/1999, ahora modificado por el Decreto 1507 de 2014.

En mérito de lo expuesto se Resuelve:

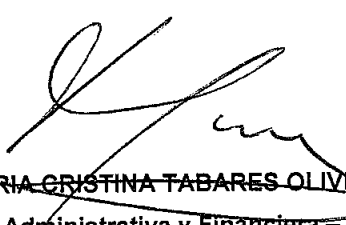
NO REPONER, Según audiencia celebrada por la Sala Uno de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca el día 08 de agosto de 2016.

En consecuencia, se envía a la Junta Nacional para el trámite correspondiente, inmediatamente la entidad responsable del pago de los honorarios de la Junta Nacional, remita a esta Junta Regional dicho comprobante, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.5.1.41 del Decreto 1072 del 2015 el cual recopilo el Decreto 1352 de 2013.

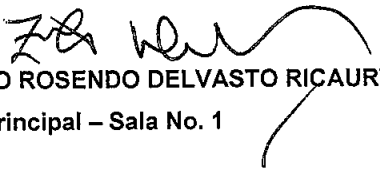
Atentamente,



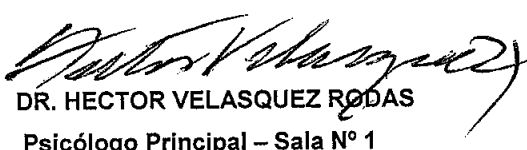
DR. DAVID ANDRES ALVAREZ RINCON
Médico Principal (Ponente) – Sala N° 1



DRA. MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Directora Administrativa y Financiera – Sala No. 1



DR. ZOILO ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Médico Principal – Sala No. 1



DR. HECTOR VELASQUEZ RODAS
Psicólogo Principal – Sala N° 1

COPIA:

COLPATRIA ARL – DRA. MARITZA MARCELA RAMIREZ NIETO – CALLE 22 N N° 5 BN-102 – TELEFONO:
4881919 – CALI VALLE

COLFONDOS FONDO DE PENSIONES – AVENIDA 6 A N° 23 N-41 BARRIO SANTA MONICA – TELEFONO:
6080092 EXT. 40021 -CALI VALLE

MAPFRE COLOMBIA – ANALISTA DE SEGURIDAD SOCIAL - CARRERA 80 N° 6-71 BARRIO CAPRI –
TELEFONO: 3180000 – CALI VALLE

SOS EPS – SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - DR. PABLO ANDRES GUERRERO TORO –AVENIDA DE
LAS AMERICAS N° 23 N-41 – CALI VALLE

Expediente – Consecutivo

Myriam, Ch.



Lic.Min.Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Minio 001191 de julio 13/2010
CIIU 4923 Transporte de Mercancia
CIIU 5320 Mensajería Expresa

M.E 02



74
GUIA CREDITO 024013194440

Somos Autorretenedores Resoluc:4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc:12506 Dic/2002

FECHA ADMISION 13/09/2016 15:07	ORIGEN: CALI	DESTINO CALI VALLE	REG.DESTINO CALI	CITA ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE
REMITENTE: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VA		CENTRO DE COSTO	UNIDADES 1	CAUSAL DE DEVOLUCION	
DIRECCION: CALLE 5E # 42 - 44 TEQUENDAMA			PESO (gramos) 1000	Desconocido No.31 Rehusado No.44 No Reside No.35 No Reclamado No.40 Dir. errada No.34 Otros (Nov Operativa/cerrado)	
TEL: 5531020	CEDULA / TI / NIT 805012111-1	COD. POSTAL ORIGEN 760042516	CUENTA: 02-001-0003481	Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas habiles despues de arribo en destino	
PARA JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CALLE 59 NRO 1 C-73 BARRIO TORRES DE CONMFANDI CONJUNTO B BLOQUE 4 APARTAMENTO 304			PESO VOL 1	INTENTO DE ENTREGA	
TEL 3422394		CEDULA / TI / NIT	COD. POSTAL 760002450	RECIBE LOS SABADOS: SI	
NOTAS RECURSO MIRIAM		VALOR DECLARADO 10000		Fecha de devolucion al remitente	
Nombre CC.Remitente		FLETE 0		Observaciones en la entrega:	
El remitente declara que esta mercancia no es contrabando, joyas, titulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es: DOCUMENTOS		COSTO MANEJO 0		Guia complementaria de devolucion	
		OTROS 0		Recibi a satisfaccion / Nombre, CC y Sello Destinatario	
		TOTAL FLETE 0		D: M: A: F: M:	
		CARTAPORTE:NO			

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la pagina web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitirse a nuestra pagina web o al PBX (1)4239666

- RECOLECCION -

FOPER01



Lic.Min.Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Minio 001191 de julio 13/2010
CIIU 4923 Transporte de Mercancia
CIIU 5320 Mensajería Expresa

M.E 02



GUIA CREDITO 024013194556

Somos Autorretenedores Resoluc:4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc:12506 Dic/2002

FECHA ADMISION 13/09/2016 15:18	ORIGEN: CALI	DESTINO CALI VALLE	REG.DESTINO CALI	CITA ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE
REMITENTE: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VA		CENTRO DE COSTO	UNIDADES 1	CAUSAL DE DEVOLUCION	
DIRECCION: CALLE 5E # 42 - 44 TEQUENDAMA			PESO (gramos) 1000	Desconocido No.31 Rehusado No.44 No Reside No.35 No Reclamado No.40 Dir. errada No.34 Otros (Nov Operativa/cerrado)	
TEL: 5531020	CEDULA / TI / NIT 805012111-1	COD. POSTAL ORIGEN 760042516	CUENTA: 02-001-0003481	Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas habiles despues de arribo en destino	
PARA COLPATRIA ARL DRA MARITZA RAMIREZ CALLE 22 N NRO 5 BN -102			PESO VOL 1	INTENTO DE ENTREGA	
TEL 4881919		CEDULA / TI / NIT	COD. POSTAL 760046500	RECIBE LOS SABADOS: SI	
NOTAS RECURSO JULIAN CASTRO MIRIAM		VALOR DECLARADO 10000		Fecha de devolucion al remitente	
Nombre CC.Remitente		FLETE 0		Observaciones en la entrega:	
El remitente declara que esta mercancia no es contrabando, joyas, titulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es: DOCUMENTOS		COSTO MANEJO 0		Guia complementaria de devolucion	
		OTROS 0		Recibi a satisfaccion / Nombre, CC y Sello Destinatario	
		TOTAL FLETE 0		D: M: A: F: M:	
		CARTAPORTE:NO			

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la pagina web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitirse a nuestra pagina web o al PBX (1)4239666

- RECOLECCION -

FOPER01



Lic.Min.Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Minio 001191 de julio 13/2010
CIIU 4923 Transporte de Mercancia
CIIU 5320 Mensajería Expresa

M.E 02



GUIA CREDITO 024013194562

Somos Autorretenedores Resoluc:4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc:12506 Dic/2002

FECHA ADMISION 3/09/2016 15:19	ORIGEN: CALI	DESTINO CALI VALLE	REG.DESTINO CALI	CITA ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE
REMITENTE: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VA		CENTRO DE COSTO	UNIDADES 1	CAUSAL DE DEVOLUCION	
DIRECCION: CALLE 5E # 42 - 44 TEQUENDAMA			PESO (gramos) 1000	Desconocido No.31 Rehusado No.44 No Reside No.35 No Reclamado No.40 Dir. errada No.34 Otros (Nov Operativa/cerrado)	
TEL: 5531020	CEDULA / TI / NIT 805012111-1	COD. POSTAL ORIGEN 760042516	CUENTA: 02-001-0003481	Para ME y RF: Tiempo de entrega 48 horas habiles despues de arribo en destino	
PARA COLFONDOS FONDO DE PENSIONES AVENIDA 6A NRO 23 N-41 BARRIO SANTA MONICA			PESO VOL 1	INTENTO DE ENTREGA	
TEL 6080092		CEDULA / TI / NIT	COD. POSTAL 760046392	RECIBE LOS SABADOS: SI	
NOTAS RECURSO JULIAN CASTRO MIRIAM		VALOR DECLARADO 10000		Fecha de devolucion al remitente	
Nombre CC.Remitente		FLETE 0		Observaciones en la entrega:	
El remitente declara que esta mercancia no es contrabando, joyas, titulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es: DOCUMENTOS		COSTO MANEJO 0		Guia complementaria de devolucion	
		OTROS 0		Recibi a satisfaccion / Nombre, CC y Sello Destinatario	
		TOTAL FLETE 0		D: M: A: F: M:	
		CARTAPORTE:NO			

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la pagina web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitirse a nuestra pagina web o al PBX (1)4239666

- RECOLECCION -

FOPER01

25



Lic.Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Minic 001191 de julio 13/2010
CIU 4923 Transporte de Mercancia
CIU 5320 Mensajería Expresa

M.E 02



GUIA CREDITO 024013194580

Somos Autorretenedores Resoluc:4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc:12506 Dic/2002

COLVANES SAS, NIT 800.185.306-4
Principal: Calle 13 # 84 - 60 Bogotá D.C.
Atención al usuario PBX (1)4239666
www.enviacolvanes.com.co

FEC AD 13/09/2016		ORIGEN: CALI	DESTINO CALI VALLE	REG.DESTINO CALI	CITA ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE												
REMITENTE: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VA			CENTRO DE COSTO	CAUSAL DE DEVOLUCION		Para ME y RF: tiempo de entrega 48 horas hábiles después de destino												
DIRECCION: CALLE 5E # 42 - 44 TEQUENDAMA			UNIDADES 1	Desconocido No.31		<table border="1"> <tr> <th colspan="4">INTENTO DE ENTREGA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>D:</td> <td>M:</td> <td>A:</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>D:</td> <td>M:</td> <td>A:</td> </tr> </table>	INTENTO DE ENTREGA				1	D:	M:	A:	2	D:	M:	A:
INTENTO DE ENTREGA																		
1	D:	M:	A:															
2	D:	M:	A:															
TEL: 5531020			PESO (gramos) 1000	Rehusado No.44														
CEDULA 7 TIT/NIT 805012111-1			PESO VOL 1	No Reside No.35														
COD. POSTAL ORIGEN 760042516			CUENTA: 02-001-0003481	No Reclamado No.40														
PARA MAPFRE COLOMBIA CARRERA 80 NRO 6-71 BARRIO CAPRI			PESO A COBRAR(Kg) 1	Dir. errada No.34														
TEL 3180000			VALOR DECLARADO 10000	Fecha de devolución al remitente		Guía complementaria de devolución												
NOTAS RECURSO JULIAN CASTRO MIRIAM			FLETE 0	Observaciones en la entrega:		Recibi a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinatario												
Nombre CC.Remitente			COSTO MANEJO 0															
El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es: DOCUMENTOS			OTROS 0															
			TOTAL FLETE 0															
			CARTAPORTE:NO															

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitirse a nuestra página web o al PBX (1)4239666

- RECOLECCION -

FOPER01



Lic.Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Minic 001191 de julio 13/2010
CIU 4923 Transporte de Mercancia
CIU 5320 Mensajería Expresa

M.E 02



GUIA CREDITO 024013194587

Somos Autorretenedores Resoluc:4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc:12506 Dic/2002

COLVANES SAS, NIT 800.185.306-4
Principal: Calle 13 # 84 - 60 Bogotá D.C.
Atención al usuario PBX (1)4239666
www.enviacolvanes.com.co

FEC ADMISION 13/09/2016 15:21		ORIGEN: CALI	DESTINO CALI VALLE	REG.DESTINO CALI	CITA ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE												
REMITENTE: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VA			CENTRO DE COSTO	CAUSAL DE DEVOLUCION		Para ME y RF: tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo en destino												
DIRECCION: CALLE 5E # 42 - 44 TEQUENDAMA			UNIDADES 1	Desconocido No.31		<table border="1"> <tr> <th colspan="4">INTENTO DE ENTREGA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>D:</td> <td>M:</td> <td>A:</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>D:</td> <td>M:</td> <td>A:</td> </tr> </table>	INTENTO DE ENTREGA				1	D:	M:	A:	2	D:	M:	A:
INTENTO DE ENTREGA																		
1	D:	M:	A:															
2	D:	M:	A:															
TEL: 5531020			PESO (gramos) 1000	Rehusado No.44														
CEDULA 7 TIT/NIT 805012111-1			PESO VOL 1	No Reside No.35														
COD. POSTAL ORIGEN 760042516			CUENTA: 02-001-0003481	No Reclamado No.40														
PARA EPS SOS DR PABLO GUERRERO AVENIDA DE LAS AMERICAS NRO 23 N -55			PESO A COBRAR(Kg) 1	Dir. errada No.34														
TEL 0000000			VALOR DECLARADO 10000	Fecha de devolución al remitente		Guía complementaria de devolución												
NOTAS RECURSO JULIAN CASTRO MIRIAM			FLETE 0	Observaciones en la entrega:		Recibi a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinatario												
Nombre CC.Remitente			COSTO MANEJO 0															
El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es: DOCUMENTOS			OTROS 0															
			TOTAL FLETE 0															
			CARTAPORTE:NO															

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitirse a nuestra página web o al PBX (1)4239666

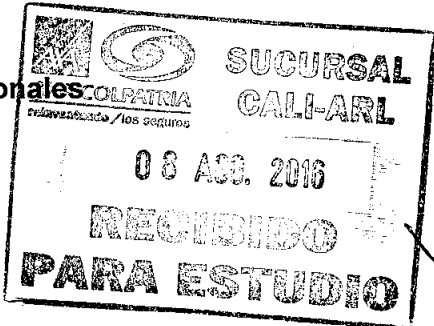
- RECOLECCION -

FOPER01

Santiago de Cali,05 de Agosto de 2016.

OFICIO N°. SD-16-478

Señores
Colpatría Administradora de Riesgos Profesionales
Comisión Medicina Laboral
Calle 22 N N° 5BN-102
Teléfono: 488 1919
Cali – Valle



REFERENCIA: SOLICITUD COPIA DE CONSIGNACION HONORARIOS JUNTA NACIONAL

A través del presente escrito le informamos que los siguientes pacientes y o EPS presentaron recurso de reposición y apelación. Favor aportar a esta Junta en el término de cinco días la constancia de pago de los honorarios a la Junta Nacional para el envío del expediente:

NOMBRE	CEDULA	NUMERO DE DICTAMEN
ROBINSON GONZALEZ ARCE	6427611	6427611-1607 DEL 13/05/2016
ADRIAN ARCANGEL ARIAS ALZATE	75060191	75060191-1724 DEL 13/05/2016
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	16461039-1721 DEL 13/05/2016

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.5.1.41 del Decreto 1072 del 2015 el cual recopilo el decreto 1352 del 2013. Los honorarios deberán ser consignados a nombre de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez Cuenta de ahorros N°.00990014569-0 del Banco Davivienda.

Atentamente,



MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS

Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera Sala Uno (1)

COPIA: EXPEDIENTE
CONSECUTIVO

Sandra T.



Santiago de Cali, 26 de Agosto de 2016

Doctores:

Junta Regional de Calificación de Invalidez

Del Valle del Cauca.

Atn. Nohemi Henao

Calle 5-E No. 42 - 44 Barrio Tequendama. Teléfono 5531020

Santiago de Cali

Cordial saludo,

Envío adjunto hojas técnicas de los pagos realizados para los expedientes de los usuarios relacionados a continuación:

CEDULA	NOMBRE	BENEFICIARIO
16986892	ALVARO RAMIREZ SANTACRUZ	JUNTA NACIONAL
66848891	ESPERANZA MONTAÑO SOLIS	JUNTA NACIONAL
16787384	LUIS ANGEL MUÑOZ ANDRADE	JUNTA NACIONAL
1059907189	LUIS ALFREDO BERMUDEZ	JUNTA NACIONAL
16510959	BEDER VIERA	JUNTA NACIONAL
16455533	OMAR MUÑOZ ASTUDILLO	JUNTA NACIONAL
13055275	JESUS ANTONIO CALDERON	JUNTA NACIONAL
6549134	LUIS ALBERTO FERNANDEZ	JUNTA NACIONAL
14876690	JESUS ANTONIO TENORIO	JUNTA NACIONAL
6386825	JOSE LIBARDO SANCLEMENTE	JUNTA NACIONAL
75060191	ADRIAN ARCACANGEL ARIAS	JUNTA NACIONAL
16461039	JULIAN ANDRES CASTRO	JUNTA NACIONAL
14606102	LARRY CAICEDO OLAYA	JUNTA NACIONAL
76293455	PEEDRO ANTONIO QUINAYAS	JUNTA NACIONAL

ya llegó
Apt. Abril 29/16
Apt. Abril 29/16

ya llegó 8-10-16
Rec 4 693

Adicionalmente confirmo que los honorarios a Junta Nacional para el usuario Adriana Murillo Ballesteros deben ser cancelados por la ARL en la que actualmente se encuentra vinculada ya que en nuestra entidad se encontró activa hasta el 31 de Diciembre de 2015

Atentamente,

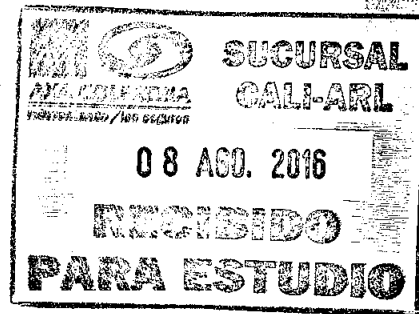
JESSICA VERNAZA RESTREPO
DIRECTORA OPEATIVA
REGIONAL ARL
MAVALENCIA



Santiago de Cali, 05 de Agosto de 2016.

OFICIO N°. SD-16-478

Señores
Colpatría Administradora de Riesgos Profesionales
Comisión Medicina Laboral
Calle 22 N N° 5BN-102
Teléfono: 488 1919
Cali – Valle



REFERENCIA: SOLICITUD COPIA DE CONSIGNACION HONORARIOS JUNTA NACIONAL

A través del presente escrito le informamos que los siguientes pacientes y o EPS presentaron recurso de reposición y apelación. Favor aportar a esta Junta en el término de cinco días la constancia de pago de los honorarios a la Junta Nacional para el envío del expediente:

NOMBRE	CEDULA	NUMERO DE DICTAMEN
ROBINSON GONZALEZ ARCE	6427611	6427611-1607 DEL 13/05/2016
ADRIAN ARCANGEL ARIAS ALZATE	75060191	75060191-1724 DEL 13/05/2016
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	16461039-1721 DEL 13/05/2016

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el **artículo 2.2.5.1.41 del Decreto 1072 del 2015 el cual recopilo el decreto 1352 del 2013**. Los honorarios deberán ser consignados a nombre de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez Cuenta de ahorros **N°.00990014569-0 del Banco Davivienda**.

Atentamente,



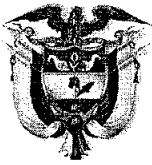
MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS

Representante Legal – Directora Administrativa y Financiera Sala Uno (1)

COPIA: **EXPEDIENTE**
CONSECUTIVO

Sandra T.

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.
Calle 5E No. 42 - 44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca). PBX: 5531020.
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda



República De Colombia
Junta Nacional De Calificación De Invalidez

Bogotá, 11 de noviembre de 2016

Señor(a):

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CALLE 59 No. 1 C - 73 CONJ. B TORRE 4 APTO 304 B/ TORRES DE COMFANDI
3154479093 / 3105972854 / 3422394 / 3710896
CALI - VALLE

Rad 16461039

Asunto: Citación Valoración Médica:

Cordial Saludo:

Para dar trámite al recurso de apelación que se encuentra en curso en la Junta Nacional, comedidamente me permito citarlo (a) para el día **Lunes 28 de Noviembre de 2016** a las **9:00:00 AM** con Medicina Laboral y a las **11:45:00 AM** con la Fisioterapeuta en la Diagonal 36 Bis No. 20 – 74 Esquina Park Way, en la ciudad de Bogotá, a fin de practicársele la valoración médica correspondiente.

Le informo que de conformidad con lo establecido en el artículo 34 del Decreto 1352 de 2013, los gastos de traslado estarán a cargo de las siguientes entidades, según sea el caso:

1. De la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) si la calificación de primera oportunidad califico origen laboral (accidente de trabajo o enfermedad profesional)
2. De la Administradora del Sistema General de Pensiones (AFP) si la calificación de primera oportunidad califico origen común.
3. Del paciente, si el trámite se está adelantando de forma particular y/o se solicite revisión pensional por haber sido suspendida.
4. Del empleador, en los casos de los no afiliados al Sistema de Seguridad Social y que hubieran remitidos a través de los inspectores de trabajo.

El día de la valoración será valorado/a por el Medico Laboral y Fisioterapeuta de la sala 4 por lo cual debe disponer con el tiempo suficiente. Para asistir a la valoración, debe traer fotocopia simple del documento de identidad, copia de exámenes médicos e historia clínica que considere pertinente. Datos precisos del empleador y certificación de las entidades donde se encuentra afiliado en la actualidad o estuvo afiliado, esto es, Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) y Entidad Promotora de Salud (EPS), Compañía de Seguros.

En el evento de no asistir a su cita de valoración por favor informar con anterioridad a sala4@juntanacional.com

Cordialmente


CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO

Diagonal 36 Bis No. 20 – 74 Teléfono: PBX 7440737
Nit: 830.026.324-5
sala4@juntanacional.com

Elaborado: Marlen O.

4.



FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1981

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

15-FEB-1999 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-3100150-00794795-M-0016481039-20160226

0048685913A 1

2863791334

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.461.039

CASTRO GARCIA

APELLIDOS

JULIAN ANDRES

NOMBRES

FIRMA



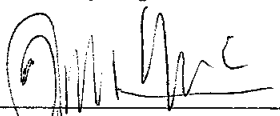


Junta Nacional De Calificación De Invalidez
República De Colombia

Valoracion Medica Sala N° 4

D A T O S	Fecha :	28 de noviembre de 2016
	Regional	VALLE DEL CAUCA
	Entidad	COLPATRIA
	Médico Ponente:	Dra. Adriana del Pilar Enriquez Castillo
	Fisioterapeuta:	Dra. Gloria Maldonado Ramirez
P E R S O N A L E S	Tipo Documento Identificación	CC
	Nro Documento Identificación	16.461.039
	Nombres	JULIAN ANDRES
	Apellidos	CASTRO GARCIA
	Fecha De Nacimiento	08/02/1981
	Edad	35 AÑOS
	Nivel Educativo	BACHILLER
	Estado Civil	CASADO
	Hijos	2
	Direccion	CALLE 59 No. 1 C - 73 CONJ. B - TORRE 4 APTO 304 BARRIO TORRES DE COMFANDI
	Ciudad	CALI - VALLE
	Teléfono	3154479093 / 3105972854 / 3422394 / 3710896
E M P L E A D O R	Nombre de la Empresa	SERVI ESPECIALES
	Dirección	CALLE 23 A NORTE N° 4N - 11
	Ciudad	CALI - VALLE
	Teléfono	6448400
	Representante Legal	RECURSOS HUMANOS
	cargo	OPERARIO DE PLANTA
	Tiempo	3 AÑOS
	Tiempo Profesion	11 AÑOS
	Actualmente Activo(a)	SI CON OTRA EMPRESA
E N T I D A D E S	Afiliaciones	
	EPS	S.O.S
	ARL	COLPATRIA
	AFP	COLFONDOS
	Compañía de Seguros	MAPFRE

Los datos aquí registrados son suministrados por el Usuario quien en constancia firma


Firma Del Paciente
C.C 16461039



**CONSTANCIA DE ASISTENCIA
VALORACIÓN MÉDICA SALA N° 4
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**

Se presentó el (la) Señor (a): **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA** Identificado con cedula de ciudadanía N° **16.461.039** fue atendido (a) el día: **28 de noviembre de 2016**, por la Sala Cuarta de decisión de la Junta Nacional de Calificación De Invalidez, en la Diagonal 36 bis N° 20 - 74, en la Ciudad de Bogotá D.C.

La Sala Cuatro de la Junta Nacional informa al paciente que para resolver el recurso de apelación presentado en su caso, en próximos días se realizará la Audiencia privada señalada en el Art. 39 del Decreto 1352 del 26 de junio de 2013, que estableció: "Las Juntas de Calificación de Invalidez adoptaran sus decisiones en audiencia privada, donde asistirán de manera presencial todos los integrantes principales de la respectiva Sala, sin participación de las partes interesadas, entidades de Seguridad Social o Apoderados, la decisión se tomará con el voto favorable de la mayoría de ellos, y votarán todos los integrantes de la Junta".

Posterior a la celebración de la audiencia privada, la Junta Nacional le remitirá el dictamen por medio de correo certificado a la dirección que ha sido aportada por el calificado y las partes interesadas estipuladas por el artículo segundo del decreto 1352 de 2013 donde dice: "...Para efectos del presente decreto se entenderá como personas interesadas en el dictamen y de obligatoria notificación o comunicación como mínimo las siguientes:

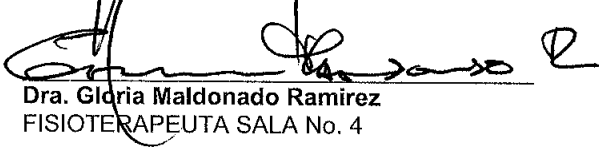
1. La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.
2. La entidad promotora de Salud.
3. La Administradora de riesgos Laborales.
4. La Administradora de Fondo de pensiones o Administradora de régimen de prima media.
5. El empleador
6. La Compañía de Seguros que asume el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte..."

La comunicación a las partes interesadas, se realizará de acuerdo a la información suministrada por el paciente.

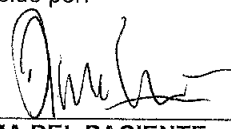
Esta constancia se expide el día 28 de noviembre de 2016.

Cordialmente,


Dra. Adriana Del Píñal Enriquez Castillo
MEDICO PRINCIPAL SALA No. 4


Dra. Gloria Maldonado Ramirez
FISIOTERAPEUTA SALA No. 4

Recibido por:


FIRMA DEL PACIENTE

Cédula:

16 461 039

Ronald Alejandro Montaña Lopez

De: andres castro <andres2377@hotmail.com>
Enviado el: lunes, 23 de enero de 2017 06:52 a.m.
Para: Ronald Alejandro Montaña Lopez
Asunto: Re: Información pendiente acerca de mi calificación

- dando cumplimiento con lo que me pidieron de hacer seguimiento sobre mi proceso de recuperacion les informo que las terapias que me enviaron por parte de el medico que me opero ya se terminaron estoy a la espera de una cita de control con el medico puesto que mi problema todavia persiste como el primer dia despues de mi accidente el 27 de julio del 2015.
- aun sigue el dolor cronico en el hombro,el adormecimiento de mi brazo y la hinchazon en la mano sintomas que me dificultan mi funcionamiento habitual de mi brazo a diario.
- Quisiera que por favor tuvieran en cuenta realizarme nuevamente dicha calificacion puesto que ni la eps ni la arl dan respuesta oportuna a mi problema y siento que mi brazo derecho cada dia pierde mas movilidad.
-

De: andres castro <andres2377@hotmail.com>
Enviado: domingo, 4 de diciembre de 2016 12:16:37 a. m.
Para: Ronald Alejandro Montaña Lopez
Asunto: Re: Información pendiente acerca de mi calificación

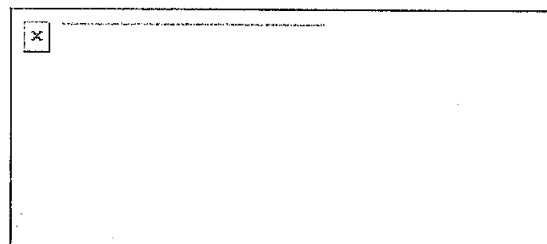
ok agradezco su atencion y estare informando la evolucion de mi recuperacion

De: Ronald Alejandro Montaña Lopez <ronald.montano@juntanacional.com>
Enviado: jueves, 1 de diciembre de 2016 04:40:43 p. m.
Para: andres2377@hotmail.com
Asunto: RE: Información pendiente acerca de mi calificación

Buenos Días

Sr. Julián le confirmo su caso se encuentra aplazado por la cirugía reciente que le realizaron , entonces quedamos atentos a que nos informe por este medio cuando inicie y termine su tratamiento para poder definir sus secuelas .

Saludos



Ronald Alejandro Montaña Lopez
Auxiliar Administrativo
ronald.montano@juntanacional.com
Tel. (+571) 744 0737 Ext. 114
Av Park Way - Diag. 36 Bis # 20 - 74
Barrio La Soledad
Bogotá D.C. – Colombia
www.juntanacional.com

La información contenida en este correo es de carácter confidencial para el uso exclusivo del destinatario. Se prohíbe a cualquier persona o entidad distinta al receptor, cualquier revisión, retransmisión, distribución u otro uso, salvo autorización previa y por escrito de la parte emisora. Si recibió este mensaje por equivocación, atentamente le solicitamos eliminar el correo y reportarlo a tecnologia@juntanacional.com.

De: Andres castro [<mailto:andres2377@hotmail.com>]

Enviado el: miércoles, 30 de noviembre de 2016 01:29 p.m.

Para: Sala4

Asunto: Información pendiente acerca de mi calificación

Mi nombre es Julián Andrés Castro García identificado con cédula 16461039 expedida en yumbó valle. me presenté el día 28 de noviembre del 2016 ante la Junta Nacional de calificación de invalidez para ser calificado por ustedes pero por motivos de una cirugía q me hicieron el día miércoles 23 de novienoviembre del 2016 no fue posible q me hicieran dicha calificación.

Quisiera que por favor me informen si está calificación queda aplazada o como se va a proceder en mi caso.

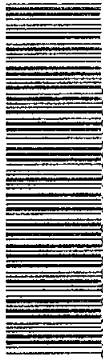
Quedo pendiente a una respuesta por parte de ustedes .

Gracias

Lic.Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic.Minic 001191 de julio 13/2010
CIU 4923 Transporte de Mercancia
CIU 5320 Mensajería Expresa

COLVANES SAS. NIT 800.185.306-4
Principal: Calle 13 # 84 - 60 Bogota D.C.
Atencion al usuario PBX (1)4239666
www.enviacolvanes.com.co

Somos Autorretenedores Resoluc:4327 Jul/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc:12505 Dic/2002



GUÍA CREDITO 014982715535

[illegible]

FOPEFOI

-DESTINATARIO-



Lic. Mta. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic. Mta. Transporte 0011 91 de julio 13/2010
Lic. Mta. Transporte de Mercaderías
CNU 5320 Mensajera Expres

M.E 14



GUÍA CREDITO 014982715534

SOLVARES SAS, NIT 400.185.306-4
Principal Calle 13 # 84 - 50 Bogotá D.C.
Atención al usuario PBX (1) 4239665
www.servicioclientes.com.co

Somos Autorizados por Resolución 4327 Julio 97 - Somos Grandes Comilayentes Resolución 12506 Diciembre 2002

REC ADMISION		ORIGEN:		DESTINO		VALLE DUPAR	
25/01/2017 16:24		BOGOTA		CESAR			
REMITENTE JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE				CENTRO DE COSTO			
INVALID-JNCI 001				JNCI 001			
DIRECCION: DIAGONAL 36 BIS # 20-74							
TEL: 2440737		CEDULA/TI/NT		COD. POSTAL ORIGEN		CUENTA- 01-001-0007010	
		830026324-5		111311418			
PARA JUNTA REG DE CALIF DEL CESAR/DC MARIANO AMARIS CON							
CALLE 13 A 14 93 BARRIO OBRERO							
TEL 5846423		CEDULA/TI/NT		COD. POSTAL		RECIBIDOS	
				200001493		SABADOS: SI	
NOMBRE:							
Nombre CC Remitente				El remitente declara que esta mercancía no es contabando, joyas, ltrulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es:			
				DOCUMENTOS			
				CARTAPORTEO			
				UNIDADES			
				1			
				PESO (gramos)			
				1000			
				PESO VOL			
				1			
				PESO A COBRAR(Kg)			
				1			
				VALOR DECLARADO			
				10000			
				FLETE			
				0			
				COSTO MANEJO			
				0			
				OTROS			
				0			
				TOTAL FLETE			
				0			
				CAUSAL DE DEVOLUCION			
				REG DESTINO			
				BOSCONIA			
				CITA ENTREGA			
				COBRA CARGUE /			
				DESCARGUE			
				Para M.E y N.E. Tiempo de entrega 48 horas habiles despues de arbo en destino			
				INTENTO DE ENTREGA			
				1			
				D. M. A. F. M.			
				2			
				D. M. A. F. M.			
				Guía complementaria de devolución			
				Recibí a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinario			
				Observaciones en la entrega:			

- DESTINATARIO -

FOPEX01

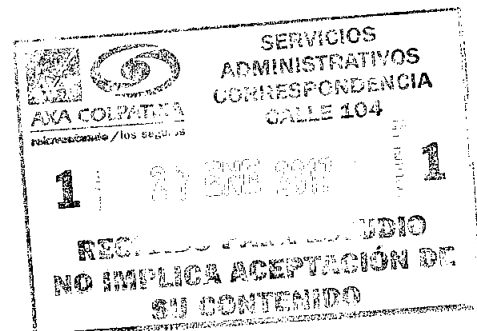


Junta Nacional De Calificación De Invalidez
República De Colombia

Bogotá D.C., 25 de enero de 2017

SEÑORES
COLPATRIA ARL
ATT: DR. LUIS FERNANDO DELGADO
MEDICO LABORAL
AVENIDA 15 N° 104 – 33 PISO 6
BOGOTA D.C

JUNTA NAL CALIFICACION INVALID
Al contestar Cite el siguiente radicado
* 0 2 0 0 0 7 1 2 5 1 *
25/01/2017 04:04:58 PM
ASUNTO: SOLICITUDES
Folios: 1 - Anexos: 0



REF: SOLICITUD

Cordial Saludo:

De acuerdo a la conclusión de la valoración del día, 28 de noviembre del 2016, con el objeto de emitir dictamen del señor (a) **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**, identificado (a) con CC. **16.461.039** se hace necesario hacer llegar a esta junta:

PACIENTE CON CIRUGÍA RECIENTE DEL HOMBRO DERECHO AL MOMENTO DE SER VALORADO POR LA SALA 4, POR LO CUAL SE RESUELVE APLAZAR LA DECISION Y ESPERAR QUE FINALICE SU TRATAMIENTO Y SE ESTABLEZCAN LAS SECUELAS DEFINITIVAS. FAVOR ENVIAR CONCEPTO DE ORTOPEDIA, ASÍ COMO CERTIFICADO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL AL FINALIZAR SU TRATAMIENTO PARA PODER CALIFICAR SU PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.

Esta valoración deberá ser remitida a esta Junta Nacional, en términos establecidos en el artículo 18 del Decreto 1352 de 2013, de lo contrario la Junta procederá a decidir con base en la historia clínica.

Copia al paciente

Julián Andres Castro García

Calle 59 N°1C-73 Conj, B Torre 4 apto 304 Barrio Torres de Comfandi

Cali – Valle

Tel: 3154479093-3105972854

ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO
MÉDICO PRINCIPAL
SALA NO.4

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
Diag. 36 Bis N° 20 - 74 Esquina Parkway La Soledad
Sala4@Juntanacional.com
PBX: 7440737 Ext 241 al 246
NIT: 830026324-5

Esperanza



RIBOC SAS
RESONANCIA
DE OCCIDENTE
TEL: 005 200 7373



NOMBRE JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
IDP 12115516461039
ENTIDAD CLINICA DE OCCIDENTE AMBULACION
NO 121195
FECHA 26-03-2017

RESONANCIA MAGNETICA DE HOMBRO DERECHO SIMPLE

En magneto superconductor de 1.5 teslas se practicaron secuencias coronales DP sin y con saturación grasa, cortes DP con saturación grasa y FSE T2 sagital DP con saturación grasa. **HALLAZGOS**

ESTRUCTURAS OSEAS: intensidad normal, no se observan lesiones expansivas.

TENDON DEL SUPRAESPINOZO: rotura hacia la inserción humeral en el contorno anterior, compromiso aproximadamente un 40%, tumefacción e hipointensidad de señal en fibras del tendón contiguo.

TENDON DEL INFEROESPINOZO: tumefacción, hiperintensidad de señal, sin evidencia de ruptura.

TENDON DEL SUPRASEAPULAR: Normal, sin evidencia de ruptura.

TENDON DEL SUBSCAPULAR: Normal, normal flujo en la vaina tendinosa.

ARTICULACIÓN ACROMIO Y SUBDELTOIDEA: Normal, sin evidencia de ruptura.

ARTICULACIÓN GLENO HUMERAL: Normal, no se ve rotura articular.

LABRUM ARTICULAR: Normal, sin evidencia de ruptura.

ACROMION: Normal.

ARTICULACIÓN ACROMIO CLAVICULAR: Normal.

ESTRUCTURAS MUSCULARES: Normales.

CONCLUSIÓN:

Rotura de espesor parcial en la fibras del tendón del supraespinoso, compromiso aproximadamente 40%.
Tumefacción.

Atentamente,

Dr. L. Juan SANCHEZ

Med. Radiol. 121195

121195

CLINICA DE OCCIDENTE, S.A.S.

CLINICA DE OCCIDENTE, S.A.S.

Documento: 16461039 Edad: 34 Años, 6 Meses, 17 Días Fecha Nac.: domingo, 08 de febrero de 1981
 Nombre: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA Factura Nro.: 255719 Fecha Lectura: viernes, 21 de agosto de 2015
 Entidad: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. Médico: OTROS
 Estudio: RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (CODO, HOMBRO)
 Dir.: CCL 59 # 11 C-73 B/ TORRES DE COMFANDI Clas. BI-RADS: NA Fecha Atención: Jueves, 20 de agosto de 2015

TECNICA: En Equipo de Resonancia Magnética de 1.5T, de alto campo magnético se practicó Resonancia Magnética del Hombro con secuencias que incluyen: coronal oblicuo SE T1; coronal oblicuo SE T2; coronal oblicuo STIR; coronal oblicuo DP; axial STIR; sagital SE T1. El estudio se analiza en la Estación de trabajo.

COMENTARIO:

Acromion tipo I.

Articulación acromio-clavicular sin alteraciones.

Tendón del supra-espinoso se encuentra engrosado, heterogéneo con foco de ruptura parcial intra-sustancial a nivel de la transición molendinaria, existe otro foco a nivel de la zona crítica del tendón previo a su inserción. El tendón del subescapular presenta foco hiperintenso en T2 y DP a nivel de la fase articular afectando aproximadamente el 10% del calibre de sus fibras. El tendón del infra espinoso presenta discreto aumento de señal, sin embargo no se observan focos de ruptura.

Tendón de la cabeza larga del bíceps conservado, presentando líquido en su vaina sinovial.

Espacio gleno-humeral sin alteraciones.

Estructura ósea íntegra.

Labrum aparentemente íntegro.

Agrupamientos musculares con grosor y características de señal normales.

Derrame articular gleno humeral asociado a bursitis subacromio deltoidea.

CONCLUSION:

- RUPTURA PARCIAL INTRA-SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOSO Y SUBESCAPULAR.
- TENDINOPATIA DEL INFRA-ESPINOSO.
- TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL.
- DERRAME ARTICULAR GLENO HUMERAL.

La información diagnóstica es una herramienta que no es suficiente, debiéndose compararla con otros estudios de imagen y de laboratorio, además de tener en cuenta los datos clínicos, antecedentes y hábitos del paciente. El médico debe tener en cuenta la información clínica y de laboratorio para emitir su diagnóstico.

Atentamente,

ALFREDO ALTUZARRA

MEDICO RADIOLOGO

Registro Firmado Electrónicamente

Página

1 de 1

2015/08/20

Have ever tried = T 30 us
before

De: Marlen Osorio Molina

Enviado el: jueves, 13 de julio de 2017 04:31 p.m.

Para: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ (sandra.gonzalez@axacolpatria.co)
<sandra.gonzalez@axacolpatria.co>

CC: 'Adriana Enriquez' <adrienriquez72@yahoo.com>; Gloria Maria Maldonado Ramirez
<gloria.maldonado@juntanacional.com>; Ronald Alejandro Montaña Lopez
<ronald.montano@juntanacional.com>; Claudia Rincon Arce
<claudia.rincon@juntanacional.com>; Francy Elena Vargas Tovar
<francy.vargas@juntanacional.com>; 'andres2377@hotmail.com' <andres2377@hotmail.com>

Asunto: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Buenas tardes:

Cordialmente solicitamos remitir a la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ SALA 4. **CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADIO DE REHABILITACION**, del Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461.039, el cual está aplazado desde la Valoración realizada en la JNCI desde el 28-11-2016.

Para continuar con el proceso de calificación, eesta información deberá ser remitida a la Junta Nacional de Califican de Invalidez en un plazo de quince (15) días siguientes a la solicitud, términos establecidos en el Decreto de 1352 de 2013.

Cordialmente

MARLEN OSORIO MOLINA

Marlen.osorio@juntanacional.com

Auxiliar Administrativa Sala 4

Junta Nacional de Calificación de Invalidez



Libertad y Orden

JUNTA NACIONAL CALIFICACION INVALID
Al contestar Cite el siguiente radicado



* 0 2 0 0 8 3 0 1 4 *

03/08/2017 08:55:58 AM

ASUNTO: SOLICITUDES

Folios: 1 - Anexos: 0

Junta Nacional de Calificación de Invalidez
República de Colombia

Bogotá D.C., agosto 2 de 2017

Señores

POSITIVA SEGUROS S.A

Dr. JUAN JOSE DOMINGUEZ LONDOÑO

DIRECTOR MEDICINA LABORAL

AUTOPISTA NORTE NO. 94 - 72 PISO 4º

TELEFONO: 6502200

BOGOTÁ.



REF: SOLICITUD CONCEPTO ORTOPEDIA

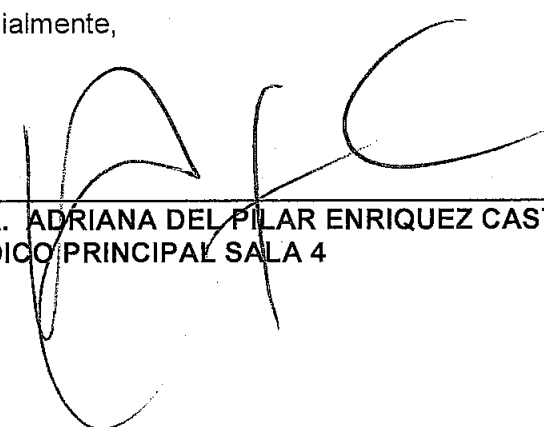
Respetados Señores:

Con el objeto de emitir dictamen del Señor **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No.16.461.039, se hace necesario tramitar los siguientes exámenes:

- **CONCEPTO DE ORTOPEDIA.**
- **CERTIFICADO DE REHABILITACION**

Esta valoración deberá ser remitida a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez en un plazo de quince (15) días siguientes a la solicitud, términos establecidos en el artículo 18 de Decreto 1352 de 2013.

Cordialmente,


DRA. ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO
MEDICO PRINCIPAL SALA 4

Marlen

Val.
28-11-2016

De: Marlen Osorio Molina

Enviado el: jueves, 03 de agosto de 2017 07:45 a.m.

Para: 'martha.guzman@positiva.gov.co' <martha.guzman@positiva.gov.co>; 'Mayra Alejandra Pacheco Corredor' <mayra.pacheco@positiva.gov.co>

CC: Ronald Alejandro Montaña Lopez <ronald.montano@juntanacional.com>; Claudia Rincon Arce <claudia.rincon@juntanacional.com>

Asunto: SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Importancia: Alta

Respetados Señores:

Cordialmente solicitamos remitir a la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ SALA 4. **CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADIO DE REHABILITACION**, del Paciente: **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461.039**, el cual está aplazado desde la Valoración realizada en la JNCI desde el 28-11-2016.

Para continuar con el proceso de calificación, esta información deberá ser remitida a la Junta Nacional de Califican de Invalidez en un plazo de quince (15) días siguientes a la solicitud, términos establecidos en el Decreto de 1352 de 2013.

Cordialmente

MARLEN OSORIO MOLINA

De: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ [mailto:sandra.gonzalez@axacolpatria.co]

Enviado el: martes, 01 de agosto de 2017 10:41 a.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

Asunto: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Buen Día Marlen como estas:

Como te indicaba en los correo es cola el tratamiento por ortopedia y el proceso de re habilitación está siendo llevado a cabo por la ARL actual del paciente (POSITIVA) , dado que la cirugía de hombro corresponde al tratamiento de la enfermedad profesional

Por lo anterior los documentos CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL, deben ser solicitados a la ARL POSITIVA.

Quedo muy atenta a sus comentarios

Muchas gracias

Cordial saludo

Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ

Auxiliar de Coordinación Nacional de Medicina Laboral
Dirección Servicio al Cliente

Av. Cra. 15 N° 104-33
Bogotá D.C – Colombia
653 8400 Ext. 309



reinventando / los seguros

De: Marlen Osorio Molina [<mailto:marlen.osorio@juntanacional.com>]

Enviado el: martes, 01 de agosto de 2017 09:55 a.m.

Para: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ <sandra.gonzalez@axacolpatria.co>

Asunto: RE: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Importancia: Alta

Buenos Días Sandra:

Disculpa la molestia, pero la médico Ponente me indica que debe ser "**CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADIO DE REHABILITACION**", del Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461.039, el cual está aplazado desde la Valoración realizada en la JNCI desde el 28-11-2016.

Quedo atenta .

MARLEN OSORIO

De: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ [<mailto:sandra.gonzalez@axacolpatria.co>]

Enviado el: viernes, 28 de julio de 2017 12:17 p.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

Asunto: RE: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Mil gracias

De: Marlen Osorio Molina

Enviado el: martes, 01 de agosto de 2017 09:55 a.m.

Para: 'Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ' <sandra.gonzalez@axacolpatria.co>

Asunto: RE: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Importancia: Alta

Buenos Días Sandra:

Disculpa la molestia, pero la médico Ponente me indica que ser **"CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADIO DE REHABILITACION**, del Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461.039, el cual está aplazado desde la Valoración realizada en la JNCI desde el 28-11-2016.

Quedo atenta .

MARLEN OSORIO

De: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ [<mailto:sandra.gonzalez@axacolpatria.co>]

Enviado el: viernes, 28 de julio de 2017 12:17 p.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

Asunto: RE: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Mil gracias

De: Marlen Osorio Molina [<mailto:marlen.osorio@juntanacional.com>]

Enviado el: viernes, 28 de julio de 2017 12:16 p.m.

Para: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ <sandra.gonzalez@axacolpatria.co>

Asunto: RE: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Gracias, ya se lo muestro haber si sirve

De: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ [mailto:sandra.gonzalez@axacolpatria.co]

Enviado el: viernes, 28 de julio de 2017 12:15 p.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

Asunto: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Marlencita él es Medico Laboral.

ARL AXACOLPATRIA CONSULTA MÉDICA



BOGOTÁ D.C.

DATOS DE IMPRESIÓN		
Fecha	Hora	Usuario
28/07/2017	10 : 12	MMRAMIREZN
REGIONAL VALLE DEL CAUCA		

Empresa:	SERVIESPECIALES S A	NIT:	900781126
Trabajador:	JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	Documento:	16461039
Fecha Consulta:	2017/07/21 13:53:44	Asistió:	Si

Circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurrió el accidente: CALIFICACION 27/07/2015 CON DIAGNÓSTICOS DE ESGUINCE Y TORCEDURAS DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO CON PCL 0% CON BASE AL AT PRESENTADO EL DÍA AT 27/07/2015***** CONTROVERSI EN LABORAL SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR, TENDINITIS DEL BÍCEPS BURSITIS DE HOMBRO DERECHO

Motivo consulta y enfermedad actual:

SGRU/ML PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD QUIEN LABORA PARA CONALTA DE OCCIDENTE EN EL CARGO DE OPERARIO DE PLANTA EN SUCROAL CON ANTIGÜEDAD DE 12 AÑOS (REALIZA ALIMENTACIÓN DE TANQUES DE MEZCLAS CON MANIPULACIÓN DE BULTOS DE 50 KSG) ***** PACIENTE CALIFICADO POR LA ARL AXA COLPATRIA EL DÍA 27/07/2015 CON DIAGNÓSTICOS DE ESGUINCE Y TORCEDURAS DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO CON PCL 0% CON BASE AL AT PRESENTADO EL DÍA AT 27/07/2015 MIENTRAS LEVANTABA UN BULTO DE AZÚCAR DE 50KGS, SOBRE EL HOMBRO DERECHO PRESENTA DOLOR TIPO CON LIMITACIÓN FUNCIONAL. (EN EL DICTAMEN SE CLARIFICA QUE NO HAY EVIDENCIA DE PATOLOGÍA AGUDA TRAUMÁTICO. PARA SU PROCESO DE REHABILITACIÓN Y DIAGNOSTICO ECOGRAFÍA DEL 11/08/2015 DE HOMBRO DERECHO QUE REPORTO TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO CON RUPTURA PARCIAL, TENOSINOVITIS DEL TENDÓN LARGO DEL BÍCEPS BRAQUIAL, BURSITIS SUBDELTOIDEA. POR HALLAZGOS EN ECOGRAFÍA SE SOLICITO RNM REALIZADA EL DÍA 21/08/2015 QUE REPORTO: RUPTURA PARCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOZO Y SUBESCAPULAR, TENDINOPATIA DEL INFRAESPINOZO, TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL, DERRAME ARTICULAR GLENOHUMERAL, SE LE REALIZO MANEJO ANALGÉSICO, TERAPIA FÍSICA, EVALUACIONES POR ORTOPEDIA Y FISIATRÍA. RECOMENDACIONES LABORALES. SE REALIZO CALIFICACIÓN POR JRC EL DÍA 13/05/2016 CON DX R520 DOLOR AGUDO (DOLOR AGUDO HOMBRO DERECHO) CON PCL 0%. ADICIONALMENTE LA EPS REALIZA CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL EL DÍA 11/08/2015 (20080005707) DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR, TENDINITIS DEL BÍCEPS BURSITIS DE HOMBRO DERECHO, CON FALLO DE LA JRC 30/06/2016 QUE RATIFICA EL ORIGEN LABORAL. EN EL MOMENTO, EL PACIENTE ESTA AFILIADO CON LA ARL DE POSITIVA EL CUAL VIENE ASUMIENDO EL TRATAMIENTO Y LA IT PROLONGADA HASTA EL MOMENTO, ASISTE A CONSULTA POR EL CONCEPTO DE LA JNC (?) NO APORTA DICTAMEN QUE LE DIJO NO SE PODIA ATENDER EL CASO PORQUE ESTABA EN POST QX INMEDIATO REALIZADO POR LA ARL POSITIVA

Detalle de las ABC y AVD: INDEPENDIENTE

SINIESTRO							
No. Sinistro:	20150062023	Fecha Reporte:	2017/07/21	Tipo Sinistro:	AT	Fecha Sinistro:	0

ANTECEDENTES LABORALES					
No. Afiliación:	0	NIT Empresa:	890331277	Nombre Empresa:	SERVIESPECIALES S A
Fecha del Antecedente:	2015/07/27	Fecha Ingreso Empresa:	2015/02/06	Fecha Inicio Cargo:	2011/10/18

Ocupación:		Cargo:	OPERARIO	Funciones:	OPERARIO DE PRODUCCION: REUBICADO EN EL AREA DE EMPAQUE HACIENDO ALISTAMIENTO DE BOLSAS Y PEGANDO ETIQUETAS , ANTERIORMENTE LABORABA EN AREA DE PRODUCCION DE JARABE DONDE MANIPULABA SACOS DE 50 KGS PARA ADICIONARLOS EN UNA MEZCLADORA
Riesgo Exposición			Tiempo Exposición Meses		
OTROS			51		
Observaciones					
ERGONOMICO , FISICO (RUIDO) MECANICO					

ANTECEDENTES PERSONALES		
Antecedentes	Descripción	Fecha de registro
FAMILIARES	NEGATIVOS	2016/02/04
QUIRURGICOS	SEPTORRINOPLASTIA 2003 , VARICOCELE IZQUIERDO POR TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	2016/02/04

PARACLÍNICOS			
Tipo Servicio	Fecha del Exámen	Descripción	Tipo Resultado

CONTRAREMISIONES		
Fecha de atención	Proveedor	Tipo de servicio

REVISIÓN SISTEMA		
Sistema Cuerpo	Descripción	Fecha Revisión

EXÁMEN FÍSICO					
Ind. Masa Corporal	Dominancia	Talla	Peso	Tensión Sist	Tensión Diast

DIAGNOSTICO		
COD-CIE 10	Descripción	Fecha Registro
M755	BURSITIS DEL HOMBRO	2017/07/21
Observaciones		
DER		
M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO	2017/07/21
Observaciones		
M752	TENDINITIS DEL BICEPS	2017/07/21
Observaciones		
DER		

PLANES DE MANEJO	
Plan Manejo:	PACIENTE QUIEN TENIA PROCESO DE CONTROVERSIAS CON ULTIMO FALLO RECIBIDO POR LA ARL AXA COLPATRIA CON PLC 0% POR ACCIDENTE LABORAL DEBIDO A LA CRONICIDAD DE HALLAZGOS CLINICOS Y PARA CLINICOS DE HOMBRO DERECHO QUE DESCARTARON SECUELAS DE ACCIDENTE (EVENTO AGUDO) EL PACIENTE CAMBIO DE ARL Y TIENE RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD LABORAL POR POSITIVA CON IT PROLONGADA Y TRATAMIENTO POR DICHA ARL

CALIFICACIÓN JUNTA						
Junta RC/NC	Diagnóstico	Tipo de Calificación	Origen	Total PCL	Fecha Estructuración	Fecha Audiencia
JRCI DE VALLE DEL CAUCA	R520 DOLOR AGUDO (DOLOR AGUDO HOMBRO DERECHO)	PERDIDA CL	ACCIDENTE DE TRABAJO	0.00	2015/08/21	2016/05/13



Elaborado por: SAULO GRU CRESLER

MEDICO

ARL AXACOLPATRIA REGIONAL CALI

: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ [mailto:sandra.gonzalez@axacolpatria.co]

Enviado el: viernes, 28 de julio de 2017 11:28 a.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

CC: Adriana Enriquez <adrienriquez72@yahoo.com>; Gloria Maria Maldonado Ramirez

<gloria.maldonado@juntanacional.com>; Ronald Alejandro Montaña Lopez

<ronald.montano@juntanacional.com>; Claudia Rincon Arce

<claudia.rincon@juntanacional.com>; Francy Elena Vargas Tovar

<francy.vargas@juntanacional.com>; andres2377@hotmail.com

Asunto: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Buenos Días Marlen:

Cordial saludo

Adjunto historia clínica de medicina laboral, en la cual se especifica que el tratamiento por ortopedia y el proceso de rehabilitación está siendo llevado a cabo por la ARL actual del paciente (POSITIVA), dado que la cirugía de hombro corresponde al tratamiento de la enfermedad profesional

Por lo anterior los documentos CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL, deben ser solicitados por la junta nacional a la ARL POSITIVA

Agradezco su confirmación de recibido

Quedo muy atenta a sus comentarios

Muchas gracias

Cordial saludo

Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ

Auxiliar de Coordinación Nacional de Medicina Laboral
Dirección Servicio al Cliente

Av. Cra. 15 N° 104-33
Bogotá D.C – Colombia
653 8400 Ext. 309



De: Marlen Osorio Molina [<mailto:marlen.osorio@juntanacional.com>]

Enviado el: jueves, 13 de julio de 2017 04:31 p.m.

Para: Sandra Catalina GONZALEZ LOPEZ <sandra.gonzalez@axacolpatria.co>

CC: Adriana Enriquez <adrienriquez72@yahoo.com>; Gloria Maria Maldonado Ramirez

<gloria.maldonado@juntanacional.com>; Ronald Alejandro Montaña Lopez

<ronald.montano@juntanacional.com>; Claudia Rincon Arce

<claudia.rincon@juntanacional.com>; Francy Elena Vargas Tovar

<francy.vargas@juntanacional.com>; andres2377@hotmail.com

Asunto: REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Buenas tardes:

Cordialmente solicitamos remitir a la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ SALA 4. **CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION**, del Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461.039, el cual está aplazado desde la Valoración realizada en la JNCI desde el 28-11-2016.

Para continuar con el proceso de calificación, esta información deberá ser remitida a la Junta Nacional de Califican de Invalidez en un plazo de quince (15) días siguientes a la solicitud, términos establecidos en el Decreto de 1352 de 2013.

Cordialmente

MARLEN OSORIO MOLINA

Marlen.osorio@juntanacional.com

Auxiliar Administrativa Sala 4

Junta Nacional de Calificación de Invalidez



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

Línea segura ARL
Bogotá 3307000
Resto del país 01 8000 111170
Desde su Celular #533

Diligenciado el : 16/08/2016
Fecha de impresión : 18/07/2017
Número de radicación : 42814
Id Furel : 120028777
Id Siniestro : 242061341

FORMATO INFORME ENFERMEDAD LABORAL

EPS A LA QUE SE ESTA AFILIADO: E.P.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. Código: EPS018
AFP A LA QUE SE ESTA AFILIADO: SIN AFP Código: 0

I. IDENTIFICACION GENERAL		EMPLEADOR
Nombre ó Razón Social :	Tipo Documento :	Número Documento :
CONALTA DE OCCIDENTE SAS	NI	900132157
Nombre de la Actividad Económica (Sede Principal) :		Código :
EMPRESAS DEDICADAS A LA MANIPULACION DE CARGA INCLUYE SOLAMENTE ESTIBADORES, COTEROS, PALETIZADORES EXCEPTO CARGUE Y DESCARGUE DE EMBARCACIONES AEREAS, MARITIMAS Y/O FLUVIALES		3631001

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD						
Tipo Documento :	Número Documento :	Fecha Nacimiento :	Tipo de Vinculación Laboral :			
CC	16461039	08/02/1981	Empleador			
Primer Apellido :	Segundo Apellido :	Primer Nombre :	Segundo Nombre :			
CASTRO	GARCIA	JULIAN	ANDRES			
Dirección :	Teléfono :	Departamento :	Código :	Municipio :	Código :	
CALLE 59 1C 73	3850892	VALLE DEL CAUCA	76	CALI	1	
Ocupación Habitual :	Código :	Jornada Trabajo Habitual :	Fecha Ingreso Empresa :			
OPERARIO DE PLANTA	1988	--	03/01/2016			
Nombre jefe inmediato :	Apellido jefe inmediato :	Correo electrónico jefe inmediato :	Teléfono jefe inmediato :			

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD			
Fecha Dictamen : 28/11/2015			
Principal :	Diagnostico :	Descripción :	Fecha Diagnostico :
X	M751	LESIONES DEL HOMBRO (M751)	28/11/2015

IV. INFORMACIÓN SOBRE EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES REALIZADAS AL TRABAJADOR		
Pre - Ocupacional : NO	Periódica : NO	Egreso ó Postocupacional : NO

De: Hoover Andrés Rondón Marín [<mailto:seguridadysalud@conaltadeoccidente.com>]

Enviado el: martes, 26 de julio de 2017 05:55 p.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

CC: 'Erika Hernandez' <dir.recursohumano@conaltadeoccidente.com>; MARTHA ISABEL ARENAS <asistenteso@conaltadeoccidente.com>

Asunto: RV: Julián Andrés Castro 16461039 REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Cordial Saludo,

El Sr. Julian Castro labora con nuestra empresa desde el 03 DE ENERO DE 2016, Actualmente tiene reporte por EL asociada al trauma inicial del accidente ocurrido con su anterior empresa.

Estamos atentos a todos los requerimientos que se hagan para la atención oportuna para que nuestro colaborador sea valorado y calificado integralmente.

Gracias,

Cordialmente,

Hoover Andrés Rondón Marín

Coordinador SGSST

Conalta de Occidente SAS

Cra. 22 # 23 - 20

Tel. 8893263 Ext. 102

seguridadysalud@conaltadeoccidente.com

www.conaltadeoccidente.com

Cali - Colombia



POLITICA INTEGRAL



Garantizar la satisfacción de nuestros clientes mediante la gestión oportuna del talento humano capacitado y competitivo que cumpla con los requisitos legales aplicables, así como una gestión eficiente de los procesos logísticos.

Promover la seguridad y salud en el trabajo procurando la prevención de las lesiones y enfermedades, mediante la gestión oportuna de los riesgos y las condiciones de trabajo, así como la promoción y prevención de la salud de los colaboradores y el medio ambiente de trabajo.

Prevenir seguridad en toda la cadena de suministros, verificando que las actividades del servicio se desarrollan bajo un ambiente de comercio seguro.

Para ello, la alta dirección suministra los recursos necesarios, el personal competente y comprometido, para garantizar el mejoramiento continuo en todos los procesos.

De: Tania Paola Rendon Patino

Enviado el: viernes, 14 de julio de 2017 02:52 p.m.

Para: Manuel Alejandro Velez Reina

Asunto: RV: Julián Andrés Castro 16461039 REITERACION SOLICITUD CONCEPTO DE

ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Importancia: Alta

Manuel, buenas tardes.

Tu me puedes por favor indicar con quien realizo este tramite que solicita el Cliente Conalta de Occidente para uno de sus Colaboradores.

Muchas gracias.

Saludos,

Tania Paola Rendón Patiño

Gestora

Sucursal Valle

tania.rendon@positiva.gov.co

Cel: 3043752471

CLINICA VERSALLES S.A.

NIT: 800049994

760010336901

Dirección: AV SA NORTE No 23-45, Teléfono: 5809093

Centro de Atención: SEDE PRINCIPAL

IMPRESIÓN HISTORIA CLÍNICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES Tipo y Nro. ID: CC 16441939
 Fecha Nacimiento: 03/02/1991 Edad: 35 años Sexo: Masculino
 Estado civil: Desconocido Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO Tipo de afiliado:
 Residencia: CRA 55 N 1073 B TORRES DE OCUPACIÓN
 COMFANDI CALI Tel:
 Fecha Hora Ing.: 2016-09-07 16:12 Vía Ingreso: Consulta Externa
 Fecha Hora Egr.: Vía Egreso: Consulta Externa
 Acompañante paciente: Parentesco:
 Responsable paciente: Parentesco:
 Convenio: POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS Tel:

Información General		
Fecha de la consulta: 07/09/2016 Hora de la consulta: 16:24		
Fecha atención día: 07/09/2016 Hora atención día: 16:45		Consulta de : primera vez
Motivo Consulta		
paciente quien consulta por haber tenido accidente laboral al manipular un gran peso presento DOLOR EN HOMBRO DER , LE INDICARON RESONANCIA MAGNETICA DEL HOMBRO DER CON RUPTURA DEL SUPRARAESPINOZO Y SUBSCAPULAR, LE INDICARON TERAPIA FISICA CON POBRE MEJORIA, PATOLOGIA CALIFICADA COMO ENFERMEDAD LABORAL DICE EL PACIENTE PRESENTAR DOLOR EN EL HOMBRO DER DICE QUE EL MIEMBRO SUPERIOR NO LO PUEDE MOVER AL EXAMEN SE ENCUENTRA MOVILIDAD DEL HOMBRO ABOLIDA ES DIFICIL VALORAR EL PACIENTE POR DEFENSA VOLUNTARIA SE REMITE A VALORACION POR CLINICA DEL HOMBRO		
SIGNOS VITALES		
Tasa de Fibración Glomerular		
CURVA DE CRECIMIENTO		
Causa Externa		Enfermedad General
Finalidad de la Consulta		No aplica
Diagnósticos		
Dx. Principal	M75.10 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO	Tipo de Dx Principal: Confirmado Nuevo
Plan Diagnóstico y terapéutico		
SE REMITE A VALORACION POR CLINICA DEL HOMBRO 07/09/2016 - 16:45 RAUL BENITO RODRIGUEZ ROJAS - R.M. R.M. 1577/72 CC. 17069681 ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA		
		
RAUL BENITO RODRIGUEZ ROJAS - R.M. R.M. 1577/72 CC. 17069681 07/09/2016 16:45		

Ordenes Ambulatorias			
Nro Orden de Servicios: 2768187 Fecha/Hora: 07/09/2016 - 16:45			
Código	Descripción		Cantidad
8455	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA - 80140		1
Indicaciones Generales			
Profesional que Prescribe		RODRIGUEZ ROJAS RAUL BENITO ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	

"Los prestadores de servicios de salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos permitiendo la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplazan la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

Firmado Electrónicamente

07/09/2016 16:51 MARÍA DEL CARMEN PAREDES

Página 1 de 1

De: Juntas Valle [mailto:juntas.valle@positiva.gov.co]

Enviado el: viernes, 04 de agosto de 2017 05:11 p.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>

CC: Viviana Alexandra Cipagauta Ramirez <viviana.cipagauta@positiva.gov.co>; Diana Galindo (diana.galindo@codess.org.co) (diana.galindo@codess.org.co) <diana.galindo@codess.org.co>;

Martha Catalina Guzman Quimbay <martha.guzman@positiva.gov.co>

Asunto: SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL, JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461039

Buen día

Apreciada

Cordial saludo, para informar se adjunta concepto de ortopedia , se observa el asegurado nunca estuvo en el programa de rehabilitación de positiva por ello no tiene certificado de rehabilitación

Feliz tarde

Quedo pendiente a sus comentarios

Gracias por la atencion prestada



YULIETH GIL DIAZ

Auxiliar De Siniestro Integral De Arl

Tel: 4877917, Ext:3019

juntas.valle@positiva.gov.co

**Carrera 68 nro 10 A 12,barrio: limonar
Cali-Valle**

 Positiva Compañía de Seguros

 @PositivaCol

 PositivaColombia

De: Martha Catalina Guzman Quimbay

Enviado el: viernes, 04 de agosto de 2017 04:07 p.m.

Para: Juntas Valle

CC: Viviana Alexandra Cipagauta Ramirez; Diana Galindo (diana.galindo@codess.org.co) (diana.galindo@codess.org.co)

Asunto: RV: SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Cordial saludo

Remito solicitud de la JNAL, favor identificar los documentos que solicitan y remitirlos

Quedo a la espera

Gracias



**MARTHA CATALINA
GUZMÁN QUIMBAY**
Profesional Universitario
Vicepresidencia Técnica- Gerencia
Médica
T(571) 6502200, ext. 10426
martha.guzman@positiva.gov.co
Av. Cra. 45 N.º 94 – 72, Piso 4 ala
norte, Bogotá, D.C - Colombia.

 Positiva Compañía de Seguros

 @PositivaCol

 PositivaColombia

De: Marlen Osorio Molina [<mailto:marlen.osorio@juntanacional.com>]

Enviado el: jueves, 03 de agosto de 2017 7:50

Para: Martha Catalina Guzman Quimbay; Mayra Alejandra Pacheco Corredor

Asunto: RV: SOLICITUD CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADO DE REHABILITACION INTEGRAL

Respetados Señores:

Cordialmente solicitamos remitir a la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ SALA 4. **CONCEPTO DE ORTOPEDIA Y CERTIFICADIO DE REHABILITACION**, del Paciente: **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C. 16461.039**, el cual está aplazado desde la Valoración realizada en la JNCI desde el 28-11-2016.

Para continuar con el proceso de calificación, esta información deberá ser remitida a la Junta Nacional de Califican de Invalidez en un plazo de quince (15) días siguientes a la solicitud, términos establecidos en el Decreto de 1352 de 2013.

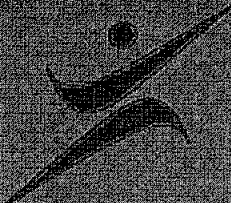
Cordialmente

MARLEN OSORIO MOLINA

Marlen.osorio@juntanacional.com

Auxiliar Administrativa Sala 4

Junta Nacional de Calificación de Invalidez



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y FISIOTERAPIA EU

Nuestro compromiso
Es su Bienestar

AFICENTER

Ccsto:

Dirección: Carrera 43a # 5a - 30

Teléfono: (2) 387 67 80 - 553 616

Mail: @cafi.yamilenarias@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fech Nacim: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino

Estado Civil: Soltero Tipo: Beneficiario Ocupación: SIN DEFINIR

Dirección: CALLE 59 1C 73 Tlf: 3154479093/ Municipio: CALI (VALLE DEL CAUCA)

Acompañante: Tlf: Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Régimen: Otro

Ord. Cronol. => 2 Feb. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: => 07:38 Edad: => 36 A Atención en: => MEDICO LABORAL

DATOS INICIALES

> Motivo De Consulta - Sinlestro Y Fech At: SINIESTRO: 242061341

ENFERMEDAD LABORAL DE FECHA

EN CUIDA 2 TIENE ACERPTADOS EL DIAGNOSTICO M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO SIN PCL

INGRESADO POR CONSULTA. [fin]

> Plan De Tratamiento: 1. TIENE PENDIENTE NUEVA VALROACIOON POR INCI DADO QUE EN NOVIEMBRE DE 2016 ESTA QUEDO APLAZADA POR RECIENTE QX.

2. VALROACION POR ORTOPEDISTA ARTROSCOPICA DE HOMBRO PARA PCL

3. SE EMITEN RECOMENDACIONES LABORALES, LAS CUALES SE HARN EFECTIVAS AL MOMENTO DEL REINTGRO LABORAL

4. CON EL CONCEPTO DEL ORTOPEDISTA VALROACION CON FISIATRIA PARA PCL

5. DADO QUE EL DOLOR ES TAN INTENSO Y HA TENIDO MULTIPLES MDICCIONES SE CONSIDERA QUE DEBE SER VALORADO POR CLINICA DE DOLOR PARA PCL

[fin]

> Enfermedad Actual: EPS: SOS

AFR: GOLFONDOS

ARP: POSITIVA

EDAD: 36 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1981

LUGAR DONDE VIVE: CALI

CARGO: OPERARIO DE PLANTA

EMPLEADOR: CONALTA DE OCCIDENTE SAS

NIT: 900132157

ESCOLARIDAD: BACHILLERATO COMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO

SINIESTRO: 242061341

ENFERMEDAD LABORAL DE FECHA

EN CUIDA 2 TIENE ACERPTADOS EL DIAGNOSTICO M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO

SIN PCL

CON 102 DIAS DE INCAPACIDAD RADICADOS EN APLICATIVO HASTA DICIEMBRE 2016

ECOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO TOMADA 11/08/2015 EN CLINICA DE LOS REMEDIOS INFORMADA POR RADIOLOGO DR CARBONELL

"CONCLUSION: *TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO CON RUPTURA PARCIAL *TENOSINOVITIS DEL TENDON DEL BICEPS BRAQUIAL *BURSITIS SUBDELTOIDEA"

RMN DE HOMBRO DERECHO TOMADA EN LUNGAVITA 21/08/2015 INFORMADA POR RADIOLOGO DR ALTUZARRA "CONCLUSION: *RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOZO Y SUBSCAPULAR *TENDINOPATIA DEL INFRAESPINOZO *TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL *DERRAME ARTICULAR GLENOHUMERAL"

IRRAE DICTAMEN DE LA JRCL DE L VALLE DE 13/05/2016 DONDE CALIFICAN M755 BURSTTIS SUBACROMIOSUBDELTOIDEA

Nuestro compromiso ...
Es su Bienestar. I

AFICENTER

Costo:

Direccion: Carrera 43a # 58 - 30

Telefono: (2) 387 67 80 553 615

Mail @: caff_vamiletharias@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES

No. 16461039

Fecha Nacim: 08/02/1981

Edad: 36 A

G.S. RH:

Gen: Masculino

Estado Civil: Soltero

Tipo: Beneficiario

Ocupacion: SIN DEFINIR

Direccion: CALLE 59 1C 73

Tfo: 3154479093/

Municipio: CALI [VALLE DEL CAUCA]

Acompañante:

Tfo:

Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Regimen: Otro

Ord. Cronol. => 2 Fec. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: => 07:38 Edad: => 36 A. Atencion en: => MEDICO LABORAL

DERECHA M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO M752 TENDINITIS DEL BICEPS DERECHO COMO ENFERMEDAD LABORAL

Y TRAUMATISMO DE HOMBRO DERECHO CON PCL 0% AT.

21/11/2016 SE REALIZA QX DE HOMBRO DERECHO REALIZADA POR ORTOPEDISTA DR RAMOS "DESCRIPCION: PACIENTE EN DECUBITO LATERAL DERECHO, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS, ABORDAJE POR TRES PORTALES ARTROSCOPICOS, SE OBSERVA MANGUITO ROTADOR SANO, BICEPS SANO, SUBESCAPULAR SANO, LABRUM SANO DESDE SUBACROMIAL. PINZAMIENTO ANTERIOR DE HOMBRO, ABUNDANTE SINOVITIS Y BURSAITIS EN ESPACIO SUBACROMIAL. SE REALIZA SINEVECTOMIA TOTAL Y ACROMIOPLASTIA ANTERIOR, LAVADO VENDAJE, SE UTILIZO PUNTA DE RADIOFRECUENCIA Y CUCHILLA SHAVER"

COMENTA QUE FUE VALORADO PR JNCI EL 26/11/2016 SIN EMBARGO POR QX RECIENTE QUEDO APLAZADO EL PRONUNCIAMIENTO DEL DICTAMEN

EMG + VNC DE MSD TOMADA POR FISIATRA DRA LEGARDA 09/03/2017 "CONCLUSIONES: ESTUDIO NORMAL. NO HAY EVIDENCIA ELECTROFISIOLOGICA DE LESION DEL PLEXO BRAQUIAL DERECHO NI DE AFECTACION DEL NERVO PERIFERICO EN EL MSD"

RMN DE HOMBRO DERECHO TOMADA EN RIDOC SAS EL 26/03/2017 INFORMADA POR RADIOLOGO DR DURAN "CONCLUSION: RUPTURA

DE ESPESOR PARCIAL EN LAS FIBRAS DEL TENDON DEL SUPRAESPINOZO, COMPROMISO APROXIMADAMENTE 40 %, TENDINOSIS"

VALORADO POR QX DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR DR OSPINA EL 20/06/2017 "PACIENTE CON TRAUMA SOBRE HOMBRO DERECHO HACE 2 AÑOS CON RUPTURA SE REALIZO MANEJO ARTROSCOPICO CON RESULTADO NORMAL. REFIERE QUE ACTUALMENTE PRESENTA

PARESTESIAS EN ANTEBRAZO, DOLOR EN HOMBRO PERISITENTE, REFIERE QUE LOS ISNTOMAS EMPEORARON DESPUES DE LA QX. INFORME DE ARTROSCOPIA MUESTRA MANGUITO SANO, LABRUM Y OTRAS ESTRUCTURAS COMPLETAMENTE SANAS, SOLO SINOVITIS;

SE REALIZA ACROMIOPLASTIA Y SINEVECTOMIA. EF: AMAS DE MSD FLEXION 70 GRADOS, EXT 30 GRADOS, ABD 50 GRADOS, DOLOR EN LA CORREDERA OCCIPITAL HIPOESTESIA EN BRAZO, EDEMA EN MANO. PLAN: JUNTA DE QX DE MANO, INCAPACIDAD POR 30 DIAS

PACIENTE QUE VIENE INCAPACITADO DESDE 01/10/2016 HASTA 19/08/2017

LA ULTIMA INCAPACIDAD EMITIDA POR MEDICO LABORAL DE LA COOPERATIVA EN QUE LABORA NO TRA HC DE DICHA ATENCION. [fin]

> Examen Fisico: PACIENTE QUE INGRESA SOLO SIN ALTERACION EN LA MARCHA.

FR: 20 X MIN FC: 78X MIN

MANO DOMINANTE: DERECHA

EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO EDEMA, NO DERRAME, NO CAMBIOS DE COLORACION, NI DE TEMPERATURA.

PACIENTE CON POSICION DEFENSIVA DE EXTENSION DE MSD APOYADO AL TRONCO.

SIGNOS DE MAGNIFICACION

HOMBRO DERECHO NO DEFORMADA Y ES SIMETRICO AL CONATRIO

LLAMA LA ATENCION QUE PARA EL POCO MOVIMIENTO QUE SE MANIFIESTA NO HAY ATROFIA MUSCULAR.

AMAS PASIVOS DE HOMBRO DERECHO FLEXION 120 GRADOS, EXTENSION 45 GRADOS, ABDUCCION 100 GRADOS, ROTACIONES INTERNA Y EXTERNA 50 GRADOS, REFIERE MUCHO DOLOR, CON RESITENCIA MUSCULAR.



AFICENTER

Cósto:

Dirección: Carrera 43a # 5a - 30

Teléfono: (2) 387 67 80 - 553 616

Mail: @: caff_yamiletharias@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: **CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES** No. **16461039** Fech Nacim: **08/02/1981** Edad: **36 A** G.S. RH: Gen: **Masculino**

Estado Civil: **Soltero** Tipo: **Beneficiario** Ocupación: **SIN DEFINIR**

Dirección: **CALLE 59 1C 73** Tfo: **3154479093/** Municipio: **GALLI (VALLE DEL CAUCA)**

Acompañante: Tfo: Parentesco:

Entidad: **POSITIVA S.A** Régimen: **Otro**

Ord. Cronol. => 2 Fec. Atenc. => **sábado, 5 de agosto de 2017 Hora => 07:38** Edad: => **36 A** Atención en: => **MEDICO LABORAL**

NO SIGNOS DE PINZAMIENTO NI DE INESTABILIDAD ARTICULAR.

FUERZA MUSCULAR NO EVALUABLE PORQUE EL PACIENTE BAJA EL MSD Y NO LO MANTIENE, PRESENTA TEMBLOR FINO A LA MOVILIZACION DE MSD.

AMAS DE CODO Y MANO COMPLETOS FUERZA PRENSIL 4/5.

NO SINOVITIS, NO SIGNOS DE SDRG.

[fin]

> Diagnostico: **M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO.**[fin]

> Revision Por Sistema: **PACIENTE QUE POSTERIOR DE LA CIRUGIA EL DOLOR SE INTENSIFICO, CON ADROMECIMIENTO EN MSD, QUE HA IDO EMPEORANDO, CON MAYOR LIMITACION CADA DIA, COMENTA QUE EMPEORO CON LAS TERAPIAS FISICAS, DE FORMA OCASIONAL PRESENTA DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO Y DOLOR EN MANO IZQUIERDA "CON SENSACION DE QUE ESTA ABIERTA"**

[fin]

> Pronóstico: **FAVORABLE**[fin]

> Control: **PACIENTE COMENTA QUE NO HA PODIDO TERMINAR SU TTO PORQUE HA TENIDO CAMBIOS DE PROVEDOR Y DE MEDICO TRATANTE CON DIFERENTES ESPECIALISTAS PORQUE LA ARL NO TIENE CONVENIO.**[fin]

> Conducta A Seguir:

DIAGNOSTICO CIE10 - INCAPACIDAD

Dx Ppal: **M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO**

Tipo Diagnostico:

Finalidad De Consulta: **No Aplica**

Causa de Consulta: **Enfermedad Profesional**

Estado de Conciencia: **Glasgow(7):**

Estado de Embriaguez: **Ninguno**

Incapacidad Medica:

ANTECEDENTES PERSONALES

> Empresa: **CONALTA DE OCCIDENTE SAS**[fin]

> Antigüedad En La Empresa: **FECHA DE INGRESO 03/01/2016**[fin]

> Cargo: **OPERARIO DE PLANTA (MANEJO DE BULTO 50 KG, MEZCLAS DE PRODUCTOS)**[fin]

> Situaciones Riesgosas Identificables:

> Dominancia: **DIESTRO**[fin]

> Fecha De Ad/ep: **28/11/2015**[fin]

> Antecedentes Terapéuticos:

> Antecedentes Patológicos: **PATOLOGICOS: SINUSITIS**

QUIRURGICOS: QX DE MANGUITO ROTADOR DERECHO (23/11/2016)

MEDICAMENTOSOS: NO REFIERE ACTUALMENTE TRAMADOL TABLETAS NO RECUERDA MG 2 DIA, ZALDIAR 1 DIA

ALERGICOS: NO REFIERE

TRAUMATICOS: TRAUMA EN HOMBRO DERECHO CON LX DE MANGUITO ROTADOR (AT 27/01/2015 COLPATRIA CALIFICADO POR LA JRCI 0% Y LO CALIFICAN COMO ENFERMEDAD LABORAL)

TOXICOS: NO REFIERE

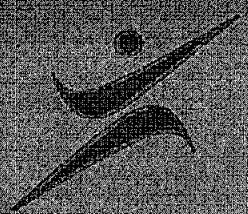
FAMILIARES: NO REFIERE

EN LOS RATOS LIBRES: LEER, COMPARTE CON SUS HIJAS.

[fin]

> Antecedentes Farmacológicos Y Quien Pres:

EXAMEN FISICO



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y FISIOTERAPIA EU

Nuestro compromiso
Es su Bienestar

AFICENTER

Ceasto:

Dirección: Carrera 43a # 5a - 30

Teléfono: (2) 387.67.80 553.616

Mail: @caf_yamiletharias@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: **CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES** No. **16461039** Fecha Nacimiento: **08/02/1981** Edad: **36 A** G.S. RH: Gen: **Masculino**
Estado Civil: **Soltero** Tipo: **Beneficiario** Ocupación: **SIN DEFINIR**
Dirección: **CALLE 59 1C 73** Tfo: **3154479093** Municipio: **CALI (VALLE DEL CAUCA)**
Acompañante: Tfo: Parentesco:

Entidad: **POSITIVA S.A** Regimen: **Otro**

Ord. Cronol. => 2 Feb. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora => 07:38 Edad => 36 A Atencion en => **MEDICO LABORAL**

- > Inspección:
- > Palpación:
- > Sensibilidad:
- > Evaluación De Movilidad:
- > Flexibilidad:
- > Evaluación De La Fuerza Muscular:
- > Pruebas Complementarias:
- > Evaluación Funcional:
- > Mecanismo De Desplazamiento:

PROFESIONAL REMITENTE

- > Médico Tratante:
- > Fecha Próximo Control:
- > Observación:

EVOLUCION MEDICA



Isabel Orozco Blanco

Isabel Orozco Blanco
[MEDICO LABORAL - Reg. 0738-2002]

HISTORIA CLINICA CONSULTA MÉDICA LABORAL

DATOS DE IDENTIFICACION.

FECHA ATENCIÓN (DD/MM/AAAA): 15/06/17
CIUDAD: CALI
NOMBRE PACIENTE: JULIAN CASTRO GARCÍA
TIPO DOCUMENTO: RC: TI: CC: X CE:
NO. DOCUMENTO IDENTIDAD: 16461039
EDAD: 36 AÑOS
OCUPACIÓN: OPERARIO (REASIGNADO A OTRAS TAREAS)
EPS: SOS
AFP: COLFONDOS
DOMINANCIA: DERECHA: X IZQUIERDA: AMBIDIESTRO
EMPRESA ACTUAL: CONALTA S.A. (MISION SUCROAL)
FECHA INGRESO: 3 ENERO 2016

ANAMNESIS:

MOTIVO DE CONSULTA: POR LA REVISION

ENFERMEDAD ACTUAL: PCTE. CON CUADRO DE POP SMR EN NOVIEMBRE 2016, ORTOPEDIA ENCUENTRA MANGUITO SANO, SIN EMBARGO RNM DE MARZO 2017 MUESTRA RUPTURA DE TENDÓN S.E. EN 40 %, PENDIENTE CX MANO Y CX HOMBRO ÉSTE MES. DOLOR Y PARESTESIAS EN MSD. MUCHA LIMITACIÓN. ASISTE A VALORACIÓN POR MEDICINA LABORAL.

ANTECEDENTES PERSONALES

CX ARTROSCOPIA HOMBRO DERECHO.

EXAMEN FISICO

DATOS POSITIVOS:

COLABORADOR CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO, MUY LIMITADO EN AMAS, FM 3+/5, FLEXIÓN 70 GRADOS, ABDUCCIÓN 45 GRADOS, ROTACIÓN PRÁCTICAMENTE RESTRINGIDA. DOLOR 8/10. APRECIABLE ATROFIA BICIPITAL Y DELTOIDEA DEL MSD. RESTO NORMAL.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO: 1. SMR DERECHO 2. RUPTURA TENDÓN S.E. MSD.

NOMBRE DEL MEDICO: HERNAN URRUTIA QUINTANA
REGISTRO MEDICO NO: 3304/00
LIC. S.O NO: 2065/14
PROVEEDOR ARL AXA COLPATRIA

HISTORIA CLINICA CONSULTA MEDICA LABORAL

ANALISIS DEL CASO

PCTE. CON DX ANOTADOS, DEBE CONTINUAR INCAPACITADO. CONSIDERO HAY MUCHA DILACIÓN EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN POR PARTE DE LA ARL, LO CUAL SUMADO A SUS ANTECEDENTES OSTEOMUSCULARES DIFICULTA U BUEN PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN, SE DEBE INTERVENIR COMO EMPRESA ANTE LA ARL, PARA QUE ESTO AFECTE LO MENOS POSIBLE AL COLABORADOR Y LOGRAR UN MEJOR REINTEGRO A SU DEBIDO TIEMPO.

PLAN DE TRATAMIENTO Y CONDUCTA A SEGUIR

MEDICAMENTOS: NO

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES: DEFINIR CASO RÁPIDAMENTE ANTE LA ARL.

INCAPACIDAD: SI

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPEUTICAS: NO

INTERCONSULTAS:

NOTA EVOLUCIÓN: 3/08/17, PCTE. QUIEN CONTINÚA PROCESO MUY DILATADO CON SUS ESPECIALISTAS TRATANTES DE ORTOPEDIA, PENDIENTE DE JUNTA MÉDICA PARA VALORACIÓN DEFINITIVA DE SU CUADRO. NO HAY AVANCES EN SU ESTADO, MUY LIMITADO AÚN AL EXAMEN, AMAS MUY POBRES DE MSD, ATROFIA EVIDENTE DEL MISMO, EN ESPECIAL DEL HOMBRO. NO EDEMA.

CONSIDERO CONTINUAR INCAPACIDAD MÉDICA POR 30 DÍAS DESDE 21/07/17, ARTORRESONANCIA DE HOMBRO DERECHO PARA DEFINIR EN SU PRÓXIMA JUNTA MÉDICA. ZALDIAR TAB. 1 CADA 8 HR POR 1 MES. PREGABALINA 150 MGRS : 1 TAB. CADA NOCHE POR 1 MES. CITA AL TÉRMINO DE INCAPACIDAD PARA PRÓRROGA DE LA MISMA.

NOMBRE DEL MEDICO: HERNAN URRUTIA QUINTANA
REGISTRO MEDICO NO: 3304/00
LIC. S.O. NO: 2065/14
PROVEEDOR ARL AXA COLPATRIA

HISTORIA CLINICA CONSULTA MEDICA LABORAL


NOMBRE: HERNAN URRUTIA QUINTANA

CE 23.158 334 E/10221

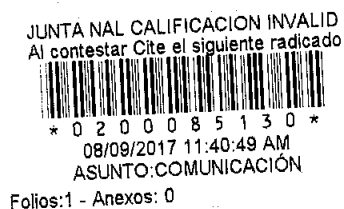
NOMBRE DEL MEDICO: HERNAN URRUTIA QUINTANA
REGISTRO MEDICO NO: 3304/00
LIC. S.O NO: 2065/14
PROVEEDOR ARL AXA COLPATRIA



ccpqr Marlen
(Dra Adriana)

Bogotá D.C., septiembre 8 de 2017

Doctor
CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
Director Administrativo y Financiero
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION
Diagonal 36 Bis No. 20-74
Tel: 3440737
Bogotá.



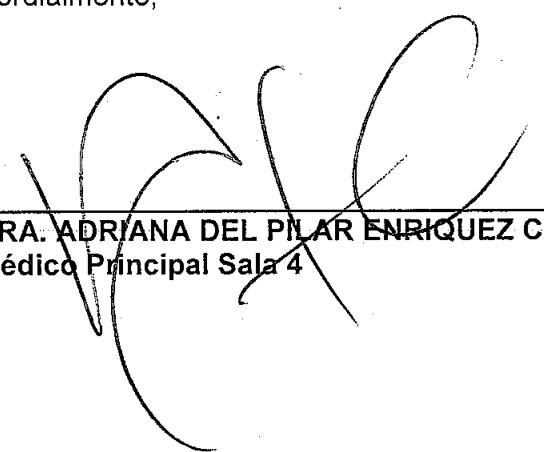
REF: SOLICITUD INTERCONSULTOR

De acuerdo a la conclusión de la valoración del 28 de noviembre de 2016, con el objeto de emitir dictamen del Señor **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.461.039, se hace necesario tramitar los siguientes exámenes, solicitados varias veces a las ARL COLPATRIA Y POSITIVA:

- **CONCEPTO DE ORTOPEDIA**
- **CERTIFICADO DE REHABILITACION**

Dr. Cristian se le reitera una vez más la necesidad de tramitar urgente estos conceptos con nuestros inter-consultores tal como lo sugiere la entidad amparada en la norma.

Cordialmente,


DRA. ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO
Médico Principal Sala 4



Bogotá D.C., septiembre 25 de 2017

Doctor
CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
Director Administrativo y Financiero
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION
Diagonal 36 Bis No. 20-74
Tel: 3440737
Bogotá.



REF: REITERACION SOLICITUD INTERCONSULTOR

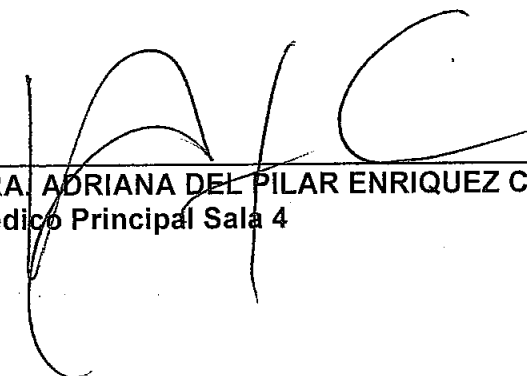
De acuerdo con la conclusión de la valoración del 28 de noviembre de 2016, con el objeto de emitir dictamen del Señor **JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.461.039, se hace necesario tramitar los siguientes exámenes, solicitados varias veces a las ARL COLPATRIA Y POSITIVA:

- **CONCEPTO DE ORTOPEDIA**
- **CERTIFICADO DE REHABILITACION**

Dr. Cristian se le reitera una vez más la necesidad de tramitar urgente estos conceptos con nuestros inter-consultores tal como lo sugiere la entidad amparada en la norma.

Se le recuerda que el paciente esta aplazado desde el 28 de noviembre de 2016.

Cordialmente,



DRA. ADRIANA DEL PILAR ENRIQUEZ CASTILLO
Médico Principal Sala 4

Marlen Osorio Molina

De: Ronald Alejandro Montaña Lopez
Enviado el: martes, 3 de octubre de 2017 11:34 a. m.
Para: Marlen Osorio Molina
Asunto: RV: proceso de pcl de julian Julián Andrés Castro García cc 16461039

psi

De: andres castro [mailto:andres2377@hotmail.com]
Enviado el: lunes, 02 de octubre de 2017 01:52 p.m.
Para: Ronald Alejandro Montaña Lopez <ronald.montano@juntanacional.com>
Asunto: proceso de pcl de julian Julián Andrés Castro García cc 16461039

adjunto resultados de últimas valoraciones por artroscopia fisiatria y clínica del dolor

HISTORIA CLINICA CONSULTA MEDICA LABORAL

DATOS DE IDENTIFICACION

FECHA ATENCION (DD/MM/AAAA): 15/05/17
CIUDAD: CALI
NOMBRE PACIENTE: JULIAN CASTRO GARCIA
TIPO DOCUMENTO: RC: TI: CC: X CE:
NO. DOCUMENTO IDENTIDAD: 16461039
EDAD: 36 AÑOS
OCUPACION: OPERARIO (REASIGNADO A OTRAS TAREAS)
EPS: SOS
AFP: COLFONDOS
DOMINANCIA: DERECHA: X IZQUIERDA: AMBIDIESTRO
EMPRESA ACTUAL: CONALTA S.A. (MISION SUCROAL)
FECHA INGRESO: 3 ENERO 2016

ANAMNESIS:

MOTIVO DE CONSULTA: POR LA REVISION

ENFERMEDAD ACTUAL: PCTE. CON CUADRO DE POP SMR EN NOVIEMBRE 2016, ORTOPEDIA ENCUENTRA MANGUITO SANO, SIN EMBARGO RNM DE MARZO 2017 MUESTRA RUPTURA DE TENDÓN S.E. EN 40 %, PENDIENTE CX MANO Y CX HOMBRO ÉSTE MES. DOLOR Y PARESTESIAS EN MSD. MUCHA LIMITACIÓN. ASISTE A VALORACIÓN POR MEDICINA LABORAL.

ANTECEDENTES PERSONALES

CX ARTROSCOPIA HOMBRO DERECHO.

EXAMEN FISICO

DATOS POSITIVOS:

COLABORADOR CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO, MUY LIMITADO EN AMAS, FM 3+/5, FLEXIÓN 70 GRADOS, ABDUCCIÓN 45 GRADOS, ROTACIÓN PRÁCTICAMENTE RESTRINGIDA. DOLOR 8/10. APRECIABLE ATROFIA BICIPITAL Y DELTOIDEA DEL MSD. RESTO NORMAL.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO: 1. SMR DERECHO 2. RUPTURA TENDÓN S.E. MSD.

NOMBRE DEL MEDICO: HERNAN URRUTIA QUINTANA
REGISTRO MEDICO NO: 3304/00
C.E.S.O. NO: 2067/14
PROVEEDOR: AR. AXA COLPATRIA

HISTORIA CLÍNICA CONSULTA MÉDICA LABORAL

ANÁLISIS DEL CASO

PCTE CON DX ANOTADOS, DEBE CONTINUAR INCAPACITADO. CONSIDERO HAY MUCHA DILACIÓN EN SU PROCESO DE REHABILITACIÓN POR PARTE DE LA ARL, LO CUAL SUMADO A SUS ANTECEDENTES OSTEOMUSCULARES DIFICULTA UN BUEN PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN, SE DEBE INTERVENIR COMO EMPRESA ANTE LA ARL, PARA QUE ESTO AFECTE LO MENOS POSIBLE AL COLABORADOR Y LOGRAR UN MEJOR REINTEGRO A SU DEBIDO TIEMPO.

PLAN DE TRATAMIENTO Y CONDUCTA A SEGUIR

MEDICAMENTOS: NO

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES: DEFINIR CASO RÁPIDAMENTE ANTE LA ARL.

INCAPACIDAD: SI

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y/O TERAPEUTICAS: NO

INTERCONSULTAS:

NOTA EVOLUCIÓN: 3/08/17, PCTE. QUIEN CONTINÚA PROCESO MUY DILATADO CON SUS ESPECIALISTAS TRATANTES DE ORTOPEDIA, PENDIENTE DE JUNTA MÉDICA PARA VALORACIÓN DEFINITIVA DE SU CUADRO. NO HAY AVANCES EN SU ESTADO, MUY LIMITADO AÚN AL EXAMEN, AMAS MUY POBRES DE MSD, ATROFIA EVIDENTE DEL MISMO, EN ESPECIAL DEL HOMBRO. NO EDEMA.

CONSIDERO CONTINUAR INCAPACIDAD MÉDICA POR 30 DÍAS DESDE 21/07/17, ARTORRESONANCIA DE HOMBRO DERECHO PARA DEFINIR EN SU PRÓXIMA JUNTA MÉDICA. ZALDIAR TAB. 1 CADA 8 HR POR 1 MES. PREGABALINA 150 MGRS : 1 TAB. CADA NOCHE POR 1 MES. CITA AL TÉRMINO DE INCAPACIDAD PARA PRÓRROGA DE LA MISMA.

NOMBRE DEL MÉDICO: HERNAN URRU JA QUINTANA

REGISTRO MÉDICO NO: 304/00

CÓDIGO: 2029/17

CIudad: BOGOTÁ, COLOMBIA

HISTORIA CLINICA CONSULTA MEDICA LABORAL


Nombre: HERNAN URRUTIA QUINTANA

Cc: 23.196.392.67844

NOMBRE DEL MEDICO: HERNAN URRUTIA QUINTANA
REGISTRO MEDICO NO: 3304/00
LIC. S.O NO: 2065/14
PROVEEDOR ARL AXA COLPATRIA

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES **No.** 16461039 **Fecha Nacim:** 08/02/1981 **Edad:** 36 A **G.S. RH:** **Gen:** Masculino

Estado Civil: Soltero **Tipo:** Beneficiario **Ocupación:** SIN DEFINIR

Dirección: CALLE 59 1C 73 **Tfo:** 3154479093/ **Municipio:** CALI [VALLE DEL CAUCA]

Acompañante: **Tfo:** **Parentesco:**

Entidad: POSITIVA S.A **Regimen:** Otro

(Ord. Cronol. => 3 Fec. Atenc. => miércoles, 6 de septiembre de 2017 Hora. => 14:18 Edad. => 36 A Atención en. => FISIATRIA)

DATOS INICIALES

> Motivo De Consulta - Siniestro Y Fecha At: PARA CONCEPTO POR FISIATRIA.[fin]

> Plan De Tratamiento: ALTA POR FISIATRIA

PASA A PCLO MAS SECUELAS

EGRESO POR FISIATRIA

PRONOSTICO FAVORABLE.[fin]

> Enfermedad Actual: SINIESTRO Y FECHA DEL EVENTO 242061341 28/11/2015

ENFERMEDAD LABORAL DE HOMBRO DE TIPO QX EN NOVIEMBRE 2016

DOLOR CRONICO MAS LIMITACION DE AMAS DE HOMBRO DEL MSD

EN MANEJO DE CLINICA DEL DOLOR

EN ALTA POR ORTOPEDIA

DOLOR CRONICO DE HOMBRO

ES ENVIADO PARA PROCESO DE PCLO Y SECUELAS.[fin]

> Examen Fisico: VER ABAJO.[fin]

> Diagnostico: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO SI 16-08-16 ORIGEN OTRA

ARL PROFESIONAL PROFESIONAL

[fin]

> Revisión Por Sistema: N.[fin]

> Pronostico: FAVORABLE.[fin]

> Control: ALTA POR FISIATRIA

PASA A PCLO MAS SECUELAS

EGRESO POR FISIATRIA

PRONOSTICO FAVORABLE.[fin]

> Conducta A Seguir: ALTA POR FISIATRIA

PASA A PCLO MAS SECUELAS

EGRESO POR FISIATRIA

PRONOSTICO FAVORABLE.[fin]

DIAGNOSTICO CIE10 - INCAPACIDAD

Dx Ppal: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO

Tipo Diagnostico:

Finalidad De Consulta: Detección De Alteraciones Del Adulto

Causa de Consulta: Enfermedad Profesional

Estado de Conciencia: Alerta -- Glasgow(7):

Estado de Embriaguez: Ninguno

Incapacidad Medica:

ANTECEDENTES PERSONALES

> Empresa: CONALTA [fin]

> Antigüedad En La Empresa: MAS DE 15 AÑOS [fin]

> Cargo: OPERARIO PLANTA [fin]

> Situaciones Riesgosas Identificables: FISICO

ERGONOMICO

PSICOSOCIAL [fin]

> Dominancia Derecha MISMO LADO DE LA LESION [fin]

> Regimen AVEP: VER ARRIBA [fin]

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fech Nacim: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino

Estado Civil: Soltero Tipo: Beneficiario Ocupacion: SIN DEFINIR

Direccion: CALLE 59 IC 73 Tfo: 3154479093/ Municipio: CALI [VALLE DEL CAUCA]

Acompañante: Tfo: Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A Regimen: Otro

Ord. Cronol. => 3 Fec. Atenc. => miércoles, 6 de septiembre de 2017 Hora. => 14:18 Edad. => 36 A Atencion en. => FISIATRIA

- > Antecedentes Terapéuticos: NINGUNO.[fin]
- > Antecedentes Patológicos: NINGUNO.[fin]
- > Antecedentes Farmacológicos Y Quien Pres: NINGUNO.[fin]

EXAMEN FISICO

- > Inspeccion: AMBUALTORIO.[fin]
 - > Palpacion: MIOFASCIAL DE CINTURA ESCAPULAR Y DE H OMBRO DEL MSD.[fin]
 - > Sensibilidad: MIOFASCIAL DE CINTURA ESCAPULAR Y DE H OMBRO DEL MSD
- EN TP DE TRAPECIO SUPERIOR
ELEVADOR ESCAPULAR
ROMBOIDEOS
CINTURA ESCAPULOAR.[fin]
- > Evaluacion De Movilidad: AMAS DE HOMBRO
- ABD 90
FELXION 120
ROTACIONES 80-90
ADUCCION 80
EXTENSION 70.[fin]
- > Flexibilidad: AMAS DE HOMBRO
- ABD 90
FELXION 120
ROTACIONES 80-90
ADUCCION 80
EXTENSION 70.[fin]
- > Evaluacion De La Fuerza Muscular: 4 SOBRE 5.[fin]
 - > Pruebas Complementarias: HC.[fin]
 - > Evaluacion Funcional: FAVORABLE.[fin]
 - > Mecanismo De Desplazamiento: NINGUNO.[fin]

PROFESIONAL REMITENTE

- > Medico Tratante: JOSE AVENDAÑO REG 768682.[fin]
 - > Fecha Proximo Control: ALTA POR FISIATRIA
- PASA A PCLO MAS SECUELAS
EGRESO POR FISIATRIA
PRONOSTICO FAVORABLE.[fin]
- > Observacion: ALTA POR FISIATRIA
- PASA A PCLO MAS SECUELAS
EGRESO POR FISIATRIA
PRONOSTICO FAVORABLE

PENDIENTE BLOQUEO DE HOMBRO EN CLINICA DEL DOLOR MAS CONCEPTO FINAL DE ORTOPEDIA HOMBRO
POR FISIATRIA EN MEJORIA MEDICA MAXIMA MAS CANDIDATO PARA PCLO Y SECUELAS [fin]

EVOLUCION MEDICA

transil, con un punto pinza fina y gruesa, con arcos internos por dolor, el cual está presente en todos los grupos musculares del miembro afectado, no se encuentran estigmas para SDRC, paciente es digno para SDRC

Diagnósticos

Diagnósticos

Prat. Tipo	Diagnóstico
☒ Impresión diagnóstica	[M751] SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO
Impresión diagnóstica	[R522] OTRO DOLOR CRÓNICO
Impresión diagnóstica	[F412] TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Análisis: Paciente con síndrome hombro-codo-carpio de 2 años de evolución de accidente laboral, con miembro superior derecho en posición de desuso, con disminución subjetiva de la fuerza prensil, conservando pinza fina y gruesa, con arcos internos por dolor, el cual está presente en todos los grupos musculares del miembro afectado, no se encuentran estigmas para SDRC, paciente que ha recibido terapias físicas y tratamientos farmacológico con pobre resultado, con pronóstico reservado debido al tiempo de evolución y a la refractariedad a todos los tratamientos recibidos, se explica al paciente de carácter actual desde su enfermedad y su cronicidad y escrito anteriormente, crea que los procesos intervencionistas tendrán un resultado bajo para el paciente, sin embargo hay que ofrecerlos reiterando al usuario que la efectividad puede ser poca, iniciamos ciclo benzaprina 15 mg cada noche. Se explica procedimiento, riesgos y beneficios y se insiste con la educación de sus propios al paciente.

Plan de tratamiento: Miltral 15 mg cada noche - Arcoxia 120 mg 14 dosis mes - Bloqueo de hombro derecho ecoguiado - Fluoxetina 20 mg cada mañana - Hidroterapias 15 sesiones

Órdenes de servicio

Órdenes de medicamentos

[30430] ARCOXIA 120 MG TABLETAS ()

Presentación: TABLETA

Dosis: 1	Observaciones:
Frecuencia: tomar 1 tableta inter día 14 dosis mes	
Cantidad: 42	
Días de tratamiento: 90 días	
Vía de administración: oral	

[100008] CICLOBENZAPRINA 15 MG TABLETAS ()

Presentación:

Producto NO POS

Dosis: 1	Observaciones:
Frecuencia: 1 tableta cada noche	
Cantidad: 90	
Días de tratamiento: 90 días	
Vía de administración: oral	

[10889] MOLTOBEN 20 MG CAPSULAS ()

Presentación:

Producto NO POS

Dosis: 1	Observaciones:
Frecuencia: 1 tableta cada mañana	
Cantidad: 90	
Días de tratamiento: 90 días	
Vía de administración: oral	

Órdenes de servicios

Domino	Código	Cantidad	Servicio
Órdenes Internas	9310901	1	Bloqueo de nervio supra escapular con estimulador de nervio parietal.
			Observación: Bloqueo de hombro derecho ecoguiado
Desempeño Funcional Y Rehabilitación	933300	15	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD
			Observación: Hidroterapias 15 sesiones

Información adicional

Finalidad de la atención:

Causa externa: Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta: No aplica

Médico: Auxiliares

LINA YAZMIN TORRES GONZALEZ

Juan C. Kafury A.
MEDICINA INTERVENCIONISTA
DEL DOLOR - UPR
R.M. 00684194

Juan C. Kafury A.
Medicina Intervencionista
del Dolor - UPR
R.M. 00684194

Juan Carlos Kafury Aragon

Especialidad: Cirujano

T.P. 00684194

Firmado electrónicamente

CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y FISIOTERAPIA E.U.

Nuestro compromiso
Es su Bienestar.

AFICENTER

Código:

Dirección: Carrera 33a # 52 - 30

Teléfono: (2) 387.67.80

Mail @ : caff-yamilemanas@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: **CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES**

No. 16461039

Fecha Nacim: 08/02/1981

Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino

Estado Civil: Soltero

Tipo: Beneficiario

Ocupación: SIN DEFINIR

Dirección: CALLE 59 1C 73

Tfo: 3154479093/

Municipio: CALI [VALLE DEL CAUCA]

Acompañante:

Tfo:

Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Régimen: Otro



Firma Digitalizada

JOSE ANTONIO AVENDAÑO SINISTERRA

[FISIATRIA - Reg. 768682]

Centro de Acondicionamiento
Físico y Fisioterapia E. U
NIT. 805.025.635-8



Paciente: JUAN ANDRES CASTRO GARCIA

Doc: CC-16461089

Edad: 36

Fecha: 06/09/2017

Servicios

053109 Bloqueo de nervio supraescapular con estimulador de nervio periférico

Cantidad: 1

Observacion: Bloqueo de hombro derecho ecoguiado

939300 TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD

Cantidad: 5

Observacion: Hidroterapia 5 sesiones

Juan C. Kafury A.
MEDICINA INTERVENCIONISTA
DEL DOLOR - UPR
R.M. 00684194

Juan C. Kafury A.
Medicina Intervencionista
del Dolor - UPR
R.M. 00684194

Fecha de Impresion: 9/6/17 9:07 AM

JUAN CARLOS KAFURY ARAGON RM00684194 Universidad



Paciente: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
Edad: 36 Fecha: 06/09/2017
Profesional: JUAN CARLOS KAFURY ARAGON

Tipo: CC No de documento: 16461039
Registro Medico: 00684194

Prescripción Medicamentos

ARCOXIA 120 MG TABLETAS ()

Dosis: 1 Cantidad: 42 Dias de tratamiento: 90 dias
Frecuencia / Vía de administración: tomar 1 tableta interdía 14 dosis mes / oral

Observaciones:

CICLOBENZAPRINA 15 MG TABLETAS ()

Dosis: 1 Cantidad: 90 Dias de tratamiento: 90 dias
Frecuencia / Vía de administración: 1 tableta cada noche / oral

Observaciones:

MOLTOBEN 20 MG CAPSULAS ()

Dosis: 1 Cantidad: 90 Dias de tratamiento: 90 dias
Frecuencia / Vía de administración: 1 tableta cada mañana / oral

Observaciones:

Juan C. Kafury A.
MEDICINA INTERVENCIONISTA
DEL DOLOR - UPR
R.M. 00684194
Juan C. Kafury A.
Medicina Intervencionista
del Dolor - UPR
R.M. 00684194

Fecha de impresion: 9/6/17 9:07 AM

Pagina 1 de 1

Firma y Sello Medico

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

CALLE 5B4 #37 - 130 B/SAN FERNANDO -- PBX: 488 0909



Historia Clínica 99 - MEDICINA DEL DOLOR
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CO-1646-039
Edad actual: 36 años
Underlined
Underlined

Fecha de la atención: 06/09/2017 08:04:10
Tipo de atención: Primera vez
Profesional: Juan Carlos Kariy Aragón (TP: 00684194) Cirujano
Plan de atención: POSITIVA/ARI - POSITIVA

Anamnesis

Motivo de la atención

Paciente que refiere dolor en hombro derecho

Enfermedad actual

Paciente que asiste por primera vez a consulta de medicina del dolor, con cuadro clínico de dolor en hombro derecho, secundario a accidente laboral "levantando un bulto", con 2 años de evolución, con una intensidad 10/10, el dolor es de tipo desgarrar, tirón, punzada, entumecimiento, es continuo, no y viene, empeora en la noche, al estar acostado, sentado, de pie, al realizar ejercicio, el dolor mejora al estar sentado, al dormir, con el sueño, actividades cotidianas, trabajo y sexo, le hace sentir irritabilidad, tristeza, frustración, desamparo, depresión.
Paciente actualmente incapacitado hace 11 meses

Le han realizado terapia física sin alivio al dolor.

Actualmente con tratamiento farmacológico de zaldiar cada 12 horas, acetaminofen+tramadol cada noche, con poco alivio del dolor

Presenta ayudas diagnósticas:

RNM HOMBRO DERECHO MAR/2017, RUPTURA DE ESPESOR EN LA FIBRAS DEL TENDÓN DEL SUPRA-ESPINOZO, COMPROMISO APROXIMADAMENTE 40%, TENDINOSIS.

EMG MSD MAR/2017, NORMAL, NO HAY EVIDENCIA ELECTROFISIOLÓGICA DE LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL DERECHO NI DE AFECTACIÓN DEL NERVO PERIFÉRICO EN EL MSD.

Antecedentes

Antecedentes personales

Antecedente	Si	No	No sabe	Observaciones
Alérgicos	☒	☐	☐	No refiere
Hipertensión	☒	☐	☐	
Diabetes	☒	☐	☐	
Dislipidemias	☒	☐	☐	
Hipotiroidismo	☒	☐	☐	
Hipertiroidismo	☒	☐	☐	
Medicamentos	☒	☐	☐	
Quirúrgicos	☒	☐	☐	Cirugía de labique, varicocele
Trastornos neurológicos	☒	☐	☐	
Trastornos cardíacos	☒	☐	☐	
Hospitalizaciones	☒	☐	☐	
Perinatales	☒	☐	☐	
Hematológicos	☒	☐	☐	
Cáncer	☒	☐	☐	
Antecedentes patológicos	☒	☐	☐	
Genéticos	☒	☐	☐	

Examen físico

Valores antropométricos

Nombre	(Actual) 2017-09-06 08:10:38
Peso	106 kg
Talla	180 cm
IMC	32.72 (Obesidad) kg/m ²
Perímetro abdominal	
Grasa	
Muscular	
Pulso	

Signos vitales

Nombre	(Actual) 2017-09-06 08:10:38
Frecuencia cardíaca	86 puls/min
Frecuencia respiratoria	17 resp/min
Tensión arterial sistólica Toma 1	131 mm Hg
Tensión arterial diastólica Toma 1	80 mm Hg
Temperatura	
Pulsioximetría	97 PO ₂

Examen físico

Sistema	Normal	Anormal	Observación
Extremidades	☒	☐	miembro superior derecho en posición de decúbito, con disminución subjetiva de la fuerza



EXAMEN FÍSICO:

HOMBRO DERECHO: HIPOTROFIA MUSCULATURA CINTURA ESCAPULAR, FLEXION 45 ABDUCCION: 45, ROTACION EXTERNA: 30, ACTIVOS ASISTIDOS FLEXION 90 ABDUCCION 90
 RNM HOMBRO DERECHO MARZO 26 2017: RUPTURA PARCIAL ARTICULAR SUPRAESPINO 40%

IDX: 1. SINDROME MANGUITO ROTADOR HOMBRO DERECHO

ANÁLISIS Y PLAN

POP 10 MESES ARTROSCOPIA HOMBRO DERECHO, ACROMIOPLASTIA, SINOVECTOMIA, NO SE OBSERVAN RUPTURAS MANGUITO, PCTE CON DOLOR CRÓNICO HOMBRO, NUEVA RNM RUPTURA PARCIAL SUPRAESPINO 40% ARTICULAR, LA CUAL NO ES INDICATIVA DE MANEJO QX, PCTE CON DOLOR CRÓNICO HOMBRO DERECHO NO REQUIERE MANEJO QX
 EGRESO POR ARTROSCOPIA
 MANEJO ARL PARA PCL

MEDICAMENTOS FORMULADOS Y/O AYUDAS DIAGNÓSTICAS (Con justificación):

3. NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA Y SELLO
Mauricio Angel	<i>Dr. Mauricio Angel B.</i> Ortopedia y Traumatología Artroscopia Hombro y Rodilla R.M. 761177



HISTORIA CLÍNICA MANUAL - GENERAL

1/2

1. DATOS DEL PACIENTE

FECHA:	12/09/2017	TIPO DE USUARIO:	APL		
ENTIDAD:	POSITIVA				
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN CASTRO				
IDENTIFICACIÓN:	16461039	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A):	DIA	MES	Año
EDAD: 36		GÉNERO:	F	M	TEL:
DIRECCIÓN:	OPERARIO		CIUDAD: CALI - VALLE		

2. DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO ANT:	M751SINDROME MANGUITO ROTATORIO
MEDICO TRATANTE:	
MOTIVO DE CONSULTA:	

ENFERMEDAD PROFESIONAL
SINIESTRO: 242061341

ENFERMEDAD ACTUAL:

DOLOR HOMBRO DERECHO SUBITO AL LEVANTAR BULTO DE 50 KG DE AZUCAR JULIO 27 2015
FUE LLEVADO A CIRUGIA NOVIEMBRE 2016 CLINICA DE LOS REMEDIOS : ACROMIOPLASTI HOMBRO DERECHO ,
SINOVECTOMIA , BURSITIS . NO EVIDENCIA RUPTURA MANGUITO ROTADOR
REFIERE DOLOR CRONICO HOMBRO DERECHO EL CUAL EMPEORO REFIERE FCTE POSTERIOR A CIRUGIA , ADEMAS
LIMITACION FUNCIONAL

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Marlen Osorio Molina

De: Servicio Al Cliente
Enviado el: martes, 5 de septiembre de 2017 10:41 a. m.
Para: Marlen Osorio Molina
Asunto: 11- RV: CC 16461039 - JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
Datos adjuntos: j1.jpg; j2.jpg; j3.jpg; j4.jpg; J5.jpg

BUENAS MARLEN – 11

SALA-4



**JUNTA NACIONAL
DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ**

Marta Lucia Garcia
Auxiliar Administrativo
marta.garcia@juntanacional.com
Tel. (+571) 744 0737 Ext. 0
Av Park Way - Diag. 36 Bis # 20 - 74
Barrio La Soledad
Bogotá D.C. – Colombia
www.juntanacional.com

De: Magaly Chaparro Perez [mailto:magaly.chaparro@positiva.gov.co]
Enviado el: viernes, 11 de agosto de 2017 06:51 p.m.
Para: Sala4 <sala4@juntanacional.com>
Asunto: CC 16461039 - JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Doctora Adriana Del Pilar Enriquez

Remito valoración por Medico laboral, solicita valoración por artroscopista de hombro y otras especialidades. Se generan autorizaciones.

Cordialmente,



† **Magaly Chaparro Pérez**
📁 **Gerencia Médica**
✉ **Profesional Autorizaciones**
☎ **PBX: 6502200 Ext. 10447**
📍 **Autopista Norte No 94-72 piso 4**

CONFIDENCIAL. La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona o la organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, por favor reenvíelo y borre el mensaje recibido inmediatamente. El contenido de este mail es informativo y no se constituye como documento legal.

CONFIDENTIAL. This message contains privileged and confidential information intended only for the person or entity to which it is addressed. Any review, retransmission, dissemination, copy or other use of, or taking of any action in reliance upon this information by persons or entities other than the intended

Martha Lucia Garcia Gonzalez

JUNTA NACIONAL CALIFICACION INVALID
Al contestar Cite el siguiente radicado
* 0 1 0 0 0 7 4 2 5 0 *
16/08/2017 04:44:42 PM
ASUNTO: COMUNICACIÓN
Folios: 1 - Anexos: 0

De: Servicio Al Cliente
Enviado el: miércoles, 16 de agosto de 2017 09:24 a.m.
Para: Marlen Osorio Molina; Cristian Ernesto Collazos Salcedo; Adriana Del Pilar Enriquez Castillo
Asunto: 11-RV: CC 16461039 - JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
Datos adjuntos: j1.jpg; j2.jpg; j3.jpg; j4.jpg; J5.jpg

RAD 21/11/2016 V. CAUCHA S-4
VAL 28/11/2016
Sup. Marlen

Dra Enriquez

Buenas Marlen-11

SALA-4



**JUNTA NACIONAL
DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ**

Marta Lucia Garcia
Auxiliar Administrativo
marta.garcia@juntanacional.com
Tel. (+571) 744 0737 Ext. 0
Av Park Way - Diag. 36 Bis # 20 - 74
Barrio La Soledad
Bogotá D.C. - Colombia
www.juntanacional.com

De: Magaly Chaparro Perez [mailto:magaly.chaparro@positiva.gov.co]
Enviado el: viernes, 11 de agosto de 2017 06:51 p.m.
Para: Sala4 <sala4@juntanacional.com>
Asunto: CC 16461039 - JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Doctora Adriana Del Pilar Enriquez
Remito valoración por Medico laboral, solicita valoración por artroscopista de hombro y otras especialidades. Se generan autorizaciones.
Cordialmente,



† **Magaly Chaparro Pérez**
📁 **Gerencia Médica**
✍ **Profesional Autorizaciones**
☎ **PBX: 6502200 Ext. 10447**
📄 **Autopista Norte No 94-72 piso 4**

CONFIDENCIAL. La información contenida en este mensaje es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona o la organización a la cual está dirigido. Si usted no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, por favor reenvíelo y borre el mensaje recibido inmediatamente. El contenido de este mail es informativo y no se constituye como documento legal.

CONFIDENTIAL. This message contains privileged and confidential information intended only for the person or entity to which it is addressed. Any review, retransmission, dissemination, copy or other use of, or taking of any action in reliance upon this information by persons or entities other than the intended recipient, is prohibited. If you received this message in error, please notify the sender immediately by e-mail, and please delete it from your system. The content of this mail is informative and not constituted as a legal document.

20/02/11 4:34 am

Dr. LUIS ALBERTO AMAYA VARGAS

Medicina Fisica Y Rehabilitacion - Fisiatria

Electromiografia - Potenciales Evocados

Centro Medico de Especialistas "EL NOGAL"

Calle 12 No 5-125 Telefax 098-8720491 Neiva (H).

493

99

Patient: APONTE N., LUIS OLIVO Age/DOB: 53A

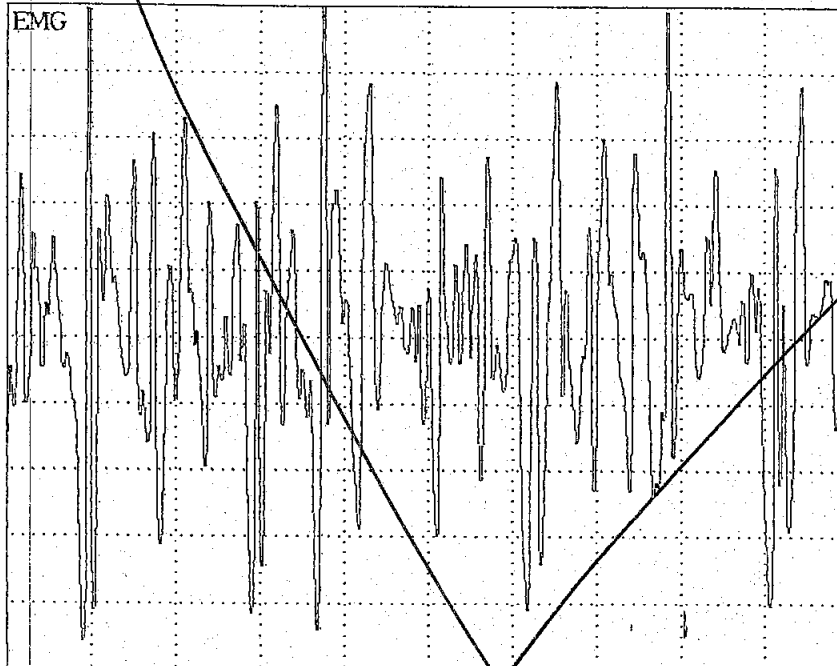
Patient ID: CC:19.347.101

Sex: Male

Physician: L. ALBERTO AMAYA V.

THECHNICIAN CADWELL 6200A

Ref Phys: SALUDCOOP



Ch	Hicut	Locut	Gain (μ V/div)	Sweep (ms/div)
1	10000	10.00	1000.	30.0

HISTORIA CLINICA:

Hace 5 dias presenta dolor lumbar severo iniciado hace 5 dias con irradiacion al MII hasta la pierna.

81

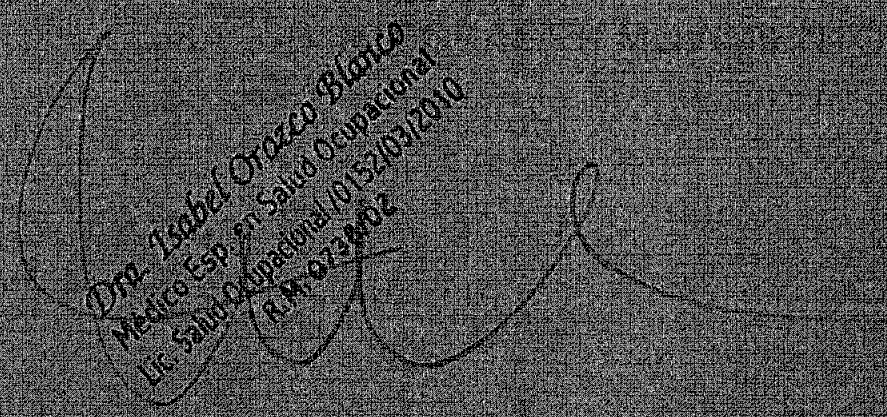
Fecha: 05/08/2013

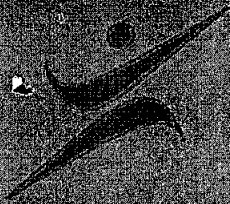
Nombre: Julian Castro

R/ CC 8461039

V/ Artroscopia de hombro
Dr. Angel

Dx M351


Dra. Isabel Orozco Blanco
Médico Esp. en Salud Ocupacional
Lic. Salud Ocupacional 10152103/2010
R.M. 0734/02



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y FISIOTERAPIA EU

Nuestro compromiso
Es su Bienestar

AFICENTER

Cóctos:

Dirección: Carrera 43a y 5a 30

Teléfono: (2) 467.67.80 - 5531816

Mail: @_cafe_vamilethanas@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fecha Nacim: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino

Estado Civil: Soltero Tipo Beneficiario: Ocupación: SIN DEFINIR

Dirección: CALLE 59-1C 73 Tiro: 31154479093/ Municipio: CALI VALLE DEL CAUCA

Acompañante: Tito Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Regimen: Otro

[Ord. Cronol] => 2 Eco. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: => 07:38 Edad: => 36 A. Atencion en: => MEDICO LABORAL

DATOS INICIALES

> Motivo De Consulta: Sinistro Y Fecha At: SINISTRO: 242061341

ENFERMEDAD LABORAL DE FECHA

EN CUIDA 2 TIENE ACERPTADOS EL DIAGNOSTICO M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO SIN PCL

INGRESADO POR CONSULTA [fin]

> Plan De Tratamiento: 1. TIENE PENDIENTE NUEVA VALROACION POR INCI DADO QUE EN NOVIEMBRE DE 2016 ESTA QUEDO APLAZADA POR RECIENTE QX

2. VALROACION POR ORTOPEDISTA ARTROSCOPICA DE HOMBRO PARA PCL

3. SE EMITEN RECOMENDACIONES LABORALES LAS CUALES SE HARN EFECTIVAS AL MOMENTO DEL REINGRO LABORAL

4. CON EL CONCEPTO DEL ORTOPEDISTA VALROACION CON FISIATRIA PARA PCL

5. DADO QUE EL DOLOR ES TAN INTENSO Y HA TENIDO MULTIPLES MDICCIONES SE CONSIDERA QUE DEBE SER VALORADO POR CLINICA DE DOLOR PARA PCL

[fin]

> Enfermedad Actual: EPS: SOS

ARP: CONFONDOS

ARP: POSITIVA

EDAD: 36 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1981

LUGAR DONDE VIVE: CALI

CARGO: OPERARIO DE PLANTA

EMPLEADOR: CONALTA DE OCCIDENTE SAS

NIT: 900.321.57

ESCOLARIDAD: BACHILLERATO COMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO

SINISTRO: 242061341

ENFERMEDAD LABORAL DE FECHA

EN CUIDA 2 TIENE ACERPTADOS EL DIAGNOSTICO M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO

SIN PCL

CON 102 DIAS DE INCAPACIDAD RADICADOS EN APLICATIVO HASTA DICIEMBRE 2016

ECOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO TOMADA 11/08/2015 EN CLINICA DE LOS REMEDIOS INFORMADA POR RADIOLOGO DR CARBONELL

CONCLUSION: "TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO CON RUPTURA PARCIAL - TENOSINOVITIS DEL TENDON DEL BICEPS BRAQUIAL - BURSTIS SUBDELTOIDEA"

RMN DE HOMBRO DERECHO TOMADA EN LUNGA VITA 21/09/2015 INFORMADA POR RADIOLOGO DR ALTUZARRA "CONCLUSION RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOZO Y SUBESCAPULAR - TENDINOPATIA DEL INFRAESPINOZO - TENOSINOVITIS DEL BICCAPITAL - DERRAME ARTICULAR GLENOHUMERAL"

TRAE DICAMEN DE LA JRCI DEL VALLE DE 13/05/2016 DONDE CALIFICAN M755 BURSTIS SUBACROMIOSUBDELTOIDEA

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fecha Nacimiento: 08/02/1981 Edad: 36 A GS RH: Gen: Masculino
Estado Civil: Soltero Tipo: Beneficiario Ocupación: SIN DEFINIR
Dirección: CALLE 59 LC 73 No. 3154-179093 Municipio: CALI (VALLE DEL CAUCA)
Acompañante: Tipo: Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Regimen: Otro

Ord. Cronol. => 2 Fec. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: => 07:36 Edad: => 36 A Atención => MEDICO LABORAL

DERECHA: M751 SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO M752 TENDINITIS DEL BICEPS DERECHO COMO ENFERMEDAD LABORAL

Y TRAUMATISMO DE HOMBRO DERECHO CON PCL 0% AT

24/11/2016 SE REALIZA OX DE HOMBRO DERECHO REALIZADA POR ORTOPEDISTA DR. RAMOS "DESCRIPCION: PACIENTE EN DECUBITO LATERAL DERECHO, ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS ABORDAJE POR TRES PORTALES ARTROSCÓPICOS SE OBSERVA MANGUITO ROTADOR SANO, BICEPS SANO, SUBSCAPULAR SANO, LABRUM SANO DESDE SUBACROMIAL PINZAMIENTO ANTERIOR DE HOMBRO ABUNDANTE SINOVITIS Y BURSTITIS EN ESPACIO SUBACROMIAL SE REALIZA SINEVECTOMIA TOTAL Y ACROMIOPLASTIA ANTERIOR LAVADO VENDAJE SE UTILIZO PUNTA DE RADIOFRECUENCIA Y CUCHILLA SHAVER"

COMENTA QUE FUE VALORADO PR JNCI EL 26/11/2016 SIN EMBARGO POR OX RECIENTE QUEDO APLAZADO EL PRONUNCIAMIENTO DEL DICTAMEN

EMG + VNC DE MSD TOMADA POR FISIATRA DRA. LEGARDA 09/03/2017 "CONCLUSIONES: ESTUDIO NORMAL NO HAY EVIDENCIA ELECTROFISIOLÓGICA DE LESION DEL PLEXO BRAQUIAL DERECHO NI DE AFECTACION DEL NERVO PERIFERICO EN EL MSD"

RMN DE HOMBRO DERECHO TOMADA EN RIDOC SAS EL 26/03/2017 INFORMADA POR RADIOLOGO DR. DURAN "CONCLUSION: RUPTURA

DE ESPESOR PARCIAL EN LAS FIBRAS DEL TENDON DEL SUPRAESPINOZO, COMPROMISO APROXIMADAMENTE 40 %, TENDINOSIS"

VALORADO POR OX DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR DR. OSPINA EL 20/06/2017 "PACIENTE CON TRAUMA SOBRE HOMBRO DERECHO HACE 2 AÑOS CON RUPTURA SE REALIZO MANEJO ARTROSCOPICO CON RESULTADO NORMAL. REFIERE QUE ACTUALMENTE PRESENTA

PARESTESIAS EN ANTEBRAZO, DOLOR EN HOMBRO PERISISTENTE REFIERE QUE LOS SINTOMAS EMPEORARON DESPUES DE LA OX INFORME DE ARTROSCOPIA MUESTRA MANGUITO SANO, LABRUM Y OTRAS ESTRUCTURAS COMPLETAMENTE SANAS, SOLO SINOVITIS,

SE REALIZA ACROMIOPLASTIA Y SINEVECTOMIA EF. AMAS DE MSD FLEXION 70 GRADOS, EXT 30 GRADOS, ABD 50 GRADOS, DOLOR EN LA CORREDERA OCCIPITAL HIPOESTESIA EN BRAZO EDEMA EN MANO PLAN: JUNTA DE OX DE MANO, INCAPACIDAD POR 30 DIAS

PACIENTE QUE VIENE INCAPACITADO DESDE 01/10/2016 HASTA 19/03/2017

LA ÚLTIMA INCAPACIDAD EMITIDA POR MEDICO LABORAL DE LA COOPERATIVA EN QUE LABORA NO TRAHE DE DICHA ATENCION [fin]

> Examen físico: PACIENTE QUE INGRESA SOLO SIN ALTERACION EN LA MARCHA

FR: 20 X MIN/PC 78 X MIN

MANO DOMINANTE: DERECHA

EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO NO EDEMA NO DERRAME NO CAMBIOS DE COLORACION NI DE TEMPERATURA

PACIENTE CON POSICION DEFENSIVA DE EXTENSION DE MSD APOYADO AL TRONCO

SEÑALES DE MAGNIFICACION

HOMBRO DERECHO NO DEFORMADA Y ES SIMETRICO AL CONTRARIO

LLAMA LA ATENCION QUE PARA EL POCO MOVIMIENTO QUE SE MANIFIESTA NO HAY ATROFIA MUSCULAR

AMAS PASIVOS DE HOMBRO DERECHO FLEXION 120 GRADOS, EXTENSION 45 GRADOS, ADDUCCION 100 GRADOS, ROTACIONES INTERNA Y EXTERNA 50 GRADOS, REFIERE MUCHO DOLOR CON RESISTENCIA MUSCULAR



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y FISIOTERAPIA FU

Nuestro compromiso
Es su Bienestar

ARICENTER

Código:

Dirección: Carrera 19a # 93 - 40

Teléfono: (2) 387 62 80 - 353 616

E-Mail: caf@yamileena.es@gmail.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: **CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES** No. 16461039 Fecha Nacim: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino

Estatus Civil: Soltero

Tipo: Beneficiario

Ocupación: SIN DEFINIR

Dirección: CALLE 58 16 73 Tiro: 3154479093

Municipio: CALI VALLE DEL CAUCA

Acompañante:

Tipo:

Parentesco:

Entidad: POSTIVA S.A. Régimen: Otro

Origen: Origen: Es 2º Paso Afiliado => sábado 9 de agosto de 2017 Hora: => 07:38 Edad: => 36 A Afiliación: => MEDICO LABORAL

NO SIGNOS DE PINZAMIENTO NI DE INESTABILIDAD ARTICULAR

FUERZA MUSCULAR NO EVALUABLE PORQUE EL PACIENTE BAJA EL MSD Y NO LO MANTIENE. PRESENTA TEMBLOR FINO A LA MOVILIZACION DE MSD.

AMAS DE CODO Y MANO COMPLETOS FUERZA PRENSIL 4/5

NO SINOVITIS NO SIGNOS DE SDRG

[fin]

> Diagnostico: M751 - SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO [fin]

> Revisión Por Sistema: PACIENTE QUE POSTERIOR DE LA CIRUGIA EL DOLOR SE INTENSIFICO CON ADROMECIMIENTO EN MSD QUE HA IDO EMPEORANDO CON MAYOR LIMITACION CADA DIA, COMENTA QUE EMPEORO CON LAS TERAPIAS FISICAS, DE FORMA OCASIONAL PRESENTA DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO Y DOLOR EN MANO IZQUIERDA CON SENSACION DE QUE ESTA ABIERTA

[fin]

> Pronóstico: FAVORABLE [fin]

> Control: PACIENTE COMENTA QUE NO HA PODIDO TERMINAR SU TITO PORQUE HA TENIDO CAMBIOS DE PROVEEDOR Y DE MEDICO TRATANTE CON DIFERENTES ESPECIALISTAS PORQUE LA ARL NO TIENE CONVENIO [fin]

> Conducta A Seguir:

DIAGNOSTICO CIE10 - INCAPACIDAD

Dx Ppal: M751 - SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO

Tipo Diagnostico:

Finalidad De Consulta: No Aplica

Causa de Consulta: Enfermedad Profesional

Estado de Conciencia: - Glasgow(7)

Estado de Embriaguez: Ninguno

Incapacidad Medica:

ANTECEDENTES PERSONALES

> Empresa: CONALTA DE OCCIDENTE SAS [fin]

> Antigüedad En la Empresa: FECHA DE INGRESO 03/01/2016 [fin]

> Cargo: OPERARIO DE PLANTA (MANEJO DE BULTO 50 KG, MEZCLAS DE PRODUCTOS) [fin]

> Situaciones Riesgosas Identificables:

> Dominancia: DIESTRO [fin]

> Fecha De At/ep: 28/11/2015 [fin]

> Antecedentes Terapéuticos:

> Antecedentes Patológicos: PATOLOGICOS: SINUSITIS

QUIRURGICOS: OX DE MANGUITO ROTADOR DERECHO (23/11/2016)

MEDICAMENTOSOS: NO REFIERE ACTUALMENTE TRAMADOL, TABLETAS NO RECUERDA MG 2 DIA, ZALDIAR 1 DIA

ALERGICOS: NO REFIERE

TRAUMATICOS: TRAUMA EN HOMBRO DERECHO CON LIX DE MANGUITO ROTADOR (AT 27/01/2015 COLPATRIA CALIFICADO POR LA ARL 0% Y LO CALIFICAN COMO ENFERMEDAD LABORAL)

TOXICOS: NO REFIERE

FAMILIARES: NO REFIERE

EN LOS RATOS LIBRES: LEER, COMPARTO CON SUS HIJAS

[fin]

Antecedentes Farmacológicos Y Quien Pres:

EXAMEN FISICO



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y FISIOTERAPIA EU

Nuestro compromiso
Es su Bienestar

AFICENTER

Creación

Dirección: Carrera 13a. No. 30

Teléfono: (2) 387 5740 - 564416

Mail: aficenter@aficenter.com

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fecha Nacimiento: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino
Estado Civil: Soltero Tipo Beneficiario: Ocupación: SIN DEFINIR
Dirección: CALLE 59 10 73 Tlf: 3154474093 Municipio: CALI (VALLE DEL CAUCA)
Acompañante: Tío Parientes: No

Entidad: POSITIVA S.A. Régimen: Otro

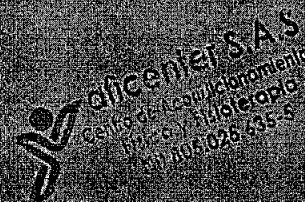
Ord. Control: 22-2 Fac. Atenc. Sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: 07:38 Edad: 36 A Atendimiento: MEDICO LABORAL

- > Inspección
- > Palpación
- > Sensibilidad
- > Evaluación De Movilidad
- > Flexibilidad
- > Evaluación De La Fuerza Muscular
- > Pruebas Complementarias
- > Evaluación Funcional
- > Mecanismo De Desplazamiento

PROFESIONAL REMITENTE

- > Médico Tratante
- > Fecha Próximo Control
- > Observación

EVOLUCION MEDICA




ISABEL OROZCO BLANCO
[MEDICO LABORAL - Reg. 0738-2002]

De: Servicio Al Cliente

Enviado el: miércoles, 16 de agosto de 2017 09:26 a.m.

Para: Marlen Osorio Molina <marlen.osorio@juntanacional.com>; Cristian Ernesto Collazos Salcedo <cristian.collazos@juntanacional.com>; Adriana Del Pilar Enriquez Castillo <adriana.enriquez@juntanacional.com>

Asunto: 11-RV: CC 16461039 - JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Buenas Marlen-11

SALA-4



**JUNTA NACIONAL
DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ**

Marta Lucia Garcia
Auxiliar Administrativo
marta.garcia@juntanacional.com
Tel. (+571) 744 0737 Ext. 0
Av Park Way - Diag. 36 Bis # 20 - 74
Barrio La Soledad
Bogotá D.C. – Colombia
www.juntanacional.com

De: Magaly Chaparro Perez [<mailto:magaly.chaparro@positiva.gov.co>]

Enviado el: viernes, 11 de agosto de 2017 06:51 p.m.

Para: Sala4 <sala4@juntanacional.com>

Asunto: CC 16461039 - JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Doctora Adriana Del Pilar Enriquez

Remito valoración por Medico laboral, solicita valoración por artroscopista de hombro y otras especialidades. Se generan autorizaciones.

Cordialmente,



† **Magaly Chaparro Pérez**
☐ **Gerencia Médica**
✍ **Profesional Autorizaciones**
☎ **PBX: 6502200 Ext. 10447**
📄 **Autopista Norte No 94-72 piso 4**

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JUAN ANDRES No. 16461039 Fecha Nacimiento: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino
 Estado Civil: Soltero Tipo: Beneficiario Ocupación: SIN DEFINIR
 Dirección: CALLE 59 1672 Tfo: 3154479093 Municipio: CALI [VALLE DEL CAUCA]
 Acompañante: Tfo: Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Régimen: Otro

Origen: Otro EPS: Atenc. Es: Sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: 07:38 Edad: 36 A Atencion en: MEDICO LABORAL

DATOS INICIALES

> Motivo De Consulta: Siniestro y fecha At. SINIESTRO: 242061341

ENFERMEDAD LABORAL DE FECHA

EN CUENTA 2 TIENE ACERTADOS EL DIAGNOSTICO M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO SIN PCL

INGRESADO POR CONSULTA [Tr]

> Plan De Tratamiento: 1. TIENE PENDIENTE NUEVA VALORACION POR UNCI DADO QUE EN NOVIEMBRE DE 2016 ESTA QUEDO APLAZADA POR RECIENTE QX

2. VALORACION POR ORTOPEDISTA ARTROSCOPICA DE HOMBRO PARA PCL

3. SE EMITEN RECOMENDACIONES LABORALES, LAS CUALES SE HARN EFECTIVAS AL MOMENTO DEL REINTGRO LABORAL CON EL CONCEPTO DEL ORTOPEDISTA VALORACION CON FISIATRIA PARA PCL

5. DADO QUE EL DOLOR ES TAN INTENSO Y HA TENIDO MULTIPLES MDICIONES SE CONSIDERA QUE DEBE SER VALORADO POR CLINICA DE DOLOR PARA PCL

[Tr]

> Enfermedad Actual: EPS: SGS

AFP: COLFONDOS

ARP: POSITIVA

EDAD: 36 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1981

LUGAR DONDE VIVE: CALI

CARGO: OPERARIO DE PLANTA

EMPLEADOR: CONALTA DE OCCIDENTE SAS

NIT: 900132157

ESCOLARIDAD: BACHILLERATO COMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO

SINIESTRO: 242061341

ENFERMEDAD LABORAL DE FECHA

EN CUENTA 2 TIENE ACERTADOS EL DIAGNOSTICO M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO SIN PCL

CON 102 DIAS DE INCAPACIDAD RADICADOS EN APLICATIVO HASTA DICIEMBRE 2016

ECOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO TOMADA 11/08/2015 EN CLINICA DE LOS REMEDIOS INFORMADA POR RADIOLOGO DR. CARBONELL

CONCLUSION: TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOSO CON RUPTURA PARCIAL *TENOSINOVITIS DEL TENDON DEL BICEPS BRAQUIA *BURSITIS SUBDELTOIDEA

RMN DE HOMBRO DERECHO TOMADA EN UNGAVITA 21/08/2015 INFORMADA POR RADIOLOGO DR. ALTUZARRA CONCLUSION: RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOSO Y SUBESCAPULAR *TENDINOPATIA DEL INFRAESPINOSO *TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL *DERRAME ARTICULAR GLENOHUMERAL

TRAE DICTAMEN DE LA JRCI DE L VALLE DE 13/05/2016 DONDE CALIFICAN M755 BURSTIS SUBAGROMIOSUBDELTOIDEA

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fech Nacim: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino
 Estado Civil: Soltero Tipo: Beneficiario Ocupación: SIN DEFINIR
 Dirección: CALLE 59 1C 73 Tfo. 3154479093/ Municipio: CALI (VALLE DEL CAUCA)
 Acompañante: Tfo. Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Regimen: Otro

Ord. Cronol. => 2 Feb. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora => 07:38 Edad => 36 A Atención en: => MEDICO LABORAL

NO SIGNOS DE PINZAMIENTO NI DE INESTABILIDAD ARTICULAR.

FUERZA MUSCULAR NO EVALUABLE PORQUE EL PACIENTE BAJA EL MSD Y NO LO MANTIENE, PRESENTA TEMBLOR FINO A LA MOVILIZACION DE MSD.

AMAS DE CODO Y MANO COMPLETOS FUERZA PRENSIL 4/5.

NO SINOVITIS, NO SIGNOS DE SDRC.

[fin]

> Diagnostico: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO. [fin]

> Revisión Por Sistema: PACIENTE QUE POSTERIOR DE LA CIRUGIA EL DOLOR SE INTENSIFICO, CON ADROMECIMIENTO EN MSD, QUE HA IDO EMPEORANDO, CON MAYOR LIMITACION CADA DIA, COMENTA QUE EMPEORO CON LAS TERAPIAS FISICAS, DE FORMA OCASIONAL PRESENTA DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO Y DOLOR EN MANO IZQUIERDA "CON SENSACION DE QUE ESTA ABIERTA".

[fin]

> Pronóstico: FAVORABLE. [fin]

> Control: PACIENTE COMENTA QUE NO HA PODIDO TERMINAR SU TTO PORQUE HA TENIDO CAMBIOS DE PROVEDOR Y DE MEDICO TRATANTE CON DIFERENTES ESPECIALISTAS PORQUE LA ARL NO TIENE CONVENIO. [fin]

> Conducta A Seguir:

DIAGNOSTICO CIE10 - INCAPACIDAD

Dx Ppal: M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO

Tipo Diagnostico:

Finalidad De Consulta: No Aplica

Causa de Consulta: Enfermedad Profesional

Estado de Conciencia: -- Glasgow(7)

Estado de Embriaguez: Ninguno

Incapacidad Medica:

ANTECEDENTES PERSONALES

> Empresa: CONALTA DE OCCIDENTE SAS [fin]

> Antigüedad En La Empresa: FECHA DE INGRESO 03/01/2016. [fin]

> Cargo: OPERARIO DE PLANTA (MANEJO DE BULTO 50 KG, MEZCLAS DE PRODUCTOS). [fin]

> Situaciones Riesgosas Identificables:

Dominancia: DIESTRO. [fin]

> Fecha De At/ep: 28/11/2015. [fin]

> Antecedentes Terapéuticos:

> Antecedentes Patológicos: PATOLOGICOS: SINUSITIS.

QUIRURGICOS: OX DE MANGUITO ROTADOR DERECHO (23/11/2016)

MEDICAMENTOSOS: NO REFIERE ACTUALMENTE TRAMADOL TABLETAS NO RECUERDA MG 2 DIA, ZALDIAR 1 DIA.

ALERGICOS: NO REFIERE

TRAUMATICOS: TRAUMA EN HOMBRO DERECHO CON LX DE MANGUITO ROTADOR (AT 27/01/2015 COLPATRIA CALIFICADO POR LA IRCI 0% Y LO CALIFICAN COMO ENFERMEDAD LABORAL)

TOXICOS: NO REFIERE.

FAMILIARES: NO REFIERE

EN LOS RATOS LIBRES: LEER, COMPARTIR CON SUS HIJAS.

[fin]

> Antecedentes Farmacológicos Y Quien Pres:

EXAMEN FISICO

HISTORIA CLINICA

Paciente: CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES No. 16461039 Fecha Nacimiento: 08/02/1981 Edad: 36 A G.S. RH: Gen: Masculino

Estado Civil: Soltero Tipo: Beneficiario Ocupación: SIN DEFINIR

Dirección: CALLE 59 IC 73 Tfc: 31544790937 Municipio: CALI [VALLE DEL CAUCA]

Acompañante: Tfc: Parentesco:

Entidad: POSITIVA S.A. Régimen: Otro

Ord. Clínico: => 2 Fec. Atenc. => sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: => 07:38 Edad: => 36 A Atención en: => MEDICO LABORAL

- > Inspección:
- > Palpación:
- > Sensibilidad:
- > Evaluación De Movilidad:
- > Flexibilidad:
- > Evaluación De La Fuerza Muscular:
- > Pruebas Complementarias:
- > Evaluación Funcional:
- > Mecanismo De Desplazamiento:

PROFESIONAL REMITENTE

- > Médico Tratante:
- > Fecha Próximo Control:
- > Observación:

EVOLUCION MEDICA

Prima Digitalizada

ISABEL CROZCO BLANCO

[MEDICO LABORAL - Reg. 0738-2002]



Fecha:

05/08/2013

Nombre:

Julian Castro

R/

CC 8461039

V/ Artroscopista de Hombro
D. Angel

DX M351

Dra. Isabel Orozco Blanco
Médico Esp. en Salud Ocupacional
Lic. Salud Ocupacional 10152103/2010
R.M. 0739/02

HISTORIA CLINICA

Paciente: **CASTRO GARCIA JULIAN ANDRES** No. **16461039** Fecha Nacim: **08/02/1981** Edad: **36 A** G.S. RH: Gen: **Masculino**
 Estado Civil: **Soltero** Tipo: **Beneficiario** Ocupacion: **SIN DEFINIR**
 Direccion: **CALLE 59 IG 73** Tfo: **3154479093/** Municipio: **CALI [VALLE DEL CAUCA]**
 Acompañante: Tfo: Parentesco:

Origen: **Origen: -> 2 Fec. Atenc. -> sábado, 5 de agosto de 2017 Hora: -> 07:38** Edad: **-> 36 A** Atencion en: **-> MEDICO LABORAL**
 Entidad: **POSITIVA S.A.** Regimen: **Otro**

DERECHA M751 SINDROME DE MANGUITO ROTADOR DERECHO, M752 TENDINITIS DEL BICEPS DERECHO COMO ENFERMEDAD LABORAL Y TRAUMATISMO DE HOMBRO DERECHO CON PCL 0% AT

21/11/2016 SE REALIZA QX DE HOMBRO DERECHO REALIZADA POR ORTOPEDISTA DR RAMOS "DESCRIPCION: PACIENTE EN DECUBITO LATERAL DERECHO, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS, ABORDAJE POR TRES PORTALES ARTROSCOPICOS, SE OBSERVA MANGUITO ROTADOR SANO, BICEPS SANO, SUBESCAPULAR SANO, LABRUM SANO DESDE SUBACROMIAL, PINZAMIENTO ANTERIOR DE HOMBRO, ABUNDANTE SINOVITIS Y BURSITIS EN ESPACIO SUBACROMIAL, SE REALIZA SINEVECTOMIA TOTAL Y ACROMIOPLASTIA ANTERIOR, LAVADO VENDAJE, SE UTILIZO PUNTA DE RADIOFRECUENCIA Y CUCHILLA SHAVER"

DIAGNOSTICA QUE FUE VALORADO PR JNCL EL 26/11/2016 SIN EMBARGO POR QX RECIENTE QUEDO APLAZADO EL PRONUNCIAMIENTO DEL DICTAMEN.

EMG + VNC DE MSD TOMADA POR FISIATRA DRA LEGARDA 09/03/2017 "CONCLUSIONES: ESTUDIO NORMAL, NO HAY EVIDENCIA ELECTROFISIOLOGICA DE LESION DEL PLEXO BRAQUIAL DERECHO NI DE AFECTACION DEL NERVIO PERIFERICO EN EL MSD"

RYN DE HOMBRO DERECHO TOMADA EN RIDOC SAS EL 26/03/2017 INFORMADA POR RADIOLOGO DR DURAN "CONCLUSION: RUPTURA

DE ESPESOR PARCIAL EN LAS FIBRAS DEL TENDON DEL SUPRAESPINOZO, COMPROMISO APROXIMADAMENTE 40 %, TENDINOSIS"

VALORADO POR QX DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR DR OSPINA EL 20/06/2017 "PACIENTE CON TRAUMA SOBRE HOMBRO DERECHO HACE 2 AÑOS CON RUPTURA SE REALIZO MANEJO ARTROSCOPICO CON RESULTADO NORMAL, REFIERE QUE ACTUALMENTE PRESENTA

PARESTESIAS EN ANTEBRAZO, DOLOR EN HOMBRO PERISISTENTE, REFIERE QUE LOS SINTOMAS EMPEORARON DESPUES DE LA QX, INFORME DE ARTROSCOPIA MUESTRA MANGUITO SANO, LABRUM Y OTRAS ESTRUCTURAS COMPLETAMENTE SANAS, SOLO SINOVITIS.

SE REALIZA ACROMIOPLASTIA Y SINEVECTOMIA EF: AMAS DE MSD FLEXION 70 GRADOS, EXT 30 GRADOS, ABD 50 GRADOS,

DOLOR EN LA CORREDERA OCCIPITAL HIPOESTESIA EN BRAZO, EDEMA EN MANO, PLAN: JUNTA DE QX DE MANO, INCAPACIDAD POR 30 DIAS"

PACIENTE QUE VIENE INCAPACITADO DESDE 01/10/2016 HASTA 19/08/2017.

LA ULTIMA INCAPACIDAD EMITIDA POR MEDICO LABORAL DE LA COOPERATIVA EN QUE LABORA NO TRAHE DE DICHA ATENCION. [fin]

> Examen Fisico: PACIENTE QUE INGRESA SOLO SIN ALTERACION EN LA MARCHA.

PR: 20 X MIN FC: 78X MIN

MANO DOMINANTE: DERECHA

EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: NO EDEMA, NO DERRAME, NO CAMBIOS DE COLORACION, NI DE TEMPERATURA

PACIENTE CON POSICION DEFENSIVA DE EXTENSION DE MSD APOYADO AL TRONCO

SIGNOS DE MAGNIFICACION

HOMBRO DERECHO NO DEFORMADA Y ES SIMETRICO AL CONTRARIO.

LLAMA LA ATENCION QUE PARA EL POCO MOVIMIENTO QUE SE MANIFIESTA NO HAY ATROFIA MUSCULAR

AMAS PASIVOS DE HOMBRO DERECHO FLEXION 120 GRADOS, EXTENSION 45 GRADOS, ABDUCCION 100 GRADOS, ROTACIONES

INTERNA Y EXTERNA 50 GRADOS, REFIERE MUCHO DOLOR, CON RESISTENCIA MUSCULAR



Bogotá D.C., 18 de Octubre de 2017

Señor (a):

JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA
CALLE 59 N° 1C - 73 CONJ B-TORRE 4 AP 304 BARRIO TORRES DE CONFANDI
3154479093-3105972854/3422394/3710896
CALI-VALLE

REFERENCIA: COMUNICACIÓN DICTAMEN

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 41 del Decreto 1352 de 2013, me permito remitir a usted copia del dictamen **16461039-13988** expedido por la Junta en Audiencia realizada el **17 de Octubre de 2017**.

Se informa que de conformidad con el artículo 2.2.5.1.43. del mismo decreto, el presente dictamen se encuentra en firme, al haber resuelto el recurso de apelación en la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y que de acuerdo con el artículo 2.2.5.1.42 de éste: "Las controversias que se susciten en relación con los dictámenes emitidos en firme por las Juntas de calificación de Invalidez, serán dirimidas por la justicia laboral ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código Procesal del trabajo y de la Seguridad Social.

De acuerdo con lo anterior contra el presente dictamen no procede ningún recurso y como no es un acto administrativo no procede agotamiento de vía gubernativa ni requiere ejecutoria, ni declaración de caducidad.

Cordialmente,


CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO



Lic. Min. Transporte 0050 de marzo 14/2000
Lic. Min. 001191 de julio 13/2010
CIU 4923 Transporte de Mercancías
CIU 5320 Mensajería Express

M.E 02



GUÍA CREDITO 014986103622

Somos Autorizados Resoluc: 4327 JA97 - Somos Grandes Contribuyentes Resoluc: 12506 Ole/2002

REC ADIMISION 18/10/2017 11:22		ORIGEN BOGOTA	DESTINO CALI	VALLE	REG DESTINO CALI	CITY ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE
REMITENTE: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDUDCNOTIF		CENTRO DE COSTO UDCNOTIF		UNIDADES 1	CAUSAL DE DEVOLUCION		Para ME y RF: tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo en destino.
DIRECCION: DIAGONAL 36 BIS # 20-74		Cuenta: 01-001-0007010		PESO (gramos) 1000	No. 31 No. 44 No. 35 No. 40 No. 34		INTENTO DE ENTREGA
TEL: 7440737		Cuenta: 01-001-0007010		PESO VOL 1	No. 31 No. 44 No. 35 No. 40 No. 34		1
PARA JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA CALLE 59 N 1C-73 CONJUNTO B-TORRE 4 APARTAMENTO 304 BARRIO TORRES DE CONFANDI		RECIBE LOS SABADOS: SI		PESO A COBRAR (g) 1	Otras (Nov Operativa/cerrada)		2
TEL 3154479093		COD. POSTAL 780050106		VALOR DECLARADO 10000	Fecha de devolución al remitente		Guía complementaria de devolución
NOTAS 3154479093-3105972854-3422394-3710898 MARLEN OSORIO		Nombre CC. Remitente		FLUJE 0	Observaciones entrega: TORRES DE CONFANDI CONJUNTO "B"		Recibi a satisfacción / Nombre, CC y Sexo Destinatario
El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es: NOTIF S4 FP 18-10-2048		COSTO MANEJO 0		OTROS 0	TOTAL FLETE 0		
CARTAPORTE: NO		CARTAPORTE: NO		CARTAPORTE: NO		CARTAPORTE: NO	

El usuario de esta empresa garantiza que el contenido del comprobante que se encuentra publicado en la página web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en los cartones ubicados en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido constituye el contrato de transporte de mercancías y el servicio de mensajería express, así como la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitir a nuestra página web o al PBX (1)4239966

ENVIA COLVANES S. A. S., informa al Remitente que en cumplimiento a la Ley 1362 de 2011, normas complementarias, Auto de Privacidad y Política de Tratamiento de Datos Personales, la información personal y la del destinatario, suministrada en este Guía, solo será utilizada para el procesamiento del servicio contratado, almacenar de manera segura y confiable, y será suministrada únicamente a los intermediarios del servicio o terceros que necesiten de la información para la prestación del servicio contratado. Para la presentación de PQR remitir al portal web www.enviacolvanes.com.co o a la línea telefónica: 1239966



COLVANES S.A.S. Guía: *014986103622*

Remitente: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION

Destinatario: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

CALLE 59 N 1C-73 CONJUNTO B-TORRE 4 APARTAMENTO 304 BARRIO

CALI-VALLE (Reg. Dest: 2) Doc: 000000000000

Cj 1/1 R: NOTIF S4 FP 18-10-2048



JUNTA NACIONAL
DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ

NIT. 830.026.324 - 5

Bogotá, 18 de Octubre de 2017

Señores:

**SERVI ESPECIALES
RECURSOS HUMANOS
CALLE 23 A NORTE N° 4N-11
6448400
CALI - VALLE**

**REF.: COMUNICACION DE DICTAMEN DEL Señor (a) JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA C.C
16461039**

En mi condición de **ABOGADO DE LA SALA 4 DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, y de conformidad con lo estipulado en el Art. 41 del Decreto 1352 de 2013, procedo a comunicarle la decisión adoptada en la Audiencia Privada realizada el **17 de Octubre de 2017**, por los integrantes de la Sala Cuatro de Decisión de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

NRO DICTAMEN: 16461039-13988

ENTIDAD REMITENTE: COLPATRIA

ORIGEN: ACCIDENTE DE TRABAJO DEL 27/07/2015

P C L: 17.40%

FECHA ESTRUCTURACION: 21 DE AGOSTO DE 2015

Cordialmente,


**CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO**



Lic. Min. Transporte 0080 de marzo 14/2000
Lic. Min. 307181 de julio 13/2010
CUI 4923 Transporte de Mercadería
CUI 5320 Mensajería Express

M.E 02



GUIA CREDITO 014986105893

Sumas Autorizadas Resoluc: 4327 Jun 97 - Sumas Grandes Contribuyentes Resoluc: 13506 Dic/2002

PEC ADQUISICION 18/10/2017 11:38		ORIGEN: BOGOTA	DESTINO: CALI VALLE	REG. DESTINO: CALI	CITA ENTREGA	COBRA CANCELACION DESCARGUE
REMITENTE: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDUD CNOTIF		CENTRO DE COSTO JDCNOTIF		CAUSAL DE DEVOLUCION		Para M.E. y R.P. tiempo de entrega 48 horas hábiles después de envío en destino
DIRECCION: DIAGONAL 38 BIS # 20-74		UNIDADES 1		No. 31		INTENTO DE ENTREGA
TEL: 7440737		PESO (gramos) 1000		No. 44		1
PARA: SERVI ESPECIALES		PESO VOL 1		No. 35		2
CALLE 23 A NORTE N 4N-11		PESO A COBRAR (kg) 1		No. 40		
TEL 6448400		VALOR DECLARADO 10000		No. 34		
CEDULA 7117NIT		FLETE 0		Otras (Nav Operatividad)		
COD. POSTAL ORIGEN 111311418		COSTO MANEJO 0		Fecha de devolución al remitente		
RECIBE LOS SABADOS: SI		OTROS 0		Observaciones en la entrega:		
Nombre CC Remite:		TOTAL FLETE 0		Gua complementaria de devolución		
El remitente declara que esta mercancia no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es:		CARTAPORTENO		Recibo a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinario		
NOTIF S4 FP 18-10-2034		000000000000				

El usuario debe expresar constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la pagina web www.enviacolvanes.com.co de Colvanes SAS y en las carteleras ubicadas en los puntos de venta, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido describe: acepta expresamente con la suscripción de este documento. Para la prestación del PQR remitirse a nuestra pagina web o al PBX (14238555

ENVIA COLVANES S.A.S. Informa al Remite que en cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, remite complementarias, Actos de Privacidad y Políticas de Tratamiento de Datos Personales, su información personal y la del destinatario, suministrada en esta Guía, solo tendrán el tratamiento necesario a la prestación del servicio contratado, atención de novedades y reclamaciones, y será suministrada únicamente a los interesados del servicio o cuando sea requerido, y por un motivo o en un de necesidad operativa. Para la presentación de PQR remitirse al portal web www.enviacolvanes.com.co o a la línea telefónica: 4739664



COLVANES S.A.S. Guia: *014986105893*
Remite: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION
Destinatario: SERVI ESPECIALES
CALLE 23 A NORTE N 4N-11
CALI-VALLE (Reg. Dest: 2) Doc: 000000000000
1/1 R: NOTIF S4 FP 18-10-2034

Bogotá, 18 de Octubre de 2017

Señores.

**ARP SEG. DE VIDA COLPATRIA
Doctor LUIS FERNANDO DELGADO
COORDINADOR NACIONAL DE MEDICINA LABORAL
AV. 15 No 104-66 PISO 6
BOGOTÁ**

JUNTA NAL CALIFICACION INVALID
Al contestar Cite el siguiente radicado



* 0 2 0 0 0 8 7 3 1 2 *

18/10/2017 03:19:09 PM

ASUNTO: NOTIFICACION DICTAMEN

Folios: 1 - Anexos: 0

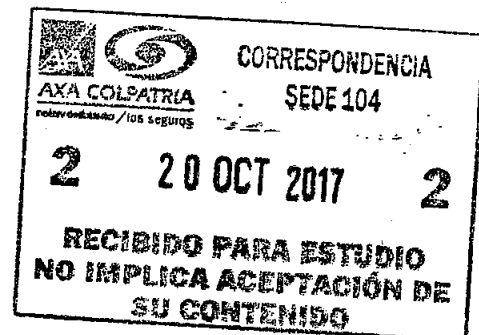
REF: NOTIFICACIÓN DE DICTÁMENES:

En mi condición de **ABOGADO DE LA SALA 4 DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, y de conformidad con lo estipulado en el Art. 41 del Decreto 1352 de 2013, procedo a enviar copia de los dictámenes por medio de correo certificado, emitidos en la audiencia del 17 de Octubre de 2017, relacionando los afiliados que a continuación se enuncian:

NOMBRE	REDULA	ENTIDAD
CARLOS BERRUECOS YEPES	12584902	COLPATRIA
CLARA INES GAVILAN AREVALO	39542919	COLPATRIA
ANTONIO CORTES ROMAN	91175305	COLPATRIA
DIEGO ARMANDO ROJAS ALZATE	94538734	COLPATRIA
LEIDY JOHANNA VARGAS JIMENEZ	53031035	COLPATRIA
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	COLPATRIA
JANETH DIAZ CANO	66840254	COLPATRIA
CRISTIAN ALONSO CESPEDES BETANCOURT	1022342684	COLPATRIA
JOSE WILSON VIVAS ZAMUDIO	17353470	COLPATRIA
CECILIA EUGENIA VELEZ UMAÑA	66680023	COLPATRIA
ELISABETH COLLAZOS HIDALGO	34608142	COLPATRIA
VLADIMIR VARGAS MACIAS	6013797	COLPATRIA
ELIA FABIOLA GUEVARA GARCIA	1090379271	COLPATRIA
SIMON JIMENEZ PATIÑO	8764864	COLPATRIA
HENRY OSWALDO CORTES MARTINEZ	79332160	COLPATRIA

Cordialmente,


**CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO**



Bogotá, 18 de Octubre de 2017.

Señores

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SAS-S.O.S.

MEDICINA DE LABORAL

DR. ALVARO ESTEBAN CASTRO

AV. AMERICAS No. 23 N - 43

CALI - VALLE

REF.: COMUNICACION DE DICTAMENES DE LOS SIGUIENTES AFILIADOS:

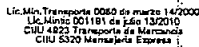
En mi condición de **ABOGADO DE LA SALA 4 DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, y de conformidad con lo estipulado en el Art. 41 de Decreto 1352 de 2013, procedo a enviar copia de los dictámenes por medio de correo certificado, emitidos en la audiencia del 17 de Octubre de 2017, relacionando los afiliados que a continuación se enuncian:

NOMBRE	GEDULA	ENTIDAD	EPS
MARY OLINDA PARRA NARVAEZ	59176440	COLMENA	SOS
DIEGO ARMANDO ROJAS ALZATE	94538734	COLPATRIA	SOS
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	COLPATRIA	SOS
ELISABETH COLLAZOS HIDALGO	34608142	COLPATRIA	SOS
MIRIAM ORJUELA BETANCOURT	31239529	POSITIVA	SOS
JUAN EVANGELISTA MONTAÑO	6383363	POSITIVA	SOS
EFREN EMILIO CAMPUZANO BERMUDEZ	94482926	PROTECCION	SOS
CLAUDIA ZORAYA ABELLA NIETO	1116242181	SURA	SOS
JHON FREDDY AGUIRRE VELASQUEZ	15908366	SURA	SOS
ERNESTO HURTADO CASTRO	16512208	SURA	SOS
CRISTOBAL HINESTROZA VALBUENA	16482084	SURA	SOS

Por favor verificar y confirmar a través de los siguientes correos electrónicos notificacion@juntanacional.com, el recibido de todos y cada uno de los dictámenes aquí relacionados.

Cordialmente,


CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO



M.E	02
-----	----



GUIA CREDITO 014986113065

Somos Automatizadores Resolución 4327 J15/97 - Somos Grandes Contribuyentes Resolución 12506 D12/2007

REC. ADMISION 15/10/2017 15:26		ORIGEN: BOGOTA	DESTINO: CALI VALLE	REG. DESTINO CALI	CAUSA DE DEVOLUCION	CITA ENTREGA	COBRA CARGUE / DESCARGUE
REMITENTE: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDOS		CENTRO DE COSTO UDCNOTIF		UNIDADES	Desconocida	Para ME y HP: tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo en destino	
DIRECCION: DIAGONAL 36 BIS # 20-74		CEDULA / I / N / N / I 835026324-S	COD. POSTAL ORIGEN 111311418	PESO (gramos) 1000	Retenido	INTENTO DE ENTREGA	
PARA SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS AVENIDA AMERICAS 23 N 43		CUENTA 01-001-0007010		PESO VOL	No Residuo	1	
					No Reclamado	2	
					De, entrada		
					Otros (Hoy Operativa/Cerrado)		
TEL 99999990		CEDULA / I / N / N / I	COD. POSTAL	PESO A COBRAR (KG)	Para ME y HP: tiempo de entrega 48 horas hábiles después de arribo en destino		Guía complementaria de devolución
NOTAS		760046450	RECIBE LOS SABADOS: SI	VALOR DECLARADO	Recibo a satisfacción / Nombre, CC y Sello Destinataria		
MARLEN				10000			
Nombre CC, Remitente		El remitente declara que esta mercancía no es contrabando, joyas, títulos valores, dinero, ni de prohibido transporte y su contenido es:		FLITE	19 OCT 2017		
		COM S-4 FP 18 OCT 2017		COSTO MAREADO	RECIBIDO		
				0			
				OTROS			
				0			
				TOTAL FLITE			
				0			
				CARTAPORTE			
				END			

El presente es la expresión escrita de lo que tuvo conocimiento del control que se encuentra publicado en la página web www.serviciocivil.es.
El/los Sr/s D/s y en las condiciones establecidas en las pautas de venta, que regula el servicio a clientes en las partes, o cualquier condición de venta
expresamente con la suscripción de este documento. Para la generación del PDR remítase a nuestra página web o al PAX 114720666



COLVANES S.A.S. Guia:*014986113065*

Remitente: JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION

Destinatario:SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD

AVENIDA AMERICAS 23 N 43

CALI-VALLE (Reg.Dest: 2) Doc:

Cj 1/1 R:COM S-4 FP 18 OCT 2017

19 Oct

Bogotá, 18 de Octubre de 2017

VENTANILLA COLFONDOS REGION
POR AEXPRESS Y SU RECEPCIÓN
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

SEÑORES:
COLFONDOS UNIDAD PREVISIONAL
ATT: JAIME ANDRES RIVERA
GERENTE UNIDAD PREVISIONAL
CALLE 67 No. 7- 94 PISO 3
TEL: 3765155 EXT 24092
BOGOTÁ

2017 OCT 20 P 1:

JUNTA NAL CALIFICACION INVALID
Al contestar Cite el siguiente radicado
* 0 2 0 0 0 8 7 3 4 9 *
18/10/2017 03:32:03 PM
ASUNTO: NOTIFICACION DICTAMEN
Folios: 1 - Anexos: 0

POR: _____

REF: NOTIFICACIÓN DE DICTÁMENES:

En mi condición de **SECRETARIO PRINCIPAL DE LA SALA 4 DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, y de conformidad con lo estipulado en el Dec. 1352 del 2013 procedo a dar copia de los dictámenes emitidos en audiencia del 17 de Octubre de 2017, relacionando los siguientes afiliados que a continuación se enuncian:

NOMBRE	CECULA	ENTIDAD	AFILIADO
JOSE IBER DUARTE TOCORA	93386320	BOLIVAR	COLFONDOS
ARNALDO VIVAS MONTOYA	1113521572	BOLIVAR	COLFONDOS
DIEGO FERNANDO BENITEZ	75094742	BOLIVAR	COLFONDOS
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	COLPATRIA	COLFONDOS
ELIA FABIOLA GUEVARA GARCIA	1090379271	COLPATRIA	COLFONDOS
EDER ALBERTO MORALES CASTRILLO	77090599	LIBERTY	COLFONDOS
BLANCA STELLA HERNANDEZ IBAÑEZ	51649246	POSITIVA	COLFONDOS
MARTHA CECILIA VELANDIA DAZA	20948730	SURA	COLFONDOS
EDELMIRA BAQUERO	28844777	SURA	COLFONDOS
ALVARO MEDINA GUERRERO	1077841230	SURA	COLFONDOS
HECTOR ORLANDO PERALTA DURAN	80436612	SURA	COLFONDOS
RAUL ALFREDO CRUZ	79633368	SURA	COLFONDOS

Cordialmente,


CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO



Bogotá, 18 de Octubre de 2017

Señores

MAPFRE COLOMBIA (COMPAÑÍA DE SEGUROS)

ATT: DRA. KATALINA MENDEZ

AV. CARRERA 70 No. 99 - 72 PISO 2 B/ MORATO

TELÉFONO 6503300

BOGOTÁ

REF: NOTIFICACIÓN DE DICTÁMENES:

En mi condición de **SECRETARIO PRINCIPAL DE LA SALA 4 DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, y de conformidad con lo estipulado en el Art. 41 del Dec. 1352 del 2013, procedo a dar copia de los dictámenes emitidos en audiencia del 17 de Octubre de 2017, relacionando los siguientes afiliados; quienes manifestaron estar inscritos a su entidad:

NOMBRE	GEDULA	ENTIDAD	AFP	COMPAÑIA DE SEGUROS
JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	16461039	COLPATRIA	COLFONDOS	MAPFRE
RAUL ALFREDO CRUZ	79633368	SURA	COLFONDOS	MAPFRE

Cordialmente,

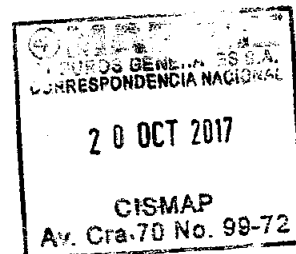

CRISTIAN ERNESTO COLLAZOS SALCEDO
ABOGADO PRINCIPAL SALA CUATRO

E-882604
5021 DIRECCION INDEM ARL-CISMAP BOGOTA
DE JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
BOGOTA

E-882604

PARA: ANA CAROLINA VARELA CEF
MAPFRE S.A.
20/10/2017 15:40:32
INTERNO
5021 DIRECCION INDEM

Página 1 de 1





JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

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

1. Información general del dictamen pericial

Fecha de dictamen: 17/10/2017	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	N° Dictamen: 16461039 - 13988
Instancia actual: Segunda Instancia	Primera oportunidad: COLPATRIA	Primera instancia: Junta Regional de Valle Del Cauca
Solicitante: ARL	Nombre solicitante: COLPATRIA	Identificación: NIT 860002183
Teléfono: 6538400 Ext 309	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca	Dirección: Av. 15 No. 104 33 Piso 6
Correo electrónico: luis.delgado@ui.colpatria.com		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4	Identificación: 830.026.324-5	Dirección: Diagonal 36 bis # 20 - 74
Teléfono: 7440737	Correo electrónico:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA	Identificación: CC - 16461039	Dirección: CALLE 59 No. 1 C - 73 CONJ. B TORRE 4 APTO 304 B/ TORRES DE COMFANDI
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfonos: 3154479093 / 3105972854 / 3422394 / 3710896	Fecha nacimiento: 08/02/1981
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca	Edad: 36 año(s) 8 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	E :tado civil: Casado	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico:	Tipo usuario SGSS: Contributivo (Cotizante)	EPS: SOS EPS
AFP: Colfondos S.A.	ARL: Seguros de vida colpatria S.A.	Compañía de seguros: MAPFRE compañía de seguros

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación: Dependiente	Trabajo/Empleo: OPERARIO DE PLANTA	Ocupación: Empleados de servicios de apoyo a la producción
Código CIUO: 4322	Actividad economica:	
Empresa: SERVIESPECIALES S.A.	Identificación: NIT -	Dirección: Calle 23 A Norte N° 4N 11
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfono:	Fecha ingreso:
Antigüedad: 3 Años		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		
OPERARIO DE PLANTA		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Relación de documentos

- Fotocopia simple del documento de identidad de la persona objeto de dictamen o en su defecto el número correspondiente.
- Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya la información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo con cada caso. Si las instituciones prestadoras de servicios de salud NO hubiesen tenido la historia clínica, o la misma NO esté completa, deberá reposar en el expediente certificado o constancia de este hecho, caso en el cual, la entidad de seguridad social debió informar esta anomalía a los entes territoriales de salud, para la investigación e imposición de sanciones él que hubiese lugar.
- Comprobante pago de honorarios

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

FUNDAMENTO DE HECHO

ANTECEDENTES:

Paciente de 35 años con histórico laboral de 11 años en empresa SERVIESPECIALES el oficio de Operario de planta, presento accidente de trabajo el 27/07/2015 Mientras levantaba un bulto de azúcar de 50kgs, sobre el hombro derecho presenta dolor tipo con limitación funcional, con diagnósticos de Dolor agudo de hombro derecho.

Con calificación en primera oportunidad por la ARL Colpatria 19/03/2016 Dx (s) Esguinces y torceduras de la articulación del hombro con PCL: 0.0 %, F.E: 19/03/2016 como origen Accidente de Trabajo, el paciente manifestó su inconformidad y la ARL remitió el caso a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, para calificación en primera instancia.

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca calificó con el dictamen No. 16461039-1721 de fecha 13 de mayo de 2016, lo siguiente:

DIAGNÓSTICOS:

1. DOLOR AGUDO HOMBRO DERECHO

PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

DEFICIENCIA PONDERADA (TITULO 1):	0%
ROL LABORAL Y OCUPACIONAL (TITULO 2):	0%
TOTAL:	0% (DECRETO 1507 DE 2014)

ORIGEN: ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 21/08/2015

OCUPACIÓN: OPERARIO DE PLANTA

EDAD: 35 AÑOS

LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE VALLE DEL CAUCA FUNDAMENTA SU DICTAMEN:

Concepto: Se procede a calificar PCL según MUCI vigente. NOTA: Origen LABORAL previamente calificado por la ARL (no por la Junta), por lo cual se transcribe al presente dictamen según lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto 1352 de 2013).

LA CONTROVERSIA DEL PACIENTE JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA PLANTEA EN RESUMEN:

El suscrito JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA identificado con CC No 16.461.039 de Yumbo valle, mayor de edad y vecino de la ciudad de Cali, con el debido respeto, me remito ante la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA dentro de los términos legales establecidos, con el ánimo de interponer recurso de Reposición en subsidio de Apelación, contra la calificación de la perdida de mi capacidad laboral, emitida por la JUNTA REGIONAL DE

CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA de fecha 13 de Mayo de 2016, dictamen No. 16461039-1721 la cual me fue notificada en la misma fecha.

Solicito muy comedidamente se sirva revocar dicha decisión o en su defecto, remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, toda vez que la presente inconformidad se formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la calificación de la pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.

HECHOS

Para el día 27 de julio de 2015, presente accidente laboral dentro las instalaciones de la empresa lesionándome gravemente mi hombro derecho; luego de largas incapacidades, terapias y tratamientos médicos, la ARL AXA COLPATRIA el día 19 de marzo de 2016, me realizo Evaluación de la Perdida de la Capacidad Laboral sin tener en cuenta y sin un pronunciamiento de fondo sobre los siguientes aspectos:

1. El dolor en mi hombro derecho aún persiste constantemente y se agudizan cuando realizo todo tipo de movimientos.
2. En mi antebrazo constantemente se presenta adormecimiento e igualmente hinchazón de mi mano derecha.
3. Al realizar movimientos rutinarios con mi brazo derecho tales como vestir, al despertar en las mañanas, comer, levantar peso, laborar, halar elementos etc. Siento corrientazos en mi hombro derecho después de ocurrido mi accidente laboral.
4. Para el día 11 de agosto de 2015, obtuve resultado de Ecografía de mi hombro de derecho el cual arrojo la siguiente conclusión sin que fueran tenidas en cuenta en la evaluación de fecha 19 de marzo de 2016:
 1. A) TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO CON RUPTURA PARCIAL.
 2. B) TENOSINOVITIS DEL TENDON LARGO DEL BICEPS BRAQUIAL.
 3. C) BURSTITIS SUBDELTOIDEA.
5. Posteriormente para el día 21 de agosto de 2015, fecha en la que me realizaron RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA en mi hombro derecho, se logró identificar en esta los siguientes hallazgos que tampoco fueron tenidos en cuenta en la evaluación de fecha 19 de marzo de 2016:
 1. A) RUPTURA PARCIAL INTRA SUSTANCIAL DE LOS TENDONES SUPRA ESPINOZO Y SUBESCAPULAR.
 2. B) TENDINOPATIA DEL INFRA ESPINOZO.
 3. C) TENOSINOVITIS DEL BICIPITAL.
 4. D) DERRAME ARTICULAR GLENO HUMERAL.

Si bien es cierto que este punto fue mencionado en el PCL, es de aclarar que son patologías bastante considerables que NO merecían una pérdida de capacidad laboral del 0.00%

6. No fueron tenidos en cuenta los aspectos psíquico, psicológico y social del Ser humano.
7. La fecha de estructuración que arrojo la pérdida de capacidad laboral es decir 19 de marzo de 2016, no corresponde a la fecha del accidente laboral, pues este accidente ocurrió el día 27 de Julio de 2015.
8. Para el día 13 de mayo de 2016 la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA califica la perdida de mi capacidad laboral con un porcentaje del 0.00% sin tener en cuenta la calificación emitida por mi EPS -SOS donde se evidencia una enfermedad de carácter laboral, tampoco se tuvo en cuenta el constante dolor que persiste en mi hombro, brazo y mano derecha, la pérdida de fuerza al sostener o manipular objetos y demás traumas que presento hasta el momento.
9. También reclamo por qué solo se me está calificando solo el accidente sin tener en cuenta los hallazgos y consecuencias que se obtienen a la fecha. Por lo tanto no estoy de acuerdo con dicha calificación

PRETENSIONES

Con base en los hechos anteriormente narrados, comedidamente solicito se sirva revocar dicha decisión o en su defecto, remitir las presentes diligencias ante LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION, toda vez que la presente inconformidad se

formula dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación de la calificación de pérdida de capacidad laboral y NO ME ENCUENTRO DE ACUERDO CON DICHA EVALUACION.

EL REPORTE DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE FECHA 27/07/2015, DESCRIBE:

Mientras levantaba un bulto de azúcar de 50kgs, sobre el hombro derecho presenta dolor tipo con limitación funcional.

Conceptos médicos

Fecha: 10/12/2015 **Especialidad:** Concepto de Fisiatría (último aportado)

Resumen:

Dolor crónico de hombro derecho con hallazgos clínicos e imagenológicos que sustentan como causa del dolor la etiología mecánica

Fecha: 06/09/2017 **Especialidad:** FISIATRÍA

Resumen:

> Motivo De Consulta - Sinistro Y Fech At: Para Concepto Por Fisiatria.[Fin] > Plan De Tratamiento: Alta Por Fisiatria Pasa A Pclo Mas Secuelas Egreso Por Fisiatria Pronostico Favorable.[Fin] > Enfermedad Actual: Sinistro Y Fecha Del Evento 242061341 28/11/2015 Enfermedad Laboral De Hombro De Tipo Qx En Noviembre 2016 Dolor Cronico Mas Limitacion De Amas De Hombro Del Msd En Mando De Clinica Del Dolor En Alta Por Ortopedia Dolor Cronico De Hombro Es Enviado Para Proceso De Pclo Y Secuelas.[Fin] > Examen Fisico: Ver Aba30.[Fin] > Diagnostico: M751 Sindrome De Manguito Rotador Derecho Examen Fisico > Inspección: AMBULATORIO.[Fin] > Palpación: MIOFASCIAL DE CINTURA ESCAPULAR V DE H OMBRO DEL MSD.Ffm] > Sensibilidad: Miofascial De Cintura Escapular Y De H Ombro Del Msd En Tp De Trapecio Superior Elevador Escapular Romboideos Cintura Escapuloar.[Fin] > Evaluación De Movilidad: Amas De Hombro Abd 90 Flexion 120 Rotaciones 80-90 Aduccion 80 Extension 70.[Fin] > Flexibilidad: Amas De Hombro Abd 90 Flexion 120 Rotaciones 80-90 Aduccion 80 Extension 70.[Fin] > Evaluación De La Fuerza Muscular: 4 SOBRE 5.[Fin] > Pruebas Complementarias: HC.[Fin] > Evaluación Funcional: FAVORABLE.[Fin] > Mecanismo De Desplazamiento: NINGUNO.[Fin] Profesional Remitente > Medico Tratante: JOSE AVENDAÑO REG 768682.[Fin] > Fecha Proximo Control: Alta Por Fisiatria Pasa A Pclo Mas Secuelas Egreso Por Fisiatria Pronostico Favorable.[Fin] > Observación: Alta Por Fisiatria Pasa A Pclo Mas Secuelas Egreso Por Fisiatria Pronostico Favorable Pendiente Bloqueo De Hombro En Clinica Del Dolor Mas Concepto Final De Ortopedia Hombro Por Fisiatria En Mejoria Medica Maxima Mas Candidato Para Pclo Y Secuelas.[Fin]

Fecha: 06/09/2017 **Especialidad:** MEDICINA DEL DOLOR

Resumen:

Paciente con sindrome hombro-codo-cerpo, de 2 años de evolución de accidente laboral, con miembro superior derecho en posición de desuso con disminución subjetiva de fuerza muscular. Conservado profundo y grueso, con amas limitados por dolor, el cual esta presenta en todos los grupos musculares del miembros afectados, no se encuentran esfíngas para SDRC paciera que ha recibido terapias físicas y tratamientos farmacológico con pobre resultado, con pronóstico reservado debido al tiempo de evolución ya la refractariedad a todos los tratamientos realizados, se explica al paciente de carácter actual desde su enfermedad y su cronicidad y escrito anteriormente, creo que los procesos intervencionistas tendrán un resultado limitado el paciente, sin embargo hay que ofrecerles reiterando al usuario que la elección puede ser poca, uníamos cicloberiprina 15 mg cada noche. Se explica proceri trienio, ritogoe y beneficiot y se insiste con la educación de sus procesos al paciente. Plan de tratamiento: Mitrul 15mg cada noche - Arcoxa 120 mg 14 dosis mes- Bloqueo de hombro derecho ecoguiado- Fkxwsina 20 mg cada mañana- Hidroterapias

Fecha: 12/09/2017 **Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Resumen:

Examen Físico: HOMBRO DERECHO: HIPOTROFIA MUSCULATURA CINTURA ESCAPULAR, FLEXION 45 ABDUCCION: 45 ROTACION EXTERNA 30 ACTIVOS ASISTIDOS FLEXION 90 ABDUCCION 90 Rnm Hombro Derecho Marzo 23 2017: Ruptura Parcial Articular Supraespinoso 40% Idx: 1. Sindrome Manguito Rotador Hombro Derecho Analisis y Plan pop 10 meses artroscopia hombro derecho, acromioplastia, sinovectomia no se observan rupturas manguito. Pote con dolor exónico hombro, nueva rnm ruptura parcial supraespinoso 40% articular la cual, 'je es indicativa de manejo qx, pte con dolor cronico hombro derecho no requiere manejo qx egreso por artroscopia manejo arl para pcl

Pruebas específicas

Entidad calificador: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4

Calificado: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dictamen: 16461039 - 13988

Página 4 de 10

Fecha: 11/08/2015 **Nombre de la prueba:** Ecografía de hombro

Resumen:

Tendinosis del supraespinoso con ruptura parcial. Sinovitis del tendón largo del bíceps, bursitis subdeltoidea.

Fecha: 21/08/2015 **Nombre de la prueba:** RMN de hombro

Resumen:

Acromion tipo I, articulación acromioclavicular sin alteraciones, ruptura parcial intrasustancia en la unión miotendinosa y otro foco en la zona crítica previa a su inserción.

Fecha: 26/03/2017 **Nombre de la prueba:** Resonancia Magnética de Hombro Derecho

Resumen:

ESTRUCTURAS ÓSEA Intensidad normal, no se observan lesiones expansivas TENDÓN DEL SUPRAESPINOSO ruptura hacia la inserción humeral en el contorno anterior compromiso aproximadamente un 40%, tumefacción e hiperintensidad de señal en fibras del tendón conjunto TENDÓN DEL INFRAESPINOSO: tumefacción, hiperintensidad de señal, sin evidencia de ruptura TENDÓN DEL SUBESCAPULAR. Normal, sin evidencia de ruptura. TENDÓN DEL BICIPITAL. Normal, no hay líquido en la vaina tendinosa BURSA SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA Normal sin evidencia de líquido ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL: Normal, no hay derrame articular LABRUM ARTICULAR Normal, sin evidencia de ruptura ACROMION Normal. ARTICULACIÓN ACROMIO CLAVICULAR: Normal. ESTRUCTURAS MUSCULARES: Normales. CONCLUSIÓN: Ruptura de espesor parcial en las fibras del tendón del supraespinoso, compromiso aproximadamente 40%. Tendinosis.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 28/11/2016 **Especialidad:** VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA

Ingresa a valoración fisioterapéutica con diagnósticos de dolor agudo de hombro derecho por accidente de trabajo de hace 1 año y medio de evolución aproximadamente en el cual el paciente refiere que inicialmente recibió tratamiento de fisioterapia y medicamentos para el dolor, además recibió tratamiento quirúrgico en su hombro el miércoles 23 de noviembre de 2016, con dolor crónico 3/5 según escala análoga verbal en su hombro derecho que se irradia a escápula, columna cervical y el brazo, que aumenta con la actividad física y el frío, y aumenta con el reposo, interfiere en la calidad del sueño, en la resistencia y rendimiento en las tareas laborales, la ejecución de las AVD y de las tareas domésticas. No se valora ni fuerza ni movilidad, por lo reciente de su cirugía. Está incapacitado desde hace 3 meses.

Fecha: 28/11/2016 **Especialidad:** VALORACIÓN MÉDICA PONENTE

La Sala 4 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, atendiendo a las disposiciones de los numerales 8 y 15 del artículo 10°; numeral 2. Del artículo 11 y literal b, del artículo 38 del Decreto 1352 de 2013 ("Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones"), citó a valoración al paciente el día 28 de noviembre del 2016. Enfermedad Actual: trabajador "operario de planta" quien presentó accidente de trabajo el 27/07/2015 estaba manipulando peso al halar un saco sintió un dolor tipo tirón en el hombro derecho asociado a inflamación que requirió tratamiento médico con aines, fisioterapia e infiltraciones, adicionalmente requirió manejo quirúrgico hace 5 días. Se encuentra incapacitado. Antecedentes Patológicos: niega. Quirúrgicos: septoplastia, varicocelelectomía izquierda, la referida en la EA. Familiares: niega. Tabaquismo/alcohol: Alcohol ocasional. Ocupacionales: laboraba como operario de planta. Extra laborales: Jugó fútbol. Accidente de trabajo y/o Enfermedad Profesional previo: niega. Examen físico: buen estado general, deambula sin apoyo. Se presenta con cabestrillo derecho no se evalúa por cirugía reciente.

Fundamentos de derecho:

En el presente caso en primer lugar, el contexto legal del Accidente de Trabajo está definido por el artículo 3º de la ley 1562 la cual establece: "Artículo 3º. Accidente de trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión.

Sustentados en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012 y en desarrollo de lo dispuesto por los artículos 44 del Decreto Ley 1295 de 1994 y 18 de la Ley 1562 de 2012, el presente caso se califica con el baremo Decreto 1507 de 2014, la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

Para efectos de calificación, el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, se distribuye porcentualmente de la siguiente manera: El rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0%) y un máximo de cien por ciento (100%), correspondiendo, cincuenta por ciento (50%) al Título Primero (Valoración de las deficiencias) y cincuenta por ciento (50%) al Título Segundo (Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) del Anexo Técnico

	Ponderación
Título Primero. Valoración de las deficiencias	50%
Título Segundo. Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales.	50%

A efectos de una apropiada ponderación, en este Manual se acogió la "Fórmula de Balthazar" o "Fórmula de combinación de valores", la cual aparece en la Primera Parte: Valoración de las deficiencias. Se utiliza para determinar la deficiencia global en aquellas personas valoradas que presentan más de un daño en varios órganos o sistemas. Para su aplicación se tienen en cuenta todas las secuelas de la deficiencia y los porcentajes de calificación de ésta.

La Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional Se realizará cuando la persona objeto de la calificación alcance la Mejoría Médica Máxima (MMM) o cuando termine el proceso de rehabilitación integral y en todo caso antes de superar los quinientos cuarenta (540) días de haber ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad. El establecimiento del grado en ' las deficiencias se llevará a cabo con el siguiente método: * El primer paso será identificar, de acuerdo con la patología, diagnóstico o secuela, la(s) deficiencia(s) que se van a calificar y, por lo tanto, el o los capítulos procedentes. Posteriormente se selecciona la tabla apropiada y en ella, el criterio que se determinó como factor principal, el cual define la clase (de 0 a 4).

Clase de deficiencia	Clase 0	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
Rango de deficiencia global	0%	1 a 5%	6 a 10%	11 a 15%	16 a 20%
Grado de severidad (%)		1 2 3 4 5 A B C D E	6 7 8 9 10 A B C D E	11 12 13 14 15 A B C D E	16 17 18 19 20 A B C D E
		predeterminado clase 1	predeterminado clase 2	predeterminado clase 3	predeterminado clase 4

Para determinar la clase del factor principal se deberá asignar un valor predeterminado que será siempre el grado medio de cada clase o el valor único (valor entero). Si la clase tiene cinco grados (A B C D E) será "C"; si tiene tres grados (A B C) será "B" (Tabla 5).

En la Tabla 5 se identifican los factores moduladores, esto es, todos aquellos que no son factor principal, los cuales se deben calificar asignándoles un rango de deficiencia global porcentual a cada uno. Pueden existir hasta tres (3) factores moduladores que, para efectos de la fórmula de ajuste total, se denominarán FM₁ FM₂ y FM₃.

Los factores moduladores son los responsables de cambiar el grado en el rango de la clase predeterminada por el factor principal, haciendo que ésta se desplace hacia un grado mayor (a la derecha del valor predeterminado, es decir mayor valor), o hacia un grado menor (a la izquierda del valor predeterminado, es decir menor valor). En caso de no existir valor modulador, se tomará el valor asignado en la clase de riesgo seleccionado.

El valor final de la deficiencia será el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías de la persona; si tiene varias secuelas calificables de diferentes capítulos, estas se combinan mediante la fórmula de valores combinados ("Fórmula de Balthazar" o "Fórmula de combinación de valores"). Una vez combinadas todas, la deficiencia del resultado final se debe ponderar al cincuenta por ciento (50%), es decir se debe multiplicar por cero coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma cinco (0,5) obteniendo como resultado o Valor Final de la Deficiencia, cuarenta por ciento 40%.

El Título Segundo complementa al primero denominado "Valoración de las Deficiencias" y asume el impacto generado sobre el rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre la persona. Se incluye: la integralidad, intencionalidad, elección, determinación, autonomía, planificación y la resolución, para el inicio, desarrollo o finalización de la actividad laboral u ocupacional y de otras propias del ser humano.

Criterios para calificar a las personas en edad económicamente activa.

1. Identificada la persona a calificar en este grupo, se procede a valorar el rol laboral, la autosuficiencia económica, la edad y las otras áreas ocupacionales en las tablas respectivas.
2. Para calificar el rol laboral, se selecciona uno de los seis criterios descritos asignando el valor correspondiente de acuerdo con la tabla 1: Clasificación de las restricciones en el rol laboral, que tiene un valor máximo de 25%.
3. Para calificar la autosuficiencia económica, se selecciona uno de los cinco criterios descritos, asignando el valor correspondiente de acuerdo con la tabla 2: Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica, que tiene un valor máximo de 2.5%.
4. Para calificar la edad, se selecciona ésta en una de las seis categorías o intervalos descritos, asignando el valor correspondiente de acuerdo con la tabla 3 - Clasificación de las restricciones en función de edad cronológica, que tiene un valor máximo de 2.5%.
5. Para calificar las otras áreas ocupacionales, se usan las tablas 6, 7, 8, 9 y 10, asignando los valores según la clase dada en la tabla 4 - Escala de calificación de otras áreas de ocupacionales, que son sumados aritméticamente, llegando a un valor máximo total del 20%.
6. Los valores obtenidos de esta segunda parte del MUCI (rol laboral, de la autosuficiencia económica, de la edad y de las otras áreas ocupacionales) se suman aritméticamente, llegando a un valor máximo del 50%; este valor se suma al valor obtenido en el segundo título del Manual, por deficiencia global, dando como resultado la pérdida de capacidad laboral.

El valor de la pérdida de capacidad laboral será: valor final de la deficiencia + valor final de la segunda parte:
Pérdida de = Valor Final del Primer + Valor Final del Título Capacidad Laboral Título (ponderado al Segundo 50%).

Otros fundamentos de derecho que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas:

Ley 100 de 1993, crea las Juntas de Calificación

Decreto 1507 de 2014, determina el "Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional".

Decreto 1352 de 2013, "Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez y se dictan otras disposiciones).

Análisis y conclusiones:

La sala 4 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez evaluó el recurso de apelación presentado por el paciente encontrando que se trata de un trabajador "operario de planta" quien presentó accidente de trabajo el 27/07/2015 calificado por la Junta Regional con diagnósticos de dolor agudo de hombro derecho sin pérdida de capacidad laboral 0%

El paciente el día de la valoración por la sala 4 manifestó cirugía reciente de hombro 5 días previos a su presentación, por lo cual la sala 4 considera necesario aplazar la decisión, esperar a que finalice su tratamiento y se establezcan las secuelas definitivas para poderlo calificar, para ello se solicita concepto de ortopedia reciente con certificado de rehabilitación integral que soporte el final de su tratamiento. Allegan estudio imagenológico, pendiente por que alleguen el concepto requerido para decidirlo. El 3 de octubre de 2017 allegan valoración por fisioterapia del 6 de septiembre del 2017 que evidenció dolor crónico con limitación para los movimientos del hombro descritos con goniometría. Así mismo allegan valoración por ortopedia y clínica del dolor que corroboran secuela funcional que limita los movimientos por dolor.

Así las cosas y considerando que hay soporte en su historia clínica que evidenció limitación para los movimientos del hombro por dolor, la sala 4 considera que hay soporte para calificar esta deficiencia por tabla 12.5 con 10%

Respecto al rol laboral y otras áreas ocupacionales, considerando su labor como operario de planta hay soporte para calificar un rol laboral con restricciones y adaptación a su puesto de trabajo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la sala 4 revisó la aplicación de las calificaciones dadas en deficiencias, rol laboral y ocupacional, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez y las ajustó a las disposiciones del Decreto 1507/14, en concordancia con las secuelas del accidente que presenta el paciente en su hombro, por lo tanto se modifica el dictamen emitido por la Junta Regional de Invalidez.

En virtud de lo expuesto se decide **MODIFICAR** No. 16461039-1721 de fecha 13 de mayo de 2016,

DIAGNÓSTICOS:

1. SÍNDROME MANGUITO ROTADOR HOMBRO DERECHO

PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

DEFICIENCIA PONDERADA (TÍTULO 1): 5.00%

ROL LABORAL Y OCUPACIONAL (TÍTULO 2): 12.40%

TOTAL: 17.40 (DECRETO 1507 DE 2014)

ORIGEN: ACCIDENTE DE TRABAJO DEL 27/07/2015

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 21/08/2015

Una vez leída y aprobada la presente decisión se firma en acta, con aceptación unánime por los integrantes principales de la Sala cuarta de Decisión de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, a los 17 días del mes de octubre de 2017.

En consecuencia, notifíquese el dictamen emitido a las partes interesadas en los términos del artículo 41 del Decreto 1352 de 2013.

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	Origen
--------	-------------	------------------------	--------

Entidad calificador: Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Sala 4

Calificado: JULIAN ANDRES CASTRO GARCIA

Dictamen: 16461039 - 13988

Página 8 de 10

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por dolor crónico somático	1	12.5	NA	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
Valor combinado									10,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%

Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar**10,00%**

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.

100

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5**5,00%****Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales****Rol laboral**

Restricciones del rol laboral	10
Restricciones autosuficiencia económica	0
Restricciones en función de la edad cronológica	1
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	11,00%

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	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	0.1	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0.2
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	0	0.2	0	0.1	0	0	0	0.2	0	0.5
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	
		0.1	0	0	0.1	0.1	0	0	0	0	0	0.3
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	0	0.1	0.1	0	0.1	0	0.1	0.4

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)**1.4****Valor final título II****12,40%**

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	5,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	12,40%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	17,40%

Origen: Accidente

Riesgo: de trabajo

Fecha de estructuración: 21/08/2015

Fecha declaratoria: 17/10/2017

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Ayuda de terceros para AVC: No aplica

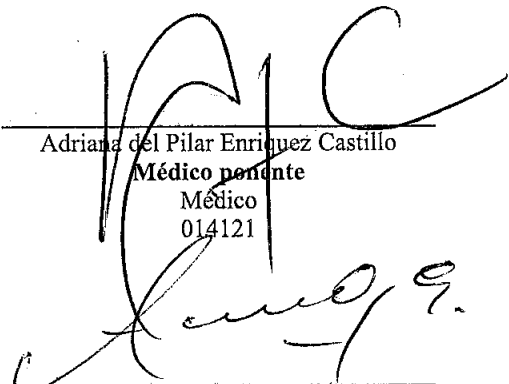
Ayuda de terceros para toma de decisiones: Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

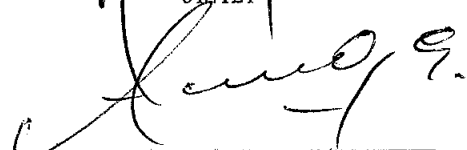
Enfermedad progresiva: No aplica

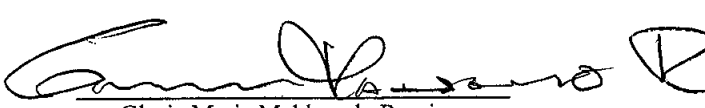
8. Grupo calificador


Adriana del Pilar Enriquez Castillo

Médico ponente

Médico
014121


Manuel Humberto Amaya Moyano
Médico


Gloria Maria Maldonado Ramirez
Fisioterapeuta