

Juzgado 05 Administrativo - Huila - Neiva

De: correspondencia@positiva.gov.co
Enviado el: miércoles, 20 de septiembre de 2023 2:42 p. m.
Para: Juzgado 05 Administrativo - Huila - Neiva
Asunto: POSITIVA SA. C.C. 83092258 DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR GERENCIA JURÍDICA
Nro SAL-2023 01 005 419192 #MID_73388587
Datos adjuntos: 1695070726703_syc_15396783_18092023_358.docx; 1695230407790_syc_15396783_20092023_1220.pdf; 1695070726625_syc_15396783_18092023_358.pdf; 202301005419192_1145_0000.pdf; 1695230407931_syc_15396783_20092023_1220.pdf; 1695230407837_syc_15396783_20092023_1220.pdf

do usuario, SALOMON GONZALEZ ARTUNDUAGA Secretario Juzgado Quinto Administrativo de Neiva

ndo a las políticas de Positiva Compañía de Seguros S.A. Se adjunta comunicado de respuesta a su solicitud con radicado número ENT-550 para su conocimiento, gestión o trámite.

de que los datos aquí contenidos podría tener "**Datos Sensibles**"; POSITIVA hace transferencia de esta información hacia el interesado, cumplir con los principios y disposiciones que están contemplados en la ley 1581 de 2012 y decreto 1377 de 2013; donde se debe hacer de la información, cualquier vulnerabilidad que pueda causar discriminación al trabajador de esta información será asumida por el re comunicado.

r no responder a este correo electrónico, para dirigir sus inquietudes lo invitamos a consultar nuestros canales de atención en el po sitiva.gov.co.

"Antes de imprimir piensa en tu compromiso con el medio ambiente, Responsabilidad Social"



L
e es confidencial, privado y está protegido por las normas jurídicas que aplican. Usted no debe copiar el mensaje ni divulgar su contenido a ninguna persona y por ningún medio. Si lo ha recibido p elo de su sistema.

de correo es de uso exclusivo para envío, por favor absténgase de escribir o responder al mismo, puesto que rebotará y/o no obtendrá respuesta

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.



Señor(a):
SALOMON GONZALEZ ARTUNDUAGA Secretario
Juzgado Quinto Administrativo de Neiva
Cra. 4 #12-37
Tel: 8715917
NEIVA - HUILA

DOCUMENTO DE SALIDA
Gestor Documental - WEB
2023-09-20 14:41:09
SAL-2023 01 005 419192
GERENCIA JURÍDICA
ENT-2023 01 002 215550 Folios:61

Asunto: Respuesta a oficio radicado de salida 2023 01 002 215550 de 11/09/2023
Medio de Control: Nulidad y restablecimiento del derecho
Demandante: DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR
Demandado: MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE
Radicación: 41-001-33-33-005-2021-00053-00

Respetado Doctor Gonzalez Artunduaga, reciba un cordial saludo de Positiva Compañía de Seguros S.A.

En atención a su comunicación, recibida en nuestras oficinas el 11 de septiembre del año en curso, donde se informa, que en audiencia de fecha 5 de septiembre de 2023, el Despacho ordenó:

“...remita: - Copia íntegra del expediente administrativo generado con ocasión del accidente laboral sufrido por el señor DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR c.c. 83092258 el día 20 de febrero del 2019 y el correspondiente estudio de pérdida de capacidad laboral...”

Me permito dar respuesta, con la información suministrada por el Grupo PQRD de la Gerencia Médica de la Compañía, en los siguientes términos

En atención a la información suministrada, referente al expediente del señor Silva, se observa registro de siniestro de fecha 20 de febrero de 2019, siendo calificado por la Junta Médica con diagnósticos mixtos, es decir, con diagnósticos de origen laboral, y diagnósticos de origen común, así:

DIAGNOSTICOS DE ORIGEN LABORAL:

- T003 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES, BILATERAL
- S300 CONTUSIÓN DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
- S819 HERIDA DE LA PIERNA DERECHA
- S932 DESGARRO PARCIAL DEL LIGAMENTO FIBULO TIBIAL POSTERIOR DEL TOBILLO DERECHO
- M688 TENDINOSIS DE LOS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHO

DIAGNOSTICOS DE ORIGEN COMUN:

- M404 RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA (NO DERIVADO DEL AT)
- M419 ACTITUD ESCOLIÓTICA IZQUIERDA (NO DERIVADA DEL AT)
- M518 CAMBIOS ESPONDILÓSICOS, CONDROSICOS Y ARTRÓSICOS INTERFACETARIOS (NO DERIVADO DEL AT)
- M519 PEQUEÑA PROTRUSIÓN DISCAL L1/L2. ABOMBAMIENTO DISCAL L2/L3. PROTRUSIÓN DISCAL L4/L5 (NO DERIVADO DEL AT)

Siendo pertinente señalar, que esta compañía se encuentra a cargo únicamente de las prestaciones médico-asistenciales y económicas, de los diagnósticos calificados de origen laboral.



Se acompaña en cuarenta y tres (43) folios copia del expediente administrativo del señor Silva Salazar, para su conocimiento y fines pertinentes.

Frente al proceso de pérdida de capacidad laboral se informa:

La Junta Médica de la Compañía expidió el dictamen N° 2673694 de 10 de julio de 2023, donde se determinó un porcentaje de secuelas de 21.30%, sin embargo, el asegurado dentro de los términos legales establecidos interpuso recurso, motivo por el cual, el caso pasó a ser de conocimiento y competencia de la Junta Regional de Calificación de Invalidez (JRCI) del Meta.

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Meta, emitió el dictamen N° 202301622 de 18 de agosto de 2023, y determinó un porcentaje de secuelas del 24.69%, calificación frente a la cual esta compañía se mostró en acuerdo a través de radicado de salida N° 2023 01 005 371087, se acompañan copia del dictamen de Junta Regional y del oficio en mención.

A la fecha no existe en los aplicativos de la Compañía [Gestor Documental], notificación u oficio por parte de la Junta Regional, informando que se ha presentado recurso ante la Junta Nacional,

Esperamos en estos términos haber atendido el requerimiento,

Cordialmente,



ISABEL CRISTINA CARDENAS RESTREPO
GERENTE JURÍDICO

Anexo: 61 Folios

Anexo: Medio Magnético N

Copia:

Elaboró: CLAUDIA CONSTANZA CABEZAS BONILLA

Revisó: ISABEL CRISTINA CARDENAS RESTREPO

Forma de Envío: Correo Electrónico

Respuesta a PQRD– ENT-2023 01 002 215550 de fecha 11/09/2023
RAMA JUDICIA - MAIL 2021-00053
ASUNTO: Copia – Expediente documental
ASEGURADO: DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR – C.C. 83092258
SINIESTRO: 352522463 de fecha 20/02/2019

Reciban un cordial saludo de Positiva Compañía de Seguros S.A.

En atención a la información suministrada, referente al expediente del señor Silva, nos permitimos informar lo siguiente:

Consultados los sistemas de información, observamos que a nombre del señor Silva, se registró el siniestro de fecha 20/02/2019 del cual se derivaron los siguientes diagnósticos, calificados de origen laboral:

- T003 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES, BILATERAL
- S300 CONTUSIÓN DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
- S819 HERIDA DE LA PIERNA DERECHA
- S932 DESGARRO PARCIAL DEL LIGAMENTO FIBULO TIBIAL POSTERIOR DEL TOBILLO DERECHO
- M688 TENDINOSIS DE LOS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHO

Y los siguientes diagnósticos calificados de origen común:

- *M404 RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA (NO DERIVADO DEL AT)*
- *M419 ACTITUD ESCOLIÓTICA IZQUIERDA (NO DERIVADA DEL AT)*
- *M518 CAMBIOS ESPONDILÓICOS, CONDROSICOS Y ARTRÓICOS INTERFACETARIOS (NO DERIVADO DEL AT)*
- *M519 PEQUEÑA PROTRUSIÓN DISCAL L1/L2. ABOMBAMIENTO DISCAL L2/L3. PROTRUSIÓN DISCAL L4/L5 (NO DERIVADO DEL AT)*

Siendo pertinente señalar que, esta compañía se encuentra a cargo únicamente de las prestaciones médico-asistenciales y económicas, de los diagnósticos calificados de origen laboral.

Ahora bien, en cuanto al requerimiento allegado, informamos que adjunto a esta respuesta encontrará en un total de cuarenta y tres (43) folios, copia del expediente

administrativo del accidente laboral del señor Silva que data en nuestros sistemas de información, para su conocimiento y fines pertinentes.

Agradecemos el haberse contactado con nosotros y esperamos con esta respuesta haber dado trámite a su solicitud.

Cualquier duda o aclaración adicional que pueda requerir serán atendidas con gusto en la Línea Positiva en Bogotá al (601) 3307000 o 018000 111170 sin costo a Nivel Nacional o a través de nuestros canales virtuales <https://www.positiva.gov.co/> y el correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co.



FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES RAMO RIESGOS LABORALES

AV08

Las reclamaciones de incapacidades temporales prescriben en el término de
(3) años, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad



1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	
Nombre del solicitante (Empresa/Trabajador)	Tipo de doc: NIT <input checked="" type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> C.D. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/>
DUIAN FERNEY SILVA SALAZAR	83092258
Dirección del solicitante	Departamento Municipio Teléfono Correo electrónico
CLL 34#11-96	HUILA CAMPOALEGRE 317593023 FERCHO-1082.0@HOTMAIL.COM

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA	
Razón Social o Nombre	Tipo de documento: NIT <input checked="" type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> C.D. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/>
MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE	891748179
Cobro Directo <input checked="" type="checkbox"/>	Descuento por Autoliquidación <input type="checkbox"/>

3. INFORMACIÓN BANCARIA	
Nombre de la Entidad Bancaria	Número de: Cuenta Corriente <input type="radio"/> Cuenta de Ahorros <input checked="" type="radio"/>
BANCOLOMBIA	95168273259
Titular de la Cuenta	
DUIAN FERNEY SILVA SALAZAR	

4. DATOS DEL INCAPACITADO					5. DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ							
TIPO	DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	NÚMERO DE INCAPACIDAD	FECHA SINIESTRO			DÍAS	APRENDIZ SENA	TIPO	DOCUMENTO	DV
1	C 83092258	SILVA SALAZAR	DUIAN FERNEY	001	DD	MM	AAAA	30				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Firma
Nombre: DUIAN FERNEY SILVA
No. Cédula: 83.092258

Fecha: 16/01/2018 - Código: MIS_5_4_4_FR41 - Versión: 3

DUIAN FERNEY SILVA

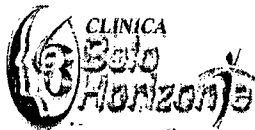
- Información del Solicitante:** datos de quien solicita el reconocimiento de la incapacidad. Tenga en cuenta, para tipo de solicitante que:
 - Empleado: cuando el solicitante es la empresa.
 - Trabajador vinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien recibe autorización del empleador para solicitar el reconocimiento.
 - Trabajador desvinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien al momento de la radicación se encuentra desvinculado laboralmente con la empresa que reporto el evento.
 - Trabajador independiente: se entendera como trabajador independiente el que labora por cuenta propia esto es sin vinculo laboral.
 - Dirección del solicitante: se refiere a los datos de ubicación del solicitante.
- Datos de la empresa:** diligenciar unicamente cuando el solicitante es trabajador vinculado-desvinculado
 - Tipo de Reconocimiento: marque con una "X" según el caso.
 - Cobro directo: cuando el solicitante requiere que el reconocimiento de las incapacidades se consigne a una cuenta bancaria.
 - Descuento por autoliquidación: cuando el solicitante requiere autorización por parte de Positiva para descontar el valor de las incapacidades del aporte mensual (tipo de reconocimiento exclusivo para empresas).
- Información Bancaria:** se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de cuenta. EL TITULAR de la cuenta debe ser el mismo solicitante.
- Datos del Incapacitado:** información del trabajador objeto del accidente:
 - Tipo de documento: C= Cédula de ciudadanía; E= Cédula de extranjería; T= Tarjeta de identidad; P= Pasaporte; D= Carné diplomático; M= Permiso Especial de Permanencia

- Documento: Escriba el número del documento del trabajador.
 - Apellidos y Nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador.
 - Número de Incapacidad: escriba el número que trae la incapacidad original.
 - Fecha de Siniestro: escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden (día, mes, año)
 - Días de incapacidad: escriba el número de días autorizados en la consulta medica.
 - Aprendiz SENA: marque con una "X" si el accidentado es estudiante o aprendiz.
5. **Datos de la empresa con que se accidentó:** campo exclusivo para casos en los cuales el trabajador accidentado tiene vinculo laboral con empresa diferente a la que reporto el accidente. El solicitante puede ser empresa o el trabajador.

Datos Sensibles: Declaro que he sido informado (a) que lo siguiente es considerado como Datos Sensibles: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco - obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que, de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que Positiva Compañía de Seguros S.A. pueda realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados en el pasado. Así mismo, autorizo a Positiva Compañía de Seguros S.A. para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para este trámite.

☒ AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES

¿Excenta del pago de aportes en salud? Si ☒ No ☐



INCAPACIDAD

CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT: 900215983

DIR: CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA - TELS:

ADMISION N_: 135183

PACIENTE: CC 83092258 - SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

EDAD: 37 A

FECHA NACIMIENTO: 82.03.10

SEXO: M ESTADO CIVIL: C ESTRATO: 1

DIRECCION: CALLE 43 N 15-29

CIUDAD: CAMPOALEGRE TELEFONO: 3175930230-

FECHA DE EXPEDICION: 19.12.05

CONTINGENCIA O RIESGO: ACCIDENTE DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

DIAGNOSTICO: M241

OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

FECHA DE INICIO: 19.12.05

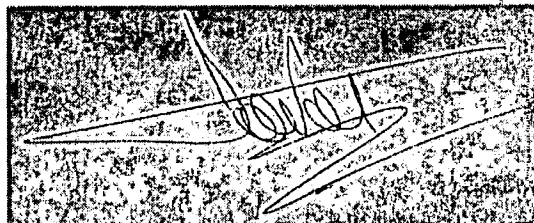
DIAS INCAPACIDAD: 30 DIAS PRORROGA: SI

PRESCRIPCION

FECHA DE FIN: 20.01.03

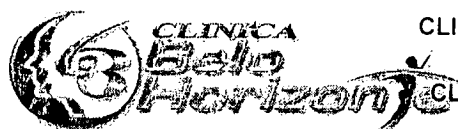
JUSTIFICACION

Dx: M241



DR(A) .EDER ANDRES FLOREZ

REGISTRO MED. 1117485777



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N_: 135183

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY Num. Id-: CC 83092258
FECHA NACIMIENTO: 82.03.10 EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
FECHA DE INGRESO: 19.12.05 HORA DE INGRESO: 08:05:48 Fecha/Hora de registro: 19.12.05 08:05
DIRECCION: CALLE 43 N 15-29 CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA
DIRECCION: _____
OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 19.12.05

<< REGISTRO: 08:05:48 >> (DR(A). EAC - EDER ANDRES FLOREZ CHAVEZ - C.C. 1117485777 - REG. MEDICO: 1117485777 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 01 ACCIDENTE DE TRABAJO FINALIDAD: 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CME CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA TIPO DIAG: IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PCTE CON CUADRO CLINICO DE DE CAIDA DE LUD DE TIERRA EN EL CUERPO AL MOMENTO REFIERE DOLOR Y
ESTABILIDAD DISMINUIDA DE LA RODILLA

REVISION POR SISTEMA

RMN CON CONDOMALACIA PATELO FEMORAL DE AMBAS RODILLAS

ANTECEDENTES

---><<2019.03.07-11:26:34>>, (DR(A). MPQ - MARIA DEL PILAR QUIROGA DUSSAN - C.C. 1075221865 - REG. MEDICO: - MEDICINA
GENERAL) H.ME: 119289
MEDICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: NO REFIERE

---><<2019.03.29-16:52:41>>, (DR(A). CXM - CLAUDIA XIMENA MUÑOZ VANEGAS - C.C. 1075250119 - REG. MEDICO: 1075250119 -
MEDICINA GENERAL) H.ME: 120419
NIEGA MEDICOS, ALERGICOS, QX.

---><<2019.08.28-09:49:27>>, (DR(A). MPG - ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 91/2757 - MEDICINA
GENERAL) H.ME: 129167
ENFERMEDAD: NINGUNO ALERGICO: NINGUNO
QX: NINGUNO
MEDICAMENTOS: ETELORIC, ACETAMINOFEN TABLETAS

**** EXAMEN FISICO ****

SIGNOS VITALES TA: FC: FR: Tmp: PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

SIGNOS DE INESTABILIDAD DE AMBAS RODILLAS CON CAJON ANTERIOR Y POSTERIOR POSITIVOS

**** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS - TRATAMIENTOS - EVOLUCION ****



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N_: 135183

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

Num. Id.: CC

83092258

FECHA NACIMIENTO: 82.03.10

EDAD: 37 A

SEXO: M

ESTADO CIVIL: C

FECHA DE INGRESO: 19.12.05

HORA DE INGRESO: 08:05:48

Fecha/Hora de registro: 19.12.05 08:05

DIRECCION: CALLE 43 N 15-29

CIUDAD: CAMPOALEGRE

DPTO: 41

TELEFONO: 3175930230-3164

Ocupacion: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

RESPONSABLE: YOHANA AVILA

DIRECCION: _____

OBSERVACION

(Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO

M241 OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA

ANALISIS/PLAN

TERAPIA FISICA 20 SECCIONES

VAL POR ORTOPEDIA EN UN MES AL TERMINAR LAS TERPIA FISICA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

** ORDENES MEDICAS:

TERAPIA FISICA 20 SECCIONES

VAL POR ORTOPEDIA EN UN MES AL TERMINAR LAS TERPIA FISICA

<<

ISTRO: 08:36:45 >>

(DR(A). EAC - EDER ANDRES FLOREZ CHAVEZ - C.C. 1117485777 - REG. MEDICO: 1117485777 - ORTOPEDIA)

**** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS - TRATAMIENTOS - EVOLUCION ****

ANALISIS/PLAN

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.12.05-08:35:10 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2019.12.05 FIN: 2020.01.03

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: Remitido a Especialista

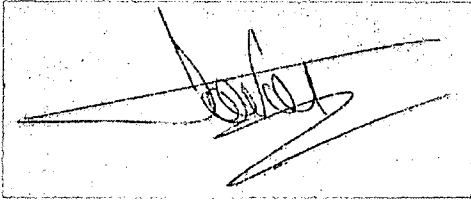
SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FECHA DE EGRESO: 19.12.05

HORA DE EGRESO: 08:35:10

DIAS DE INCAPACIDAD: 30 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

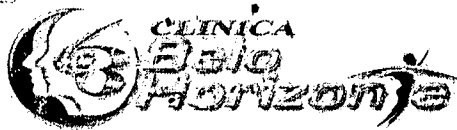


Dr. EDER ANDRES FLOREZ CHAVEZ

Registro Medico: 1117485777

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

TEL: 8774343 - 8777444 - 8779494 - 8778060

LINEAS DIRECTAS DE CITAS: 8765112 - 8777703

LINEAS DIRECTA DE ATENCION AL USUARIO: 8643514 - 018000183514

PACIENTE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

DOC. ID: 83092258

FECHA: 19.12.05

ENTIDAD: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

EDAD: 37 A

ADMISION: 180-1-135183

FECHA ADM.: 19.12.05

ORDEN MEDICA

TERAPIA FISICA 20 SECCIONES

VAL POR ORTOPEDIA EN UN MES AL TERMINAR LAS TERPIA FISICA

#26710042

DR@. EDER ANDRES FLOREZ

REG. MED: 1117485777

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA NEIVA-HUILA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

22746693-F:2
C-83092258
CORRESPONDENCIA
HUILA
NEIVA
09/12/2019
4:27:48 p.m.

Sujeto a revisión

ENT-2019 41 001 021490

Fecha y ciudad: _____

Señores
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Gerencia Médica – Área de Medicina Laboral
Ciudad



ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLINICA E HISTORIA LABORAL

Importante: El diligenciamiento de este formato es **voluntario**, el cual se pone a disposición para surtir el proceso de calificación de origen o calificación de pérdida de capacidad laboral de acuerdo a la ley 1562/12, Decreto 1352 de 2013 y demás normas concordantes.

Yo, DULIAN FERNANDEZ SILVA SALAZAR identificado como aparece al pie de mi firma; autorizo en forma expresa a Positiva/Compañía de Seguros S. A para acceder, revisar y copiar mi historia clínica y laboral, adjuntar los apartes que corresponden a estos documentos, incluyendo todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados de acuerdo a la ley 1562/12, Decreto 1352 de 2013, así como también a la historia laboral, en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de la resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud.

Así mismo, **certifico** que desde el momento en que mi último empleador reportó novedad de retiro al sistema general de riesgos profesionales con Positiva Compañía de Seguros S. A., Informo que la última o actual entidad de afiliación a riesgos laborales es: POSITIVA y no he estado afiliado a ninguna otra Administradora de riesgos laborales.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada y la documentación aportada en la presente solicitud es verídica, aceptando las consecuencias jurídicas que pueden derivarse de que la información aportada no corresponda a la realidad.

Cordialmente,

FIRMA:



NOMBRE: DULIAN FERNANDEZ SILVA SALAZAR

C.C.: 83092258 EMPLEADOR: Alcalpía p.e. Campos/EORZ (H)

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: 34 - N° 11-96

BARRIO: NEUSENDA OBREÑA MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO: HUILA - CAMPALEGRA

CORREO ELECTRÓNICO: FERCHO 1082-@HOTMAIL.COM

TELÉFONO ACTUAL FIJO: _____ CELULAR: 317 5930230

ULTIMA EPS: NOZVA EPS ULTIMA AFP: POSITIVA

Favor hacer entrega de esta información dentro de los 2 días hábiles siguientes al recibo de esta comunicación, en el punto de atención más cercano de Positiva Compañía de Seguros S.A. adjuntando fotocopia del documento de identidad, legible por las dos caras

POS00723545- 147-1-00-00-0014806- P3.06.09.9.05

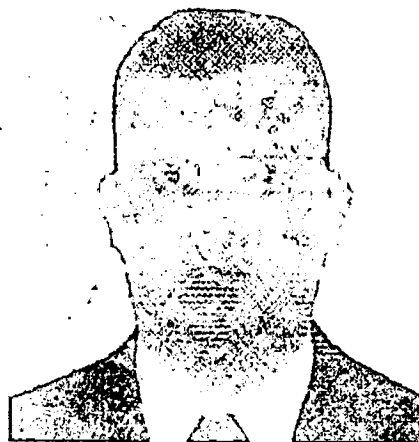
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

13.092.258
SILVIA GALAZAR

LUIS FERNER



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1982**
LA MACARENA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

B+

M

ESTATURA

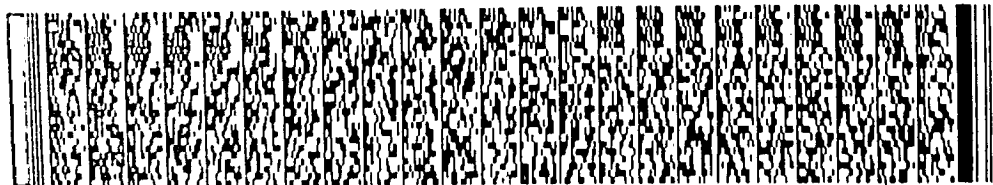
G.S. RH

SEXO

25-JUL-2000 CAMPOALEGRE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

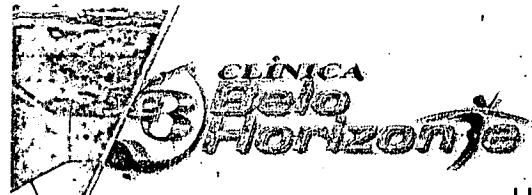
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1902200-00944680-M-0083092258-20171009

0057955456A 2

48417817



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

TEL: 8774343 - 8777444 - 8779494 - 8778060

LINEAS DIRECTAS DE CITAS: 8765112 - 8777703

LINEAS DIRECTA DE ATENCION AL USUARIO: 8643514 - 018000183514

H 001
X INC 001

PACIENTE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

DOC. ID: 83092258

FECHA: 20.02.18

ENTIDAD: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

EDAD: 37 A

ADMISION: 180-1-138731

FECHA ADM.: 20.02.18

ORDEN MEDICA

INCAPACIDAD MEDICA

TIPO PRORROGA

INICIO: 03/FEB /20

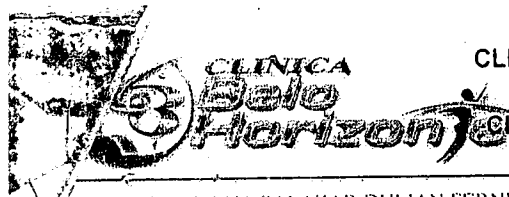
FINAL : 03/MARZO/20

Dr: M247


Dr. Alberto Luis Perpiñan Barros
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 19730
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DR@. ALBERTO PERPIÑAN
REG. MED: 19730

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA NEIVA-HUILA



CLINICA BELO HORIZONTE SAS
NIT.: 900215983-3
CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N.: 138731

NOMBRE: SILVA-SALAZAR DULIAN FERNEY Num. Id.: CC 83092258
FECHA NACIMIENTO: 82.03.10 EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
FECHA DE INGRESO: 20.02.18 HORA DE INGRESO: 18:24:39 Fecha/Hora de registro: 20.02.18 18:24
DIRECCION: CALLE 43 N 15-29 CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA
DIRECCION: _____
OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 20.02.18

<< REGISTRO: 18:24:39 >> (DR(A). APP - ALBERTO PERPIÑAN - C.C. 1047380490 - REG. MEDICO: 19730 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 01 ACCIDENTE DE TRABAJO FINALIDAD: 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CME CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA TIPO DIAG: IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

ACCIDENTE LABORAL FEBRERO 20 /19
DOLOR SECCULAR EN COLUMNA LUMBOSACRA
RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO
POP SSUTURA DE MENISMO MEDIAL O LATERLA 09/19

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON TUAMA POR PALASTAMEINTO EN MIEMBROS INFERIOR CON DOLOR SECUALLEAR EN TOBILLO DERECHO Y
RODILLAS CON DOLOR LUMBOCRO QUE SE HA INTENSIFICADO, HA PERSITIDO A PESAR ADE MANEO CON FISIATRIA, SIN QUE SE
SEÑALEN LESIONS ESTRUCTURALES ACTUALES.

REVISION POR SISTEMA

ANTECEDENTES

---><<2019.03.07-11:26:34>>, (DR(A). MPQ - MARIA DEL PILAR QUIROGA DUSSAN - C.C. 1075221865 - REG. MEDICO: - MEDICINA
GENERAL) H.ME: 119289
MEDICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: NO REFIERE

---><<2019.03.29-16:52:41>>, (DR(A). CXM - CLAUDIA XIMENA MUÑOZ VANEGAS - C.C. 1075250119 - REG. MEDICO: 1075250119 -
MEDICINA GENERAL) H.ME: 120419
NIEGA MEDICOS, ALERGICOS, QX.

---><<2019.08.28-09:49:27>>, (DR(A). MPG - ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 91/2757 - MEDICINA
GENERAL) H.ME: 129167
ENFERMEDAD: NINGUNO ALERGICO: NINGUNO
QX: NINGUNO
MEDICAMENTOS: FTELORIC. ACETAMINOFEN TABLETAS

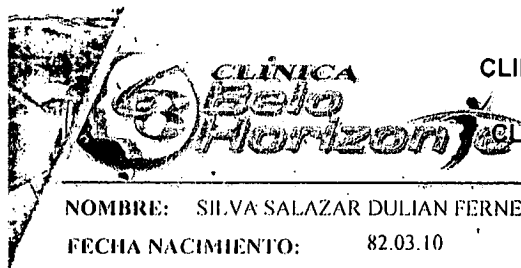
** EXAMEN FISICO **

SIGNOS VITALES TA: FC: FR: Tmp: PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

COLUMNA LUMBOSACRA CON ESPASMOS PARAVERTBRALE SY DOLOR LUMBOSACRO QUE LIMITA ACO, LASEGUE POTIVO EN
PERNA DERECHA, RODILLA IZQUIERDA CON EFUSION, CON BLOQUEO, MCMURRYA POSITIVO APR ALESION MEDIAL, TODBILLO
DERECHO CON EFUAION Y ROTACION MARCADMENTE DOROSA SIN BOSTEZO SOOCON TROTAIOCN EXTERNA DOLOROS

** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N_: 13873

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

Num. Id.: CC

83092258

FECHA NACIMIENTO: 82.03.10

EDAD: 37 A

SEXO: M

ESTADO CIVIL: C

FECHA DE INGRESO: 20.02.18

HORA DE INGRESO: 18:24:39

Fecha/Hora de registro: 20.02.18

18:24

DIRECCION: CALLE 43 N 15-29

CIUDAD: CAMPOALEGRE

DPTO: 41

TELEFONO: 3175930230-3154

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

RESPONSABLE: YOHANA AVILA

DIRECCION: _____

OBSERVACION

(Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO

M241 OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA

ANALISIS/PLAN

PACIENTE CON CAUDOR CLINICO DE 37 AÑOS EN CONTEXTO DE CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CON TRAUMA POR APLASTAMIENTO EN MIEMBROS INFERIORES ACUDE CON DOLOR SECULAR EN COLUMNA RODILA Y TOBIOS CONSIGNO CLINICOS DE ELISIONES DE TEJIDOS BLANDOS, HAN REALIZADO MULTIPLES ESTUDIOS DE IMAGEN Y MANEJADO CON FST, NO SE HA ESTABLECIDO ORIGEN DEL DOLOR PERO PERSISTE A PES DE ESTRATEGIA DE REHABILITACION, EN EL XAMEN FISICO PRESENTA POSIBLE RADICULOPATIA LUMBAR, CON LESION MENISCA EN RODIL IZQUIERDA Y CLINICA DE LESION LIGAMENTARIA EN TOBILLO DERECHO, SE DECIDE ACTUALIZAR PARACLINICOS DE IMAGEN CON RX Y RMN DE RODIL Y TOBILLO PARA DETERMINAR CURACION DE LESIONES Y O LESIONES SECUNDARIAS PARA DEFINIR SI REQUIERE INTERVENCIONES ADICIONALES, SE CITARON STUDIO EN 1 MES. DE BE CONTINUAR MANEJO INTEGRAL CON FISIATRIA.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE RODILLA IZQUIERDA SIMPLE

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO SIMPLE

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

**** MEDICAMENTOS:**

CITA CON FISIATRIA

**** MEDICAMENTOS:**

CITA CON ORTOPEDIA EN 2 MESES

**** ORDENES MEDICAS:**

INCAPACIDAD MEDICA

TIPO PRORROGA

INICIO: 03/FEB/20

FINAL: 03/MARZO/20

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: *** NO REGISTRA ***


SERVICIO:

FECHA DE EGRESO:

HORA DE EGRESO:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO


Dr. Alberto Luis Perpiñán Barros
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 19730
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Dr. ALBERTO PERPIÑAN
Registro Medico: 19730

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

Pos. 723545 - 147.1. 14806 - Fs. 06.09. 5.05



FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES RAMO RIESGOS LABORALES



AV08

Las reclamaciones de incapacidades temporales prescriben en el término de (3) años, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE								
Nombre del solicitante (Empresa/Trabajador)		Tipo de doc: NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/>						
DULIAN FERNEY SILVA		83092258						
Dirección del solicitante	Departamento	Municipio	Teléfono					
CRA 13# 21-40	HUILA	CAMPOALEGRE	3175930230					
Correo electrónico		fercho-1082 @hotmail.com						
2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA								
Razón Social o Nombre		Tipo de documento: NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/>						
MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE		891118119						
Tipo de reconocimiento		Cobro Directo <input checked="" type="checkbox"/> Descuento por Autoliquidación <input type="checkbox"/>						
3. INFORMACIÓN BANCARIA								
Nombre de la Entidad Bancaria	Número de: Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input checked="" type="checkbox"/>	Titular de la Cuenta						
BANCOLOMBIA	95168273259	DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR						
4. DATOS DEL INCAPACITADO								
TIPO	DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	NÚMERO DE INCAPACIDAD	FECHA SINIESTRO	DÍAS	APRENDIZ SENA	ACCIDENTO
1.	C 83092258	SILVA SALAZAR	DULIAN FERNEY	001	20 02 2019	30		
2.	C 83092258	SILVA SALAZAR	DULIAN FERNEY	002	20 02 2019	03		
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
				5. DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ				
				TIPO DE DOCUMENTOS PERMITIDOS NIT - CC - CE				
				DOCUMENTO				
				DV				

Firma
Nombre: DULIAN FERNEY SILVA S
No. Cédula: 83092258

Fecha: 16/01/2018 - Código: MIS_5_4_4_FR41 - Versión: 3

DULIAN FERNEY SILVA S
CC: 83092258

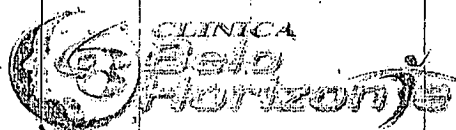
- Información del Solicitante: datos de quien solicita el reconocimiento de la Incapacidad. Tenga en cuenta, para tipo de solicitante que:
 - Empleado: cuando el solicitante es la empresa.
 - Trabajador vinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien recibe autorización del empleador para solicitar el reconocimiento.
 - Trabajador desvinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien al momento de la radicación se encuentra desvinculado laboralmente con la empresa que reportó el evento.
 - Trabajador independiente: se entenderá como trabajador independiente el que labora por cuenta propia esto es sin vínculo laboral.
 - Dirección del solicitante: se refiere a los datos de ubicación del solicitante.
- Datos de la empresa: diligenciar únicamente cuando el solicitante es trabajador vinculado-desvinculado
 - Tipo de Reconocimiento: marque con una "X" según el caso:
 - Cobro directo: cuando el solicitante requiere que el reconocimiento de las incapacidades se consigne a una cuenta bancaria.
 - Descuento por autoliquidación: cuando el solicitante requiere autorización por parte de Positiva para descontar el valor de las incapacidades del aporte mensual (tipo de reconocimiento exclusivo para empresas).
- Información Bancaria: se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de cuenta. EL TITULAR de la cuenta debe ser el mismo solicitante.
- Datos del incapacitado: información del trabajador objeto del accidente:
 - Tipo de documento: C= Cédula de ciudadanía; E= Cédula de extranjería; T= Tarjeta de identidad; P= Pasaporte; D= Carné diplomático; M= Permiso Especial de Permanencia.

- Documento: Escriba el número del documento del trabajador.
 - Apellidos y Nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador.
 - Número de Incapacidad: escriba el número que trae la Incapacidad original.
 - Fecha de Siniestro: escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden (día, mes, año).
 - Días de Incapacidad: escriba el número de días autorizados en la consulta médica.
 - Aprendiz SENA: marque con una "X" si el accidentado es estudiante o aprendiz.
5. Datos de la empresa con la que se accidentó: campo exclusivo para casos en los cuales el trabajador accidentado tiene vínculo laboral con empresa diferente a la que reportó el accidente. El solicitante puede ser empresa o el trabajador.
- Datos Sensibles: Declaro que he sido informado (a) que lo siguiente es considerado como Datos Sensibles: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco - obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que, de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que Positiva Compañía de Seguros S.A. pueda realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados en el pasado. Así mismo, autorizo a Positiva Compañía de Seguros S.A. para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para este trámite.

☒ AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES

☒ Exenta del pago de aportes en salud?

☒



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

TEL: 8774343 - 8777444 - 8779494 - 8778060

LINEAS DIRECTAS DE CITAS: 8765112 - 8777703

LINEAS DIRECTA DE ATENCION AL USUARIO: 8643514 - 018000183514

001

x INC 001

PACIENTE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

DOC. ID: 83092258

FECHA: 20.01.09

ENTIDAD: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

EDAD: 37 A

ADMISION: 180-1-136481

FECHA ADM.: 20.01.09

INCAPACIDAD

POP DE ARTROSCOPIA DE LA RODILLA DERECHA

PLAN INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL DIA 4 DE ENERO DEL 2020

FINALIZA EL DIA 2 DE FEBRERO DEL 2020

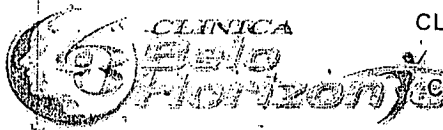
Dr: M241

Humberto Vargas C
ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA
REG. MED. 86058097

DR@ HUMBERTO VARGAS

REG. MED: 86058097

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA NEIVA-HUILA



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

x ANX INC 001
HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N.: 136481

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY Num. Id.: CC 83092258
FECHA NACIMIENTO: 82.03.10 EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
FECHA DE INGRESO: 20.01.09 HORA DE INGRESO: 09:25:41 Fecha/Hora de registro: 20.01.09 09:25
DIRECCION: CALLE 43 N 15-29 CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA
DIRECCION: _____
OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 20.01.09

<< REGISTRO: 09:25:41 >> (DR(A). HUV - HUMBERTO VARGAS - C.C. 86058097 - REG. MEDICO: 86058097 - ORTOPEDIA)

MOTIVO DE LA ATENCION: 01 ACCIDENTE DE TRABAJO FINALIDAD: 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: CME CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA TIPO DIAG: REPETIDO

MOTIVO CONSULTA

POP DE CONDROPLASTIA MAS PERFORACIONES MAS MENISCOPLASTIA RODILLA DERECHA POP SEPTIEMBRE DEL 2019 ACCIDENTE DE TRABAJO

REVISION POR SISTEMAANTECEDENTES

---><<2019.03.07-11:26:34>>, (DR(A). MPQ - MARIA DEL PILAR QUIROGA DUSSAN - C.C. 1075221865 - REG. MEDICO: - MEDICINA

GENERAL) H.ME: 119289

MEDICOS: NO REFIERE

ALERGICOS: NO REFIERE

QUIRURGICOS: NO REFIERE

---><<2019.03.29-16:52:41>>, (DR(A). CXM - CLAUDIA XIMENA MUÑOZ VANEGAS - C.C. 1075250119 - REG. MEDICO: 1075250119 -

MEDICINA GENERAL) H.ME: 120419

NIEGA MEDICOS, ALERGICOS, QX.

---><<2019.08.28-09:49:27>>, (DR(A). MPG - ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 91/2757 - MEDICINA

GENERAL) H.ME: 129167

ENFERMEDAD: NINGUNO ALERGICO: NINGUNO

QX: NINGUNO

MEDICAMENTOS: ETELORIC, ACETAMINOFEN TABLETAS

**** EXAMEN FISICO ****

SIGNOS VITALES TA: FC: FR: Tmp: PESO: TALLA:

**** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS - TRATAMIENTOS - EVOLUCION ****DIAGNOSTICO DE INGRESO

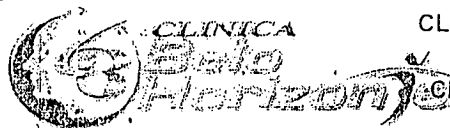
M241 OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA

EVOLUCION

4 MESES DEL POP CIRUGIA POR ARTROSCOPIA DE LA RODILLA DERECHA NO HAY MEJORIA NI DEL DOLOR NI DE LA MOVILIDAD DE LA RODILLA DERECHA, REFIERE HABER RECIBIDO SOLAMENTE 4 SESIONES DE TERAPIA FISICA
PRESENTA ADEMÁS DOLOR LUMBAR Y DEL TOBILLO DERECHO
TRAJE RESONANCIA DEL DIA 24 DE JULIO DEL 2019 COLUMNA LUMBAR CON DISCOPATIA L4-L5 SIN RADICULOPATIA SIN ESTENOSIS
TRE RESONANCIA 1 DE ABRIL DEL 2019 CON LEVE TENDINOSIS MAS SINOVIAL FIBULOTALAR SIN LESION DE LIGAMENTOS
EXPLORACION FISICA RODILLA DERECHA FLEXION LIMITADA FICAT MEDIAL Y LATERAL(+) ATROFIA DEL CUADRICIPES
PLAN CITA CLINICA DEL DOLOR .



CLINICA BELLO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N.: 136481

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIÁN FERNEY

Num. Id.: CC 83092258

FECHA NACIMIENTO: 82.03.10

EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C

FECHA DE INGRESO: 20.01.09

HORA DE INGRESO: 09:25:41 Fecha/Hora de registro: 20.01.09 09:25

DIRECCION: CALLE 43 N 15-29

CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164

Ocupacion: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

CITA MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

CITA MEDICINA LABORAL

CITA ORTOPEDIA DR MANUEL MOSQUERA

ANALISIS/PLAN

**** INCAPACIDADES:**

POP DE ARTROSCOPIA DE LA RODILLA DERECHA
PLAN INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL DIA 4 DE ENERO DEL 2020
FINALIZA EL DIA 2 DE FEBRERO DEL 2020

**** OTROS:**

CITA DR MANULO MOSQUERA ARTROSCOPISTA

**** TERAPIAS:**

TERAPIA FISICA EN TOTAL 60 SESIONES
REALIZAR UNA SESION EL DIA
ULTRASONIDO MOVILIDAD FORTALECER LOS MUSCULOS

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: *** NO REGISTRA ***

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO:

HORA DE EGRESO:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

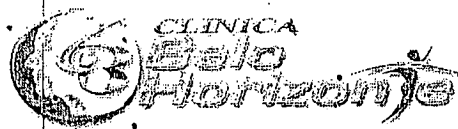
Humberto Vargas Q.
ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA
REG. MED. 86058097

Dr. HUMBERTO VARGAS

Registro Medico: 86058097

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

TEL: 8774343 - 8777444 - 8779494 - 8778060

LINEAS DIRECTAS DE CITAS: 8765112 - 8777703

LINEAS DIRECTA DE ATENCION AL USUARIO: 8643514 - 018000183514

#002

X INC 002

PACIENTE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

DOC. ID: 83092258

FECHA: 19.12.02

ENTIDAD: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

EDAD: 37 A

ADMISION: 180-1-135024

FECHA ADM.: 19.12.02

INCAPACIDAD

INCAPACIDAD POR 3 DIAS

FECHA INICIAL: 02/12/2019

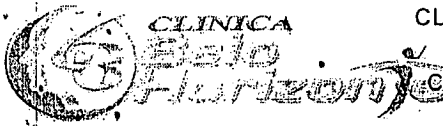
FECHA FINAL: 04/12/2019

Dx: M241

DR@. ANGELICA MARIA PRADA

REG. MED: 91/2757

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA NEIVA-HUILA



CLINICA BELO HORIZONTE SAS
NIT.: 900215983-3
CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

RAA INC 002
HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N.: 135024

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY Num. Id.: CC 83092258
FECHA NACIMIENTO: 82.03.10 EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
FECHA DE INGRESO: 19.12.02 HORA DE INGRESO: 19:40:36 Fecha/Hora de registro: 19.12.02 19:40
DIRECCION: CALLE 43 N 15-29 CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA
DIRECCION: _____
OBSERVACION _____ (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 19.12.02

<< REGISTRO: 19:40:36 >> (DR(A). MPQ - ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 91/2757 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO DE LA ATENCION: 01 ACCIDENTE DE TRABAJO FINALIDAD: 10 / NO APLICA
TIPO DE CONSULTA: CPI CONSULTA PRIORITARIA TIPO DIAG: IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

"ME DUELE LA RODILLA Y LA CINTURA Y EL TOBILLO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE LE DUENE LA RODILLA DERECHA, TOBILLO DERECHO Y LA CINTURA, REFIERE QUE SUFRIO UN ACCIDENTE LABORAL EL 20/02/2019, DONDE LE TUVIERON QUE OPERAR, REFEIRE QUE NUNCA HA PODIDO HACER LA TERPAIA QUE LE HA MANDADO EL ESPECIALISTA, POR QUE NO SE LA HAN AUTORIZADO.

REVISION POR SISTEMA

NIEGA OTROS.

ANTECEDENTES

---><<2019.03.07-11:26:34>>, (DR(A). MPQ - MARIA DEL PILAR QUIROGA DUSSAN - C.C. 1075221865 - REG. MEDICO: - MEDICINA GENERAL) H.ME: 119289
MEDICOS: NO REFIERE
ALERGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: NO REFIERE

---><<2019.03.29-16:52:41>>, (DR(A). CXM - CLAUDIA XIMENA MUÑOZ VANEGAS - C.C. 1075250119 - REG. MEDICO: 1075250119 - MEDICINA GENERAL) H.ME: 120419
NIEGA MEDICOS, ALERGICOS, QX.

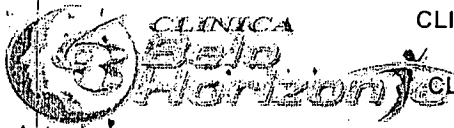
---><<2019.08.28-09:49:27>>, (DR(A). MPQ - ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 91/2757 - MEDICINA GENERAL) H.ME: 129167
ENFERMEDAD: NINGUNO ALERGICO: NINGUNO
QX: NINGUNO
MEDICAMENTOS: ETELORIC, ACETAMINOFEN TABLETAS

**** EXAMEN FISICO ****

SIGNOS VITALES TA: 120/70 FC: 80 FR: 17 Temp: 36.5 PESO: TALLA:

EXAMEN FISICO

PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA ORIENTADO.
NORMOCEFALO.
MUCOSA ORAL HUMEDA.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.
ABDOMEN GLOBOSO POR ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO.
SE EVIDENCIA EDEMA LEVE EN TOBILLO, CON DOLOR A LA PALPACION.
LIMITACION FUNCIONA EN LA RODILLA. DOLOR A LA VMOILIZACION.
ESPASMOS EN REGION LUMBOSACRO.



CLINICA BELO, HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

XAJK WC 002
HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N_: 135024

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

Num. Id-: CC 83092258

FECHA NACIMIENTO: 82.03.10

EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C

FECHA DE INGRESO: 19.12.02

HORA DE INGRESO: 19:40:36 Fecha/Hora de registro: 19.12.02 19:40

DIRECCION: CALLE 43 N 15-29

CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA

DIRECCION: _____

OBSERVACION _____

(Inst)

**** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS - TRATAMIENTOS - EVOLUCION ****DIAGNOSTICO DE INGRESO

M241 OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA

ANALISIS/PLAN

PACIENTE ADULTO CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE LABORAL EN FEBRERO DE 2019, CON LESION TENIDOSA EN REGION DE LA RODILLA, EN POP DE ARTROSCOPIA, EN MANEJO POR ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA. SE INDICA REQUIERE CONTINUAR MANEJO POR ORTOPEDIA, ANALGESICO. SE LE DA PROROGA DE LA INCAPACIDAD

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS**** MEDICAMENTOS:**

DICLOFENACO AMPOLLA 75 MG IM AHORA.

**** MEDICAMENTOS:**

NAPROXENO TABLETA 250 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS
KETOPROFENO GEL 2.5%, TUBO DE 60 MG, APLICAR TRES VECES POR DIA.

INCAPACIDAD POR 3 DIAS

FECHA INICIAL: 02/12/2019

FECHA FINAL: 04/12/2019

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: *** NO REGISTRA ***

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO:

HORA DE EGRESO:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ

Registro Medico: 91/2757

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES RAMO RIESGOS LABORALES

Las reclamaciones de incapacidades temporales prescriben en el término de
 (3) años, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad

AV08



1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		Tipo de doc: NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/>		Tipo de solicitante	
Nombre del solicitante (Empresa/Trabajador)		83092258		Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Vinculado <input type="checkbox"/> Trabajador Desvinculado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	
Dirección del solicitante		Municipio		Teléfono	
CIL 34 # 11-96		HUILA		CAMPOALEGRE 3175930230	
				Correo electrónico	
				FERCHO-1082@HOTMAIL.COM	

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA		Tipo de documento: NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/>		Tipo de reconocimiento	
Razón Social o Nombre		89118119		Cobro Directo <input checked="" type="checkbox"/> Descuento por Autoliquidación <input type="checkbox"/>	
MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE					

3. INFORMACIÓN BANCARIA		Número de: Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input checked="" type="checkbox"/>		Titular de la Cuenta	
Nombre de la Entidad Bancaria		95168273259		DULIAN FERNES SILVA SALAZAR	
BANCOLOMBIA					

4. DATOS DEL INCAPACITADO					5. DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ				
TIPO	DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	NÚMERO DE INCAPACIDAD	FECHA SINIESTRO			DÍAS	APRENDIZ SEÑA
					DD	MM	AAAA		
1.	83092258	SILVA SALAZAR	DULIAN FERNES	001	20	02	2019	29	
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

Firma

Nombre: DULIAN FERNES SILVA

No. Cédula: 83092258

Fecha: 16/01/2018 - Código: MIS_5_4_4_FR41 - Versión: 3

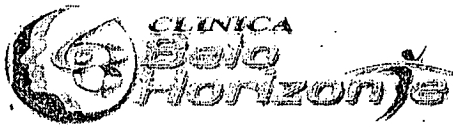
- Información del Solicitante:** datos de quien solicita el reconocimiento de la incapacidad. Tenga en cuenta, para tipo de solicitante que:
 - Empleador: cuando el solicitante es la empresa.
 - Trabajador vinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien recibe autorización del empleador para solicitar el reconocimiento.
 - Trabajador desvinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien al momento de la radicación se encuentra desvinculado laboralmente con la empresa que reporto el evento.
 - Trabajador independiente: se entendera como trabajador independiente el que labora por cuenta propia esto es sin vinculo laboral.
 - Dirección del solicitante: se refiere a los datos de ubicación del solicitante.
- Datos de la empresa:** diligencie únicamente cuando el solicitante es trabajador vinculado-desvinculado
 - Tipo de Reconocimiento: marque con una "X" según el caso:
 - Cobro directo: cuando el solicitante requiere que el reconocimiento de las incapacidades se consigne a una cuenta bancaria.
 - Descuento por autoliquidación: cuando el solicitante requiere autorización por parte de Positiva para descontar el valor de las incapacidades del aporte mensual (tipo de reconocimiento exclusivo para empresas).
- Información Bancaria:** se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de cuenta. EL TITULAR de la cuenta debe ser el mismo solicitante.
- Datos del Incapacitado:** información del trabajador objeto del accidente:
 - Tipo de documento: C= Cédula de ciudadanía; E= Cédula de extranjería; T= Tarjeta de identidad; P=Pasaporte; D=Carné diplomático; M=Permiso Especial de Permanencia

- Documento: Escriba el número del documento del trabajador.
 - Apellidos y Nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador.
 - Número de incapacidad: escriba el número que trae la incapacidad original
 - Fecha de Siniestro: escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden (día, mes, año)
 - Días de Incapacidad: escriba el número de días autorizados en la consulta medica.
 - Aprendiz Señal: marque con una "X" si el accidentado es estudiante o aprendiz.
 - Datos de la empresa con la que se accidentó:** campo exclusivo para casos en los cuales el trabajador accidentado tiene vinculo laboral con empresa diferente a la que reporto el accidente. El solicitante puede ser empresa o el trabajador.
- Datos Sensibles:** Declaro que he sido informado (a) que lo siguiente es considerado como Datos Sensibles: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco - obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que, de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que Positiva Compañía de Seguros S.A. pueda realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados en el pasado. Así mismo, autorizo a Positiva Compañía de Seguros S.A. para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para este trámite.

☒ AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES

¿Excenta del pago de aportes en salud? Si ☐ No ☒

10500723545 / 147-1-0014806



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

TEL: 8774343 - 8777444 - 8779494 - 8778060

LINEAS DIRECTAS DE CITAS: 8765112 - 8777703

LINEAS DIRECTA DE ATENCION AL USUARIO: 8643514 - 018000183514

001

Xinc 001

PACIENTE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

DOC. ID: 83092258

FECHA: 20.03.09

ENTIDAD: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

EDAD: 38 A

ADMISION: 180-1-140635

FECHA ADM.: 20.03.09

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

INCAPACIDAD MEDICA

TIPO: PRORROGA

INICIO: 04 DE MARZO/20

FINAL : 01 DE ABRIL/20

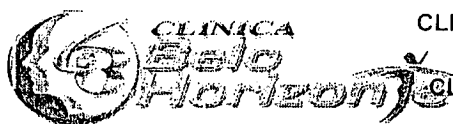
Ox: M241


2414720

Dr. Alberto Luis Perpiñán Barros
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 19730
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DR@. ALBERTO PERPIÑAN
REG. MED: 19730

CLLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA NEIVA-HUILA



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N.: 140635

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

Num. Id.: CC

83092258

FECHA NACIMIENTO: 82.03.10

EDAD: 38 A

SEXO: M

ESTADO CIVIL: C

FECHA DE INGRESO: 20.03.09

HORA DE INGRESO: 15:11:11

Fecha/Hora de registro: 20.03.09 15:11

DIRECCION: CALLE 43 N 15-29

CIUDAD: CAMPOALEGRE

DPTO: 41

TELEFONO: 3175930230-3154

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

RESPONSABLE: YOHANA AVILA

DIRECCION: _____

OBSERVACION _____

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 20.03.09

<< REGISTRO: 15:11:11 >> (DR(A). APP - ALBERTO PERPIÑAN - C.C. 1047380490 - REG. MEDICO: 19730 - ORTOPEdia)

MOTIVO DE LA ATENCION: 13 ENFERMEDAD GENERAL

FINALIDAD: 10 / NO APLICA

TIPO DE CONSULTA: MGC MEDICINA GENERAL CONTROL

TIPO DIAG: IMPRESION DIAGNOSTICA

MOTIVO CONSULTA

TRUAM PO APALSTEMIENTO

DOLOR LUMBRA

LESION MENISCAL EN RODILLA Y POSIBLE LEISON LIGAMENTARIA EN TOBILLO

ENFERMEDAD ACTUAL

ACUDE EN ESPERA DE ESTUDIOS PARA DEFINIR PLAN D EINTERVENCION

EVISION POR SISTEMA

ANTECEDENTES

---><<2019.03.07-11:26:34>>, (DR(A). MPQ - MARIA DEL PILAR QUIROGA DUSSAN - C.C. 1075221865 - REG. MEDICO: - MEDICINA GENERAL.) H.ME: 119289

MEDICOS: NO REFIERE

ALERGICOS: NO REFIERE

QUIRURGICOS: NO REFIERE

---><<2019.03.29-16:52:41>>, (DR(A). CXM - CLAUDIA XIMENA MUÑOZ VANEGAS - C.C. 1075250119 - REG. MEDICO: 1075250119 - MEDICINA GENERAL.) H.ME: 120419
NIEGA MEDICOS, ALERGICOS, QX.---><<2019.08.28-09:49:27>>, (DR(A). MPG - ANGELICA MARIA PRADA GOMEZ - C.C. 55302763 - REG. MEDICO: 91/2757 - MEDICINA GENERAL.) H.ME: 129167
ENFERMEDAD: NINGUNO ALERGICO: NINGUNO
QX: NINGUNO
MEDICAMENTOS: ETELORIC, ACETAMINOFEN TABLETAS**** EXAMEN FISICO ****

SIGNOS VITALES

TA:

FC:

FR:

Tnp:

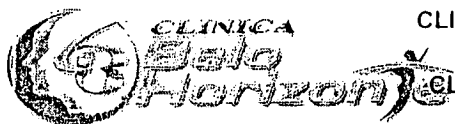
PESO:

TALLA:

EXAMEN FISICO

DOLOR LUMBRA RY ESFUSION EN RODILA Y TOBILLO

**** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION ****



CLINICA BELO HORIZONTE SAS

NIT.: 900215983-3

CALLE 8 N 50 19 BRR IPANEMA

HISTORIA ESPECIALISTAS

83092258

ADMISION N_: 140635

NOMBRE: SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY Num. Id.: CC 83092258
FECHA NACIMIENTO: 82.03.10 EDAD: 38 A SEXO: M ESTADO CIVIL: C
FECHA DE INGRESO: 20.03.09 HORA DE INGRESO: 15:11:11 Fecha/Hora de registro: 20.03.09 15:11
DIRECCION: CALLE 43 N 15-29 CIUDAD: CAMPOALEGRE DPTO: 41 TELEFONO: 3175930230-3164
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: YOHANA AVILA
DIRECCION: _____
OBSERVACION _____ (Inst)

DIAGNOSTICO DE INGRESO

M241 OTROS TRASTORNOS DEL CARTILAGO ARTICULAR

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA

ANALISIS/PLAN

PACIENTE CON CAUDOR CLINICO DE 37 AÑOS EN CONTEXTO DE CUADRO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CON TRAUMA POR APLASTAMIENTO EN MIEMBROS INFERIORES ACUDE CON DOLOR SECULAR EN COLUMNA RODILA Y TOBIOS CONSIGNO CLINICOS DE ELISIONES DE TEJIDOS BLANCO, HAN REALIZADO MULTIPLES ESTUDIOS DE IMAGEN Y MANEJADO CON FST, NO SE HA ESTABLECIDO ORIGEN DEL DOLOR PERO PERSISTE A PES DE ESTRATEGIA DE REHABILITACION, EN EL EXAMEN FISICO PRESENTA POSIBLE RADICULOPATIA LUMBAR, CON LESION MENISCAL EN RODILLA IZQUIERDA Y CLINICA DE LESION LIGAMENTARIA EN TOBILLO DERECHO, SE DECIDE ACTUALIZAR PARACLINICOS DE IMAGEN CON RX Y RMN DE RODILLA Y TOBILLO PARA DETERMINAR CURACION DE LESIONES Y O LESIONES SECUELALES PARA DEFINIR SI REQUIERE INTERVENCIONES ADICIONALES. SE CITA CON ESTUDIOS EN 1 MES. DE BE CONTINUAR MANEJO INTEGRAL CON FISIATRIA.

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

** MEDICAMENTOS:

CITA EN 1 MES CON ORTOPEDIA

** MEDICAMENTOS:

INCAPACIDAD MEDICA

TIPO: PRORROGA

INICIO: 04 DE MARZO/20

FINAL: 01 DE ABRIL/20

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: *** NO REGISTRA ***

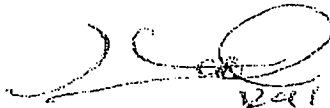
SERVICIO:

FECHA DE EGRESO:

HORA DE EGRESO:

DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



12419730

Dr. Alberto Luis Perpiñán Párriz
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
R.M. 19730
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Dr. ALBERTO PERPIÑAN

Registro Medico: 19730

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____



JURECAHUILA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

Neiva, 4 de Marzo del 2020

Señores
POSITIVA ARL
Medicina Laboral
Correo: edna.velasco@positiva.gov.co
Autopista norte No. 94 – 72 piso 1
Bogotá D.C:



REF: Notificación Personal de una decisión de la Junta Regional de calificación de Invalidez del Huila.

De conformidad con lo establecido por artículo 32 del Decreto 2463 de 2001, me permito notificarle la decisión tomada respecto a los siguientes afiliados a esa ARL, valoración llevada a cabo por este Tribunal en sesión del 2 de Marzo del 2020, de la siguiente manera:

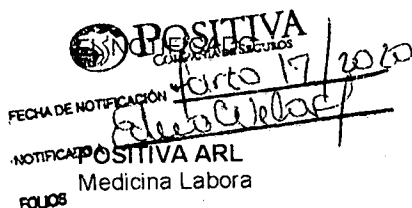
	NOMBRE	CEDULA	DICTAMEN	PONENTE
1	ALBERTO ROJAS ANGEL	17.634.013	11558 ✓	DR. Henry A. Cortes
2	LUIS EDUARDO CARDOZO MARTINEZ	17.637.587	11555 ✓	DR. Henry A. Cortes
3	DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR	83.092.258	11553 ✓	DR. Henry A. Cortes
4	WILSON ALEXANDER BENITEZ CASTRO	1.079.183.483	11552 ✓	DR. Henry A. Cortes
5	MANUEL ALEJANDRO CASA CABRERA	1.082.214.991	11551 ✓	DR. Henry A. Cortes
6	VITELIO GALINDO FLOREZ	12.194.341	11550 ✓	DR. Henry A. Cortes

El expediente queda en secretaría a disposición de las partes, por el término de diez (10) días hábiles contados desde el día siguiente a la fecha de notificación, dentro del cual proceden los recursos de reposición y apelación ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Para constancia se firma la presente notificación a los 17 MAR 2020

17 MAR 2020 Días del mes de 17 MAR 2020 de Dos Mil Veinte (2020)

Se hace entrega al notificado del original de los Dictámenes.



EL NOTIFICADOR

GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
Director Administrativo y Financiero

Proyectó y Elaboró: Yenny Aragonés M.
Revisó: Dr. Gustavo Rojas Yañez

POS00723545 / 147-1-0014806

Calle 17 No 6 – 60 Local 103
Teléfonos: 871 6314 - 321 486 0173. Correo: jurecahuila@hotmail.com



**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA
DETERMINACION DEL ORIGEN**



MINTRABAJO

1, INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Dictamen Numero 11553 Entidad Remitente POSITIVA ARL
Fecha de Notificación 2 DE MARZO DE 2020

2, INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre de la Entidad Calificadora: Junta Regional de Calificación de
Dirección Calle 17 No 6 - 60 Teléfono 8726865
Local 103

3, DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Nombre DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR
Identificación No 83.092.258 Fecha de Nacimiento 10/03/82 Edad 37
Sexo Masculino Estado Civil CASADO Escolaridad Secundaria

4, ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

4,1 ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL

Nombre Empresa	Cargo	A	M	Riesgos
ALCALDIA DE CAMPOALEGRE	Operario Maquinaria Pesada		1	Ergonómicos

5, FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5,1 RELACION DE DOCUMENTOS

Fotocopia de la Historia Clínica
Fotocopia de Exámenes paraclínicos
Valoraciones por Especialistas

6,2 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN

(T003) TRAUMATISMO SUPERFICIAL QUE AFECTA MULTIPLES REGIONES DE LOS MIEMBROS INFERIORES - PROFESIONAL
(S300) CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y PELVIS - PROFESIONAL
(S819) HERIDA DE PIERNA PARTE NO ESPECIFICADO
(S932) RUPTURA LIGAMENTO A NIVEL DEL TOBILLO Y PIE - PROFESIONAL
(M688) OTROS TRASTORNOS SINOVIALES Y TENDINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRAS PARTES - TENDINOSIS DE LOS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHO - PROFESIONAL

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR

 JURECAHUILA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE REPOSICION Y SUBSIDIO	FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DEL ORIGEN	 MINTRABAJO
--	---	--

6, CALIFICACIÓN DEL ORIGEN

Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Accidente	<input type="checkbox"/>	LABORAL	Muerte	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------	--------	--------------------------

En caso de estar en desacuerdo con el presente Dictamen usted dispone de 10 (diez) días hábiles para presentar su inconformidad, la cual puede ser un recurso de Reposición y en Subsidio el de Apelación o el de Apelación Directamente. No aplica para los procesos judiciales en los que debe seguirse el procedimiento previsto en el artículo 238 del código de procedimiento civil.

DULIAN FERNEY SILVA SALZAR



FORMULARIO DE DICTAMEN PARA
LA CALIFICACION DEL ORIGEN



MINTRABAJO

7, RESPONSABLES DE LA CALIFICACION


JESUS ANTONIO HERNANDEZ
Medico


HENRY ALBERTO CORTES FORERO
Medico


MONICA M PERDOMO
Fisioterapeuta

DULIAN FERNEY SILVA SALZAR



JURECAHUILLA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILLA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

CASO 7. PONENCIA

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente	POSITIVA
Fecha de Ponencia	2 DE MARZO DEL 2020
Medico Ponente	DR HENRY ALBERTO CORTES
Motivo de la Remisión	CALIFICACION DE ORIGEN

2 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

NOMBRE	DULIAN FERNEY SILVA S
CEDULA	83.092.258
EDAD	37
EMPRESA	MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE
CARGO	OBRERO

ANTECEDENTES Y HALLAZGOS CLÍNICOS

Accidente de trabajo 20 de Febrero del 2019.

Diagnostico: traumatismo superficial de miembros mediano inferior izquierdo (EP), contusión lumbosacra y pelvis (EP), herida pierna derecha (EP), ruptura de ligamentos a nivel de TOBILLO derecho (EP), ruptura de ligamento a nivel de tobillo derecho (EP), otros trastornos sinoviales tendinosos no derivados de accidente de trabajo (EC).

Historia clínica : se encontraba realizando actividades en el manejo de retroexcavadora en la bocatoma de vereda palmar bajo y de ruptura se vino un alud de tierra y luego otro cubriendo la totalidad de la maquina quedando atrapado con politraumatismos, heridas, laceraciones en extremidades, fue llevado al hospital del rosario campoalegre dolor en miembro inferior izquierdo limitación funcional mas herida.

R X de pierna y sacrocoxigea normal , electrocardiograma normal, remitido a clínica belohorizonte valorado por ortopedia trauma de tejidos blandos a nivel de tobillo y piernas con limitación funcional a nivel de tobillo derecho arcos de rodillas y cadera conservados fuerza normal se ordena terapias físicas incapacidad.

Resonancia magnética 1 de Abril del 2019, de pie derecho estructura osea conservada leve con movimiento de tendones fibulares discreto edema tendon flexor de dedos fascia plantar conservada. Ingres a con ayuda de muleta para la marcha arcos de pie derecho levemente limitados.

Los diagnósticos traumatismo de miembros inferior izquierdo (EP), contusión lumbosacra y de pelvis (EP), herida pierna derecha (EP), desgarró parcial del ligamento fibulo tibial posterior tobillo derecho (EP) tendinosis de ligamentos fibulares de tobillo derecho (EP).

SE PROCEDE A CALIFICAR CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:	
T003 TRAUMATISMO SUPERFICIAL QUE AFECTA MÚLTIPLES REGIONES DE LOS MIEMBROS INFERIORES.	CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ HUILLA
PROFESIONAL	
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y PELVIS PROFESIONAL	
S819 HERIDA DE PIERNA PORTE NO ESPECIFICADA RUPTURA LIGAMENTO A NIVEL TOBILLO Y PIE PROFESIONAL	
M688 OTROS TRASTORNO SINOVIALES Y TENDINOSIS EN ENFERMEDAD CLASIFICADOS EN OTROS PARTES , TENDINOSIS DE LAS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHA , PROFESIONAL	

Con base en la Historia Clínica y documentos aportados se fundamentó la ponencia materia de discusión y análisis por los demás miembros asistentes quienes coinciden en todos sus términos; atendiendo lo dispuesto en el Decreto 1507/14 - 1352 de 2013 y Ley 776 de 2002 se procede a calificar teniendo en cuenta los siguientes factores así:

ORIGEN: ACCIDENTE PROFESIONAL

DR. HENRY ALBERTO CORTES
Medico Principal

Carrera 5 N° 10-49 Centro Comercial Plaza Real Oficina 306
Teléfonos: 871 6314 - 321 486 0173. Correo: jurecahuilla@hotmail.com





14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 NO 11-96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-13912



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY
1 - La incapacidad presenta enmendaduras o tachones. DEVOLUCION		
2 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizo el reporte del siniestro. DEVOLUCION.		
3 - La incapacidad no tiene información de diagnóstico. : La incapacidad no tiene información de diagnóstico; por lo que es necesario solicitar la corrección ante la IPS o la EPS respectiva. DEVOLUCIÓN.		

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos00723545 / 147-1-0014806



14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 N 11 96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-13920



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY
1 - La incapacidad presenta enmendaduras o tachones. DEVOLUCION		
2 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizo el reporte del siniestro. DEVOLUCION.		

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos00923545 / 147-1-0014806



14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

XALLE 34 # 11-96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-19370



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizo el reporte del siniestro. DEVOLUCION.			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos 00723545 / 147-1-0014806



CAMPOALEGRE HUILA

Radicado: 2020-68-003-19370



INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY
1 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizo el reporte del siniestro. DEVOLUCION.		

00CA2354'S 147 1-00'00 0014806



14200

Señor/Empresa,

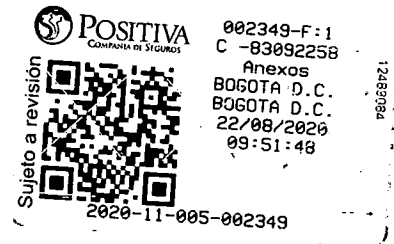
DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

XALLE 34 # 11-96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-19370



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizó el reporte del siniestro. DEVOLUCION.			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos00723545 / 147-1-0014806



14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 # 11-96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-21071



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

ING	GEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY
1 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizo el reporte del siniestro. DEVOLUCION.		

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

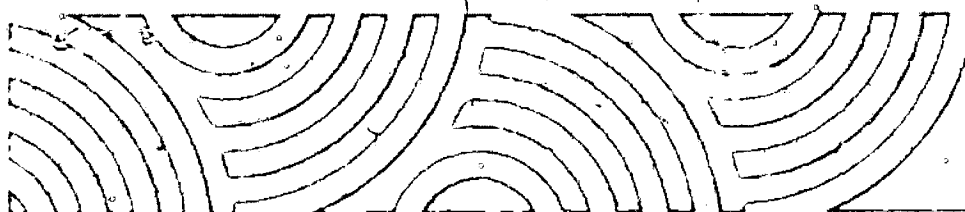
Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos. 723545

147.1. 14806:



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 # 11 -36

CAMPOALEGRE HUILA



REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-24880

Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - La incapacidad presenta enmendaduras o tachones. DEVOLUCION			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

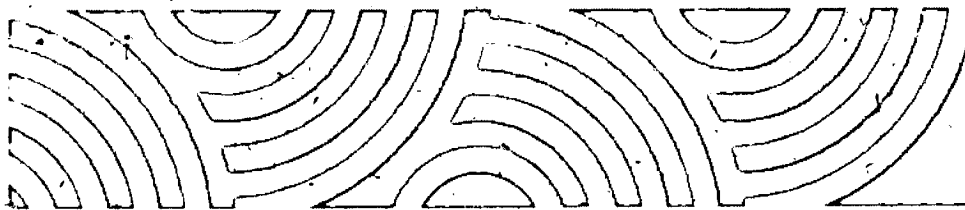
Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

MIS_5_4_4_FR43 - Versión: 1 - Fecha: 21/11/2017

Pos. 723.545

147-1. 14806



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

14200

Señor/Empresa,

ALCALDIA MUNICIPIO CAMPO ALEGRE N.I No. 891118119

CALLE 34 11 96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-24879



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

1 - El formato presenta inconsistencias, tachones o enmendaduras. DEVOLUCION

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

MIS_5_4_4_FR43 -- Versión: 1 -- Fecha: 21/11/2017

Pos. 723545

147.1.14806



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 # 11 - 96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-30299



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	GEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - El formato presenta inconsistencias; tachones o enmendaduras. DEVOLUCION			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos=00723545
147-0014806

14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CL 34 11 -96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal**Radicado: 2020-68-003-31775**

Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):


INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY

1 - Tipo de solicitante no coincide con la relación laboral activa del siniestro registrado en el formato de radicación.: No se encuentra relación laboral entre el solicitante y la empresa que realizó el reporte del siniestro. DEVOLUCION.

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

**SONIA BENITEZ GARZON**

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

POS00723545 / 1471-14806



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 # 11 96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-34442



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - El formato presenta inconsistencias; tachones o enmendaduras. DEVOLUCION			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON
Gerente de Indemnizaciones
Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones
Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

POS00723545.
247-1-0014806



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CLL 34 # 11 96

CAMPOALEGRE HUILA



002394-F:1
C -83092258
Anexos
BOGOTA D.C.
BOGOTA D.C.
21/10/2020
12:10:50 p.

13871050

2020-11-003-002394

REFERENCIA: Dévolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-37934

Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - El formato presenta inconsistencias; tachones o enmendaduras. DEVOLUCION			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

MIS_5_4_4_FR43 - Versión: 1 - Fecha: 21/11/2017

Pos. 723545

147.1.14806



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

14200

Señor/Empresa,

DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR C.C No. 83092258

CL 34 11 - 96

CAMPOALEGRE HUILA

REFERENCIA: Devolución Incapacidad temporal

Radicado: 2020-68-003-38469



Reciba un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A.

Validamos cuidadosamente los documentos presentados en su solicitud de radicación de Incapacidad Temporal y nos permitimos informarle que no es posible procesarla por la(s) siguiente(s) razón(es):

INC	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	
1	83092258	SILVA SALAZAR DULIAN FERNEY	
1 - El formato presenta inconsistencias; tachones o enmendaduras. DEVOLUCION			

De acuerdo con lo anterior, lo invitamos a realizar la respectiva corrección y presentar nuevamente su solicitud.

RECUERDE: La solicitud de pago para esta prestación económica debe ser presentada ante esta ARL dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de expedición, de lo contrario perderá el derecho a reclamar por operar el fenómeno de la prescripción.

Cordialmente,

SONIA BENITEZ GARZON

Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y elaboró: Gerencia de Indemnizaciones

Imprimió: Sistemas y Computadores S.A

Pos. 723545
147.1. 14806

No Solicitud Calificación: 12036406

Fecha de dictamen: 10/07/2023

Número de dictamen: 2673694

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: 10/07/2023

Número de dictamen: 2673694

Motivo de solicitud: PCL

Primera Oportunidad: Positiva

Primera Instancia: N/A

Segunda Instancia: N/A

Solicitante: ARL

Nombre solicitante: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Teléfono: 6502200

NIT/Documento de Identidad: 860011153

Teléfono(s):

Dirección Solicitante: AUTOPISTA NORTE 94 72 ED

Correo Electrónico: NOTIFICACIONESJUDICIALES@POSITIVA.

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. NIT: 860011153

Dirección: AUTOPISTA NORTE 94 72 ED POSITIVA Teléfono: 6502200

Ciudad:

Correo:

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: X

Beneficiario:

Apellidos: SILVA SALAZAR

Nombres: DULIAN FERNEY

Tipo Documento: CC Numero Documento: 83092258

Fecha Nacimiento: 10/03/1982

ETAPAS DEL CICLO VITAL: Población en Edad Económicamente activa: X

Adultos mayores:

Escolaridad: DESCONOCIDO

Edad Actual: 41

Dirección: CALLE 12A N# 12 - 30

Teléfono: 3175930230

Correo: FERCHO-1082@HOTMAIL.

Ciudad:

Estado Civil: SOLTERO

Afiliación al SISS: Contributivo

Administradoras:

EPS: NUEVA E.P.S S.A.

AFP: PORVENIR S.A.

ARL: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: X Dependiente:

Ocupación: CONDUCTOR IV

Clase:

Código CIUO: 8321

Nombre del Trabajo/empleo: OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS

Descripción tareas del cargo: CARGO: OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

Nombre Actividad Económica:

ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ORGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

Nombre de la Empresa: MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE

NIT/CC: 891118119

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS / EXAMEN FÍSICO- (Descripción)

REPORTE DE FORMATO ÚNICO DE ACCIDENTE DE TRABAJO DILIGENCIADO

Fecha Reporte AT 20/02/2019

Fecha de radicación 20/02/2019

Descripción FURAT El trabajador manifestó que se encontraba realizando las actividades de manejo del retrocargador en el sitio de la bocatoma en la vereda palmar bajo del municipio en esos momentos y como de 10:30 a 11:00 de la mañana se vino encima de la maquina una alud de tierra y después otra alud cubriendo casi la totalidad de la maquina donde quede totalmente atrapado. el trabajador presenta lesiones, contusiones, heridas y laceraciones en extremidades superiores e inferiores. manifiesta el trabajador que los compañeros llegaron cuando lo estaban sacando los vecinos del sector.

REHABILITACIÓN

30/11/2020. RILO SAS FIATRIA DRA XIOMARA REYES ROSILLO. Enfermedad actual: descripción furat/furel: antecedente de at: 20-02-2019 se encontraba realizando las actividades de manejo del retrocargador se vino encima de la maquina un alud de tierra y después otra alud cubriendo casi la totalidad de la maquina donde quede totalmente atrapado por 2 h. el trabajador presenta lesiones, contusiones, heridas y laceraciones en extremidades superiores e inferiores. manejo inicial en hospital de campoalegre, realizan curación y suturas de heridas toman rayos x de cadera y miembros inferiores, remitieron a la clinica bello horizonte, donde registran aplastamiento en mid, gonalgia derecha y dolor en tobillo derecho, descartan fractura u otra alteración en relaciones articulares de cadera, tobillos y rodillas, evidenciando trauma de tejidos blandos a nivel de tobillo y piernas con limitación funcional a nivel de tobillo derecho, arcos de rodillas y cadera conservados, fuerza normal, definiendo salida con control con ortopedia, terapia física. control por ortopedia documentan por rmn lesión meniscal de rodilla derecha y en tobillo con distensión con rotura parcial del ligamento tibiotalar, fibulotalar,

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS / EXAMEN FÍSICO- (Descripción)

tenosinovitis de tibial posterior. el 19-09-2019 se realizo condroplastia, sutura de menisco rodilla derecha por artroscopia, seguido de terapia fisica y seguimiento con especialista en ortopedia y fisiatría; el 30-01-2020 ordenan reingreso al trabajo con restricciones, que no se realizo por limitacion funcional ha continuado proroga de incapacidad medica hasta el 11-07 control ortopedia 12-06-2020 donde remite a valoración por cirugía de rodilla, la cual no autorizan fisiatría y neurocirugía ultimo control control refiere que persiste con dolor a nivel de región lumbar irradiado a miembros inferiores y dolor a nivel de rodilla derecho realiza marcha con apoyo externo muleta del lado derecho autoformulada trae reporte de electromiografía de miembros inferiores realizada el 12/09/20 dra martha hernandez estudio negativo para radiculopatía lumbosacra o neuropatía periférica de los miembros inferiores realizo terapia físicas manejo de arcos de movilidad de cuello de pie actualmente en manejo analgesico , sinalgen tab x2, pregabalina 150mg 1 noche lidocaina parches 5 % ketoprofeno gel 2.5 % hoy 30/11/20 asiste a control ya fue valorado por neurocx quien descarta manejo quirurgico por lo que da de alta por neurocx ya fue valk por clinica del dolor quien da de alta valorado por manuel mosquera quien descarta la necesidaid de nueva intervencion ordena gamagrafia de tres fases actualmente manejo analgesico con antecedentes médicos/ocupacionales: antecedentes personales: patológico: niega. quirúrgico:19-09-2019 se realizo condroplastia, sutura de menisco rodilla derecha por artroscopia, farmacológico: niega. hospitalario: niega. traumático: politraumatismo en at 20-02-19 lesión meniscal de rodilla derecha y en tobillo con distensión con rotura parcial del ligamento tibiotalar, fibulotalar, tenosinovitis de tibial posterior. toxico:fumador: niega.consumo de alcohol: niega.alérgico:niega. ginecológico:no aplica. actividades extralaborales: niega. medio de transporte: moto como pasajero examen físico : paciente ingresa caminando por su propios medios con apoyo externo muleta del lado derecho peso 98 talla 1.78 columna dolor a la palpación nivel de unión toraco lumbar arcos limitados ´por dolor , dolor a la palpacion a nivel páraespinal lumbar bilateral miembros inferiores cadera arcos completos rodilla derecha cicatriz en buen estado dolor a nivel de polo superior y en interlinea articular medial y lateral roce patelar dolor con flexo extensor arcos de movilidad flexión 100 grado extensión completa pruebas meniscales positiva ligero edema cuello de pie arcos de movilidad dorsi flexion 10 grados plantiflexion 40 grados eversion e inversion 10 grados dolor a la palpacion a nivel de maleolo interno marcha antalgica con apoyo externo muleta paraclínicos diagnostico ppal: t003-traumatismos superficiales que afectan multiples regiones del(de los) miembro(s) inferior(es) diagnostico relacionado 1: s819-herida de la pierna, parte no especificada diagnostico relacionado 2: s300-contusion de la region lumbosacra y de la pelvis diagnostico relacionado 3: s932-ruptura de ligamentos a nivel del tobillo y del pie conclusión análisis-recomendaciones: paciente con dolor cronico secuelas de trauma en miembros inferiores y lumbar en at 20-02-2019 con lesión meniscal de rodilla derecha y en tobillo con distensión con rotura parcial del ligamento tibiotalar, fibulotalar, tenosinovitis de tibial posterior. pop condroplastia, sutura e menisco rodilla derecha por artroscopia (09-19). quien no tienen indicacion de manejo quirurgico por sus patologias considero cursa con dolor secuelar desde el punto de vista de fisiatría no hay ningun otro maneio que s epueda ofreser por lo que se da de alta por fisiatría ss val por medicina laboral para pcl y definir reintegro hidrocodona mas acetaminofen 325/5 mg 1 cada 12 horas por 2 meses carbamazepina 200 mg cada 12 horas ketoprofeno gel 2.5 cada 8 horas lidocaina parches 5 % aplicar 1 dia por 1 mes n 30 plan de manejo : alta por fisiatría incapacidad medica por 20 dias a partir de la fecha hastas 19 de diciembre del 2020 val por medicina laboral para pcl y definir reintegro dolex forte tabletas 500/65 mg 1 cada 8 horas 270 ketoprofeno gel 2.5 tubo 60 gramos cada 8 horas tubo n 6 lidocaina parches 5 % aplicar 1 dia por 1 mes n 30 (SIC)

PARACLINICOS

03/06/2023 RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE DE COLUMNA LUMBOSACRA
 CONCLUSIÓN: Rectificación de la lordosis fisiológica. Actitud escoliótica izquierrda. Cambios espondilósicos, condrosicos y artrósicos interfacetarios. Pequeña protrusión discal L1/L2. Abombamiento discal L2/L3. Protrusión discal L4/L5. (SIC)

HISTORIA CLINICA

16/06/2023 EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS- MEDICINA LABORAL
 Motivo Consulta: Usuario con antecedentes de vieja data de ATEL el 20-02-2019, manejado por positiva, rehabilitado y calificado por la ARL con el 14.47 %, ingresa x dolor lumbar incapacitante, y dolor generalizado, estaba laborando en actividades de operario de retro excavadora durante 2 años, trae una RNM de CLS del 03-06-2023 que evidencia discopatía multinivel no relacionada con el ATEL. Enfermedad Actual: Refiere dolor lumbar, limitación funcional para las actividades de la vida diaria Diagnostico: Se trata de usuario con hc anotada, con patologia mixta, que debe continuar manejo por esp, se dan indicaciones de manejo por EPS. (SIC)

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS / EXAMEN FÍSICO- (Descripción)

HISTORIA CLINICA	<p>06/07/2023 VALORACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL.</p> <p>Concepto ocupacional: Usuario de género masculino de 41 años de edad con diagnósticos médicos de T003 traumatismo superficial de los miembros inferiores, bilateral s932 desgarro parcial del ligamento fibulo tibial posterior del tobillo derecho s300 contusión de la region lumbosacra y de la pelvis m688 tendinosis de los ligamentos fibulares del tobillo derecho (no derivado del at) s819 herida de la pierna derecha m68 tendinosis de los ligamentos fibulares del tobillo derecho a la valoración consciente, orientado, atento y colaborador. A la evaluación ocupacional actualmente presenta leve limitación funcional en movilidad de la columna para agacharse e inclinarse.</p> <p>Orientación ocupacional: Funcional e independiente en las actividades de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria. Actualmente presenta leve dificultad en las áreas ocupacionales en el cuidado personal para levantarse, higiene personal, vestirse, ponerse el calzado. Presenta dificultad en la movilidad para cambiar las posturas corporales básicas, mantener la posición del cuerpo, levantar y llevar objetos Diagnostico funcional según criterios de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud. Sin alteración en el desempeño ocupacional en las áreas cognitivas, de integración, psicológicas o psicosociales. (SIC)</p>
HISTORIA CLINICA	<p>07/07/2023 EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS- FISIATRIA</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA: "Dolor"</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino de 41 años de edad, ocupacion: operario de maquinaria, at: 20/02/2019 consistente en que queda atrapado por arena desde el torax hasta los miembros inferiores desde entonces presenta dolor lumbar con intervalos de severidad ocasionando limitación funcional, con irradiacion inespecifica a miembros inferiores asocia sensacion de disestesias, mejoría parcial con el reposo y se incrementa con las posturas estaticas prolongadas en bipedestacion-sedestacion/actividades que requieran posición de agachado. indemnizado/calificado con pcl 14.47%. labora con recomendaciones medicas emitidas por arl. tratamientos realizados: -fisioterapia (ultimo ciclo 2019) -analgesia multimodal. imagen diagnostica: -RMN DE CLS del 03/06/2023 (dr. yuri gutierrez): rectificación de la lordosis fisiológica, actitud escoliótica izquierda, cambios espondilósicos en los niveles l1, l2 y l3, cambios osteocondrosicos l1/l2, l2/l3 y l3/l4, cambios artrósicos interfacetarios en los niveles l3/l4 y l4/l5, pequeña protrusión discal l1/l2 de base amplia la cual ejerce leve efecto compresivo sobre el saco dural y la grasa de los recesos laterales, plia la cual ejerce leve efecto compresivo sobre el saco dural y la grasa de los recesos laterales, /l3, /l3, protrusión discal l4/l5 lateral izquierda de base amplia la cual ejerce leve efecto compresivo sobre el saco dural , la grasa del receso lateral y si disminuye y compromete el neuroforamen.</p> <p>Examen físico: Flexion/extension de tronco dolorosa, goniometria: inclinacion lateral derecha e izquierda 35°-rotacion lateral derecha e izquierda 45°-movilidad drsolumbar (schober) 4cm con dolor, lasseque bilateral negativo, maniobra de bragad negativa, marcha en punta de pies/talones, realiza cuncillillas sin dificultad, neurologicamente indemne, marcha funcional independiente.</p> <p>IDX: lumbago cronico mecanico -Discopatía degenerativa lumbar multinivel. -protusion discal l1/l2,, l2/l3, l4/l5 sin efecto mielopatico. dolor lumbar cronico sin signos clinicos de radiculopatía. hallazgos de RMN son de tipo degenerativo cronico/no se evidencia fx o luxacion vertebral antigua. en mi concepto evento del 20/02/2023 a nivel lumbar se resolvio/dolor lumbar residual es secundario a discopatía degenerativa progresiva la cual debe ser manejada por su eps. sin criterio de bloqueo lumbar muscular. debe continuar de forma regular plan casero de ejercicios de fortalecimiento de paravertebrales. alta por fisiatria.</p> <p>Plan: Alta por fisiatria (SIC)</p>

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I y II

TÍTULO I				
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS				
No.	Cód CIE10	Diagnóstico	Origen	Deficiencia(s) motivo de calificaion / condiciones de salud
1	M404	OTRAS LORDOSIS (M404)	Comun	RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA (NO DERIVADO DEL AT)
2	M419	ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA (M419)	Comun	ACTITUD ESCOLIÓTICA IZQUIERDA (NO DERIVADA DEL AT)
3	M518	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE	Comun	CAMBIOS ESPONDILÓSICOS, CONDROSICOS Y

		LOS DISCOS INTERVERTEBRALES		ARTRÓSCICOS INTERFACETARIOS (NO DERIVADO DEL AT)
4	M519	TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	Comun	PEQUEÑA PROTRUSIÓN DISCAL L1/L2. ABOMBAMIENTO DISCAL L2/L3. PROTRUSIÓN DISCAL L4/L5 (NO DERIVADO DEL AT)
5	M688	OTROS TRASTORNOS SINOVIALES Y TENDINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (M688)	Profesional	TENDINOSIS DE LOS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHO
6	S300	CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS (S300)	Profesional	CONTUSIÓN DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
7	S819	HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA (S819)	Profesional	HERIDA DE LA PIERNA DERECHA
8	S932	RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE (S932)	Profesional	DESGARRO PARCIAL DEL LIGAMENTO FIBULO TIBIAL POSTERIOR DEL TOBILLO DERECHO
9	T003	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES REGIONES DEL(OS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES) (T003)	Profesional	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES, BILATERAL

No.	Nombre Deficiencia	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total	%	CAT	Dominancia
1	Capítulo 15 Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis. - Calificación de deficiencias de la columna lumbar.	Tabla 15.3.						7.0		
								Valor Total Capitulo:		7.0
2	Capítulo 14 Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores - Tabla 14.11 deficiencias en el movimiento de tobillo, Arcos de movilidad de tobillo derecho dorsiflexión 10° (8%), Plantiflexión 40°(0),	Tabla 14.11.						8.0		
								Valor Total Capitulo:		21.28
3	Capítulo 14 Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores - Deficiencias en el movimiento de la rodilla en rodilla derecha Tabla 14.12 arcos de movilidad flexión 100° (7%) extensión completa (0). Total, Deficiencia 7%	Tabla 14.12.						7.0		
								Valor Total Capitulo:		21.28
4	Capítulo 14 Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores - 2. Tabla 14.9 Deficiencia en el movimiento del retropié movilidad de tobillo derecho eversión 10°(1%), Inversión 10°(1%). Total, deficiencia 2%	Tabla 14.9.						8.0		
								Valor Total Capitulo:		21.28

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modulador CFU: Clase Factor único
Formula : Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+ (CFM2-CFP)+ (CFM3-CFP)
Formula de Baltasar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores: $A + \frac{(100-A) * B}{100}$ A: Deficiencia de mayor valor
B: Deficiencia de menor valor

CÁLCULO FINAL DE LA COMBINACION DE DEFICIENCIAS SIN PONDERAR =	26.8
CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA PONDERADA=	13.4

TITULO II VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES							
Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan)							
ROL LABORAL							
1	Rol laboral recortado: Limitaciones leves para la actividad laboral	0	5	10	15	20	25
			X				5.0
2	Autosuficiencia reajustada	0	1	1.5	2	2.5	
			X				1.0
3	Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	2.5	0.5	1	1.5	2	2.5
				X			1.0
Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%)							7.0

d1	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110 1.1 0.0	d115 1.2 0.0	d140- 1.3 0.0	d150 1.4 0.0	d163 1.5 0.0	d166 1.6 0.0	d170 1.7 0.0	d172 1.8 0.0	d175 1.9 0.0	d1751 1.10 0.0	0.00
d3	Comunicación	d310 2.1 0.0	d315 2.2 0.0	d320 2.3 0.0	d325 2.4 0.0	d330 2.5 0.0	d335 2.6 0.0	d345 2.7 0.0	d350 2.8 0.0	d355 2.9 0.0	d360 2.10 0.0	0.00
d4	Movilidad	d410 3.1 0.1	d415 3.2 0.1	d430 3.3 0.1	d440 3.4 0.0	d445 3.5 0.0	d455 3.6 0.1	d460 3.7 0.1	d465 3.8 0.1	d470 3.9 0.1	d475 3.10 0.1	0.80
d5	Cuidado Personal	d510 4.1 0.0	d520 4.2 0.0	d530 4.3 0.0	d540 4.4 0.0	d5401 4.5 0.0	d5402 4.6 0.0	d550 4.7 0.0	d560 4.8 0.0	d570 4.9 0.1	d5701 4.10 0.0	0.10
d6	Vida Doméstica	d610 5.1 0.0	d620 5.2 0.0	d6200 5.3 0.0	d630 5.4 0.0	d640 5.5 0.0	d6402 5.6 0.0	d650 5.7 0.0	d660 5.8 0.0	d6504 5.9 0.0	d6506 5.10 0.0	0.00
Total cabecera1												0.90

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa:	7.90
--	------

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Perdida de Capacidad Laboral = TITULO I -Valor Final Ponderada + TITULO II -Valor Final		13.4% + 7.9%
Valor Final de la PCL /Ocupacional %	21.30	
Fecha de Estructuración	30/11/2020	Fecha Accidente /Enfermedad
		20/02/2019

Sustentación:

El caso es analizado por el grupo interdisciplinario de calificación de esta administradora de riesgos laborales con la documentación aportada, encontrando los sucesivos fundamentos de hecho: Se trata de una paciente masculino de 41 años, cargo operador de retrocargador, actualmente, desvinculado para empresa: MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE Con fecha de vinculación 01/02/2019, fecha de última cobertura 01/02/2019 y fecha de retiro 27/04/2019 Con cobertura para el evento.

Quien el 20/02/2019 sufrió accidente con mecanismo de trauma descrito según FURAT; El trabajador manifestó que se encontraba realizando las actividades de manejo del retrocargador en el sitio de la bocatoma en la vereda palmar bajo del municipio en esos momentos y como de 10:30 a 11:00 de la mañana se vino encima de la máquina una alud de tierra y después otra alud cubriendo casi la totalidad de la máquina donde quede totalmente atrapado. el trabajador presenta lesiones, contusiones, heridas y laceraciones en extremidades superiores e inferiores. manifiesta el trabajador que los compañeros llegaron cuando lo estaban sacando los vecinos del sector.

Evento reconocido de origen laboral por ARL positiva con diagnóstico T003 Traumatismo superficial de los miembros inferiores, bilateral, S300 Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis, S819 Herida de la pierna derecha, S932 desgarro parcial del ligamento fibulo tibial posterior del tobillo derecho. M688 Tendinosis de los ligamentos fibulares del tobillo derecho (No derivado del AT). Mediante n° de dictamen 1912369 de fecha 22/04/2019.

Una vez revisado el caso se encuentra: Asegurado presenta calificación de origen en primera oportunidad por ARL Positiva para los diagnósticos; T003 Traumatismo superficial de los miembros inferiores, bilateral, S300 Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis, S819 Herida de la pierna derecha, S932 desgarro parcial del ligamento fibulo tibial posterior del tobillo derecho. M688 Tendinosis de los ligamentos fibulares del tobillo derecho (No derivado del AT). Mediante n° de dictamen 1912369 de fecha 22/04/2019.

Afiliado presentó recurso de controversia JRCI De Huila define diagnósticos; T003 Traumatismo superficial que afecta múltiples regiones de los miembros inferiores profesional - S300 contusión de la region lumbosacra y pelvis , profesional - S819 herida de pierna porte no especificada ruptura ligamento a nivel tobillo y pie profesional M688 otros trastorno sinoviales y tendinosis en enfermedad clasificados en otros partes , tendinosis de las ligamentos fibulares del tobillo derecha , profesional. DML N 11553 del 02/03/2020. Calificación en firme.

El 21/04/2021 ARL Positiva emite calificación de PCL De 14.47%. Mediante N° de dictamen 2357707 con fecha de estructuración 30/11/2020.

Asegurado presentó recurso de controversia Junta Regional de Calificación del Huila define DX Tendinosas de los ligamentos fibulares del tobillo derecho (M688) , contusión de la región lumbosacra y de la pelvis (S300) ,Herida de la pierna, parte no especificada (S819) , desgarro parcial del ligamento fibulo tibial posterior del tobillo derecho (S932), traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del(os) miembro(s) inferior(es) (t003) de origen accidente laboral con PCL Total: 21.3%. Decreto 1507 de 2014. DML N° 13638 DEL 09/06/2021 Con fecha de estructuración 30/11/2020. Calificación en firme.

Actualmente el siniestro se encuentra en trámite de recalificación, por PQR, para lo cual se tiene en cuenta la última calificación de PCL que está en firme (DML- Junta Regional de Calificación (09-06-2019) y la historia clínica actual del siniestro. De acuerdo con lo anterior, se procede a revisar caso.

Cuenta con estudios complementarios: resonancia magnética simple de columna lumbosacra 03/06/2023 que concluye hallazgos; Rectificación de la lordosis fisiológica. Actitud escoliótica izquierda. Cambios espondilósicos, condrosicos y artrósicos interfetarios. Pequeña protrusión discal L1/L2. Abombamiento discal L2/L3. Protrusión discal L4/L5.

El 16/06/2023 es valorado por medicina laboral, al examen físico Refiere dolor lumbar, limitación funcional para las actividades de la vida diaria, dado reporte imagenológico previamente descrito considera trata de usuario con patología mixta, que debe continuar manejo por su EPS.

El 06/07/2023 realizan valoración del desempeño ocupacional, quien documenta paciente funcional e independiente en las actividades de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria. Actualmente presenta leve dificultad en las áreas ocupacionales en el cuidado personal para levarse, higiene personal, vestirse, ponerse el calzado. Presenta dificultad en la movilidad para cambiar las posturas corporales básicas, mantener la posición del cuerpo, levantar y llevar objetos diagnostico funcional según criterios de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud. Sin alteración en el desempeño ocupacional en las áreas cognitivas, de integración, psicológicas o psicosociales.

Finalmente fisiatría el 07/07/2023 al examen físico describe arcos de movilidad articular para Flexión/extensión de tronco dolorosa, goniometría: inclinación lateral derecha e izquierda 35°-rotacion lateral derecha e izquierda 45°-movilidad dorsolumbar (schober) 4cm con dolor, lasseque bilateral negativo, maniobra de bragad negativa, marcha en punta de pies/talones, realiza cuclillas sin dificultad, neurológicamente indemne, marcha funcional independiente dado a resultados de Rmn magnética previamente descriptos conceptúa evento del 20/02/2023 a nivel lumbar se resolvió/dolor lumbar residual es secundario a discopatía degenerativa progresiva la cual debe ser manejada por su EPS. sin criterio de bloqueo lumbar muscular, Indica continuar de forma regular plan casero de ejercicios de fortalecimiento de paravertebrales decide alta por fisiatría.

Se procede a verificar pertinencia de recalificación, de acuerdo con la tabla 15.3. Calificación de deficiencias de la columna lumbar.

Tabla 14.9. Deficiencia en el movimiento del retropié derecho.

Tabla 14.11. Deficiencias en el movimiento del tobillo derecho.

Tabla 14.12. Deficiencias en el movimiento de la rodilla derecha.

Si bien se registran dolor lumbar residual, secundario a enfermedad discal degenerativa progresiva, confirmada bajo estudio imagenológicos resonancia magnética de columna lumbosacra del 03/06/2023 que describen hallazgos Rectificación de la lordosis fisiológica, Actitud escoliótica izquierda. Cambios espondilósicos, condrosicos y artrósicos interfacetarios. Pequeña protrusión discal L1/L2. Abombamiento discal L2/L3. Protrusión discal L4/L5. Las cuales se consideran de origen No derivado del evento

Lo anterior debidamente referenciado según literatura médica disponible; La rectificación lumbar es una modificación de la curva lordótica original de la columna, en la que ésta pierde su curvatura.

Esta alteración de la columna que puede ser asintomática o por el contrario producir bastante dolor, la curva de la columna cambia y se produce una rectificación de los mismos desde L5 hacia arriba, lo que hace que en vez de estar ligeramente inclinados por la zona posterior y separados por la anterior estén uno encima de otro literalmente.

la rectificación o aplanamiento lumbar puede presentarse por variedad de factores, ya sean genéticos (está presente desde el nacimiento) o adquiridos, de los cuáles destacamos: Enfermedad degenerativa del disco: los discos intervertebrales contribuyen a la curvatura normal de la espalda, si los lumbares se degeneran puede hacer que la columna se aplane, Espondilitis anquilosante, Fracturas de compresión vertebral, sedentarismo.

Por su parte la escoliosis es una desviación lateral de la columna vertebral que, la mayoría de las veces, se diagnostica en adolescentes. Aunque puede presentarse en personas con afecciones como la parálisis cerebral infantil y la distrofia muscular, se desconoce la causa de la mayoría de los casos de escoliosis en la infancia.

Los cambios espondilósicos, condrosicos y artrósicos interfacetarios. Pequeña protrusión discal L1/L2. Corresponden a una enfermedad articular degenerativa caracterizada por un deterioro progresivo del cartilago hialino, acompañado de alteraciones sinoviales y del hueso subcondral. Su progresión es lenta y tiene una etiología múltiple que involucra en principio un envejecimiento y desgaste de las estructuras de la columna.

Por su parte el abombamiento de un disco vertebral se produce cuando el centro (núcleo) suave y gelatinoso del disco se comprime contra el revestimiento externo del disco, lo que debilita y estira ese revestimiento. Cuando un disco sobresale de los huesos circundantes (vértebras), puede irritar o presionar los nervios que van a las piernas o los brazos y puede causar entumecimiento, debilidad o dolor. No obstante, el abombamiento discal a menudo no causa ningún síntoma.

Normalmente, los discos vertebrales absorben el choque y proporcionan flexibilidad dentro de la columna. Con la edad, los discos vertebrales se deterioran. Se vuelven más secos y menos flexibles, y se dañan con mayor facilidad debido al desgaste o lesiones repentinas. Las personas que fuman cigarrillos tienen un mayor riesgo de deterioro de los discos.

Una hernia discal es una patología en la que el disco intervertebral se fisura. El disco está compuesto por dos partes:

- El anillo fibroso: parte más externa del disco y de consistencia dura
- El núcleo pulposo: parte interna y de consistencia gelatinosa.

Esta rotura del disco se produce por las presiones continuas que va soportando el disco que lo deshidratan y lo vuelven más débil, el anillo fibroso se fisura y el núcleo pulposo tiende a salir por esta fisura. En un inicio es una protusión o pequeña fisura y más adelante se puede llegar a provocar una hernia discal, en la hernia discal la rotura es mayor y parte del núcleo pulposo puede llegar a salir, generalmente en dirección postero-lateral y comprimir el canal raquídeo, espacio por el que salen los nervios que van desde la columna hacia la extremidad inferior

La hernia discal lumbar es una patología que tiene diferentes causas, entre los factores mecánicos se encuentran: Traumatismo fuerte, accidentes, Microtraumatismos por actividades repetitivas, Posturas incorrectas, Esfuerzos con carga, Falta de ejercicio físico, sedentarismo.

Por lo anterior, al considerar patologías degenerativas de instauración crónica, se consideran como no derivadas del accidente de trabajo.

Por lo tanto se determina que el presente evento es de origen laboral, con diagnósticos no derivados del evento, de conformidad con la normatividad citada en la ley 1562 de 2012. Las prestaciones económicas y médicas asistenciales de dichos diagnósticos no derivados del evento, deben ser reclamadas ante la EPS y Fondo de Pensiones en el que se hubiese afiliado el trabajador con el fin de que se garanticen sus derechos.

Por consiguiente se explica que en las valoraciones realizadas por fisiatría, Medicina laboral y RMN de columna lumbosacra, no supera la deficiencia ya dada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez y se concluye que una vez revisada toda la documentación se evidencia que las patologías de origen laboral motivo de la solicitud de recalificación no evidencian ningún cambio, sin nuevos diagnósticos derivados de la enfermedad laboral y no cumple los criterios técnicos científicos para clasificarla como de carácter progresivo.

Por lo anterior no cumple lo estipulado en el artículo 7 de la ley 776 de 2002 al no ser procedente la nueva calificación se ratifica la pérdida de capacidad laboral dada por la Junta Regional de Huila de Calificación dictamen 13638 del 09/06/2021, deficiencia: título I: 13.4%, valoración rol laboral y otras áreas ocupacionales: 7.9% con PCL Total: 21.30%, fecha de estructuración 30/11/2020 Decreto 1507/2014.

Origen			Accidente		Profesional		
Alto Costo/Catastrófica	No Aplica	Tipo Enfermedad / Deficiencia Degenerativa		No Aplica	Tipo Enfermedad / Deficiencia Progresiva		No Aplica
CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD							
Requiere de Terceras Personas para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):					No Aplica	Nivel de Pérdida	Incapacidad permanente parcial
Requiere de terceras persona para la toma de decisiones					No Aplica		
Requiere de dispositivos de apoyo (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):					No Aplica		

8. GRUPO CALIFICADOR



LINA MARIA RUIZ MUÑOZ

Médico laboral

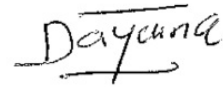
52818775



JOSE FELIPE VELEZ CAMPIÑO

Profesional de la salud E.S.O

1032454939



DANYS DAYANA ALGUERO MOLINA

Fisiatra

56078488

El presente dictamen se notifica a _____

C.C. _____ Fecha _____

A partir de esta fecha el interesado tendrá diez(10) días para presentar por escrito su controversia contra este dictamen. Caso que debe remitirse a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por intermedio y a cargo de Positiva Compañía de Seguros S.A. (Art. 14 decreto 1352/2013, Art. 142 decreto Ley 19/2012, Art. 17 Ley 1562 de 2012)

Firma y cédula del notificado

Nombre y firma del notificador



Villavicencio, Meta

Señores:

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META

NIT 822001390

CALLE 35 N. 41 - 39 BARRIO BARZAL

Correo electrónico: info@juntadecalificaciondelmeta.co

Teléfono: 6662070

VILLAVICENCIO - META

DOCUMENTO DE SALIDA

Gestor Documental - WEB

2023-08-25 16:00:40

SAL-2023 01 005 371087

GERENCIA SUCURSAL META

ENT-2023 01 002 197779 Folios:0

Asunto: PRODIC-CC-83092258-

PRONUNCIAMIENTO EN ACUERDO FRENTE A DICTAMEN PCL

RADICADO ENT- 2023 01 002 197779 DE FECHA 23/08/2023

ASEGURADO: DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR CC 83092258

N DE SINIESTRO 352522463 FECHA DEL EVENTO 20/02/2019

Respetados Señores.

Atentamente se informa que hemos recibido de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Meta, dictamen número 202301622 radicado N. 22415 fechado 18/08/2023, del asegurado DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR CC 83092258. En el cual califican la Perdida de Capacidad Laboral las patologías:

DIAGNÓSTICOS:

- M404 OTRAS LORDOSIS -RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA
- M419 ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA-ACTITUD ESCOLIÓTICA IZQUIERDA
- M518 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES-CAMBIOS ESPONDILÓSICOS, CONDROSICOS Y ARTRÓSICOS INTERFACETARIOS
- M519 TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO PEQUEÑA PROTRUSIÓN DISCAL L1/L2, ABOMBAMIENTO DISCAL L2/L3. PROTRUSIÓN DISCAL L4/L5

ORIGEN: NO DERIVADOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

DIAGNÓSTICOS:

- M688 OTROS TRASTORNOS SINOVIALES Y TENDINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE -TENDINOSIS DE LOS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHO S300 CONTUSIÓN DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS
- S819 HERIDA DE LA PIERNA DERECHA
- S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE -DESGARRO PARCIAL DEL LIGAMENTO FIBULO TIBIAL POSTERIOR DEL TOBILLO DERECHO
- T003 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(OS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES)-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES, BILATERAL



ORIGEN: ACCIDENTE DE TRABAJO

PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: 24.69%

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 30/11/2020

Esta Aseguradora se pronuncia en **ACUERDO** con la calificación del dictamen mencionado.

Ante la eventualidad de modificación del presente dictamen, respetuosamente se solicita la correspondiente notificación, y de antemano esta Aseguradora manifiesta su desacuerdo e insta dar trámite al recurso de apelación con la finalidad de tener la alternativa legal que nos permita presentar nuestros argumentos del desacuerdo frente al cambio realizado al presente dictamen. En caso de no haberse presentado recursos de ley por ninguna de las partes interesadas, se solicita a la mayor brevedad posible, expedir y remitir constancia de ejecutoria.

En Positiva Compañía de Seguros nos encontramos dispuestos a atender sus solicitudes; cualquier inquietud adicional puede realizarla a través de nuestra página web www.positiva.gov.co, correo servicioalcliente@positiva.gov.co, o en nuestra línea de atención al cliente en Bogotá (601) 3307000 y en el resto del país 01 8000 111 170.

Cordialmente,

MARIA CLAUDIA DIAZ RAMIREZ
GERENTE SUCURSAL META

Anexo: 0 Folios
Anexo: Medio Magnético N

Copia:
DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR fercho-1082@hotmail.com
MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE maclatalentohumano@campoalegre-huila.gov.co
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD medicina.laboral@nuevaeps.com.co
SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A porvenir@en-contacto.co

Elaboró: DARIO CORTES CORTES ML, UT MEDICINA LABORAL
Proyectó: MARIS LUCELY MERA CANCEMANCE UT MEDICINA LABORAL
Revisó: ERIKA FERNANDA PEÑA COORDINADORA JUNTAS UT MEDICINA LABORAL
Aprobó: MARIA CLAUDIA DIAZ RAMIREZ
Forma de Envío: Correo Electrónico Certificado



FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA DETERMINACION DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD Y/O CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL									
DECRETO 1507 DE 2014									
INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN									
Ciudad y Fecha de Calificación:		Villavicencio 2023-08-18		No. Radicación:		22415		No. Dictamen: 202301622	
INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA									
Nombre:		JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL META				Teléfono:		6849946 - 6849947	
INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD REMITENTE									
Nombre:		POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS ARL				Fecha radicación:		2023-07-27	
DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO									
Nombre:		DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR		Nº D.I		83092258		Tipo D.I	
Dirección:		CARRERA 48 # 17-46 BARRIO COLINAS				Teléfono:		3175930230 - 3164572030	
Sexo		M		Estado civil		Casado		EDAD	
Empr/tiempo		MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE		años		Carga		OPERADOR DE MAQUINA PESADA	
ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL									
CONDUCTOR IV									
FUNDAMENTOS DE HECHO - Documentación - valoraciones									
SEGUN PONENCIA ANEXA									
DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN									
TENDINOSIS DE LOS LIGAMENTOS FIBULARES DEL TOBILLO DERECHO, CONTUSIÓN DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS, HERIDA DE LA PIERNA DERECHA, DESGARRO PARCIAL DEL LIGAMENTO FIBULO TIBIAL POSTERIOR DEL TOBILLO DERECHO, TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES, BILATERAL, RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA (NO DERIVADO DEL AT), ACTITUD ESCOLIÓTICA IZQUIERDA (NO DERIVADA DEL AT), CAMBIOS ESPONDILÓSICOS, CONDRÓSICOS Y ARTRÓSICOS INTERFACETARIOS (NO DERIVADO DEL AT), PEQUEÑA PROTRUSIÓN DISCAL L1/L2. ABOMBAMIENTO DISCAL L2/L3. PROTRUSIÓN DISCAL L4/L5 (NO DERIVADO DEL AT)									
EXÁMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR									
RESULTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS Y VALORACION POR ESPECIALISTAS									
DESCRIPCIÓN DEL DICTAMEN									
Nº orden	Descripción			% Asignado	Capitulo, Numeral, Literal, Tabla				
1	Deficiencia en el movimiento de tobillo			8.0	cap.14 tabla 14.11				
2	Deficiencia en el movimiento de rodilla			7.0	cap.14 tabla 14-12				
3	Deficiencia en el movimiento del retropié			6.0	cap.14 tabla 14.3				
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
SUMAT.	A+(B*(100-A)/100) Calificación Máxima Posible 100%			19.57					
Def. Final	Sumatoria Deficiencia *0,5 Máximo Posible 50%			9.79					
II ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES									
Tabla	ROL		1	2	3	4	5	6	%
1	Restricciones del rol laboral. Max 25%		0	0	10	0	0	0	10
2	Autosuficiencia economica. Max 2,5%		Autosuficiencia	Autos.Reajustada	Precaria.Autosuficiencia	Economicamente debil	Economicamente dependiente		1.5
			0	0	1.5	0	0		
3	Edad Cronologica. Max 2,5%		< 18	18 < 30	30 < 40	40 < 50	50 < 60	60 y +	
			0	0	0	1.5	0	0	

Total Rol Laboral Max: 30%

13

CLASIFICACION DE LAS OTRAS AREAS OCUPACIONALES MAXIMO 20%

A. No. Dif. No. dependencia		B. Dif. Leve No dep.	C. Dif.Mod Dep. Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp. Dep Gra Comp		
1	Tabla 6. 1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento. (Valor máximo posible 4 %)						
	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E	
		0	0,1	0,2	0,3	0,4	
1.1	Mirar	0	0	0	0	0	
1.2	Escuchar	0	0	0	0	0	
1.3	Aprender a leer, escribir y calcular	0	0	0	0	0	
1.4	Aprender a calcular	0	0	0	0	0	
1.5	Pensar	0	0	0	0	0	
1.6	Leer	0	0	0	0	0	
1.7	Escribir	0	0	0	0	0	
1.8	Calcular usando principios matematicos	0	0	0	0	0	
1.9	Resolver problemas y tomar decisiones	0	0	0	0	0	
1.10	Llevar a cabo tareas simples	0	0	0	0	0	
Total		0	0	0	0	0	
Total 1						0	

A. No. Dif. No. dependencia		B. Dif. Leve No dep.	C. Dif.Mod Dep. Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp. Dep Gra Comp		
2	Tabla 7. Categorías del area ocupacional de comunicación (Valor máximo posible 4 %)						
	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E	
		0	0,1	0,2	0,3	0,4	
2.1	Comunicarse con recepción de Mensajes verbales	0	0	0	0	0	
2.2	Comunicarse con recepción de Mensajes no verbales	0	0	0	0	0	
2.3	Comunicarse, recepción de lenguaje signos formal	0	0	0	0	0	
2.4	Comunicarse, recepción mensajes escritos	0	0	0	0	0	
2.5	Habla, palabras, frases y parrafos	0	0	0	0	0	
2.6	Producción de mensajes no verbales	0	0	0	0	0	
2.7	Mensajes escritos	0	0	0	0	0	
2.8	Iniciar y sostener conversación	0	0	0	0	0	
2.9	Resolver problemas y tomar decisiones	0	0	0	0	0	
2.10	Utilización dispositivos y técnicas de comunicación	0	0	0	0	0	
Total		0	0	0	0	0	
Total 2						0	

A. No. Dif. No. dependencia		B. Dif. Leve No dep.	C. Dif.Mod Dep. Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp. Dep Gra Comp	
3	Tabla 8. Relación de categorías del area ocupacional de movilidad (Valor máximo posible 4 %)					
	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E
		0	0,1	0,2	0,3	0,4
3.1	Cambiar posturas corporales básicas y de lugar	0	0	0.2	0	0
3.2	Mantener la posición del cuerpo	0	0	0.2	0	0
3.3	Levantar y llevar objetos	0	0	0	0	0
3.4	Uso fino de la mano	0	0	0	0	0
3.5	Uso de la mano y el brazo	0	0	0	0	0
3.6	Andar y desplazarse por el entorno	0	0.1	0	0	0
3.7	Desplazarse por distintos lugares	0	0	0.2	0	0
3.8	Desplazarse utilizando algun tipo de equipo	0	0	0.2	0	0



3.9	Utilización de transporte como pasajero	0	0	0	0	0
3.10	Conducción	0	0	0	0	0
Total		0	0.1	0.8	0	0
Total 3						0.9
A. No. Dif. No. dependencia		B. Dif. Leve No dep.	C. Dif.Mod Dep. Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp. Dep Gra Comp	
4	Tabla 9. Relación de categorías del area ocupacional del cuidado personal (Valor máximo posible 4 %)					
	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E
		0	0,1	0,2	0,3	0,4
4.1	Lavarse	0	0.1	0	0	0
4.2	Cuidado de partes del cuerpo	0	0	0	0	0
4.3	Higiene personal relacionada con procesos excreción	0	0	0	0	0
4.4	Vestirse	0	0.1	0	0	0
4.5	Quitarse la ropa	0	0.1	0	0	0
4.6	Ponerse el calzado	0	0	0	0	0
4.7	Comer	0	0	0	0	0
4.8	Beber	0	0	0	0	0
4.9	Cuidado de la propia salud	0	0	0	0	0
4.10	Control de la dieta y la forma física	0	0	0	0	0
Total		0	0.3	0	0	0
Total 4						0.3
A. No. Dif. No. dependencia		B. Dif. Leve No dep.	C. Dif.Mod Dep. Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp. Dep Gra Comp	
5	Tabla 10. Relación de categorías del area ocupacional de la vida doméstica (Valor máximo posible 4 %)					
	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E
		0	0,1	0,2	0,3	0,4
5.1	Adquisición de lugar para vivir	0	0	0	0	0
5.2	Adquisición de bienes y servicios	0	0	0	0	0
5.3	Comprar	0	0.1	0	0	0
5.4	Preparar comidas	0	0.1	0	0	0
5.5	Realizar los quehaceres de la casa	0	0	0.2	0	0
5.6	Limpieza de la vivienda	0	0	0.2	0	0
5.7	Cuidado de los objetos del hogar	0	0.1	0	0	0
5.8	Ayudar a los demás	0	0	0	0	0
5.9	Mantenimiento de los dispositivos de ayuda	0	0	0	0	0
5.10	Cuidado de los animales	0	0	0	0	0
Total		0	0.3	0.4	0	0
Total 5						0.7
Total otras areas ocupacionales Max 20%						1.9
Total Rol laboral, rol ocupacional y otras areas ocupacionales (Capitulo 2) Max 50%						14.9
Suma Total % PCL Deficiencia Ca(p I (50%) + Rol Titulo II (50%)) Max 100%						24.69
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN		30-11-2020				
ORIGEN		ACCIDENTE DE TRABAJO				
FUNDAMENTOS DE DERECHO		DECRETO 1072 DEL 2015, DECRETO 1507 DEL 2014				



PONENCIA DE DICTAMEN

Fecha de calificación y emisión del dictamen: 2023-08-18

Número de dictamen: 202301622

Nombre: DULIAN FERNEY SILVA SALAZAR CC 83092258 Años: 41 años

MEDICO PONENTE: AMIRA USME SABOGAL ACTA N° 1054

Radica POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS ARL, para dirimir controversia de pérdida de la capacidad laboral, de PCL: 21.30% , por el diagnóstico:

1. OTRAS LORDOSIS (COMUN),
2. ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA (COMUN),
3. OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES (COMUN),
4. TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO (COMUN),
5. OTROS TRASTORNOS SINOVIALES Y TENDINOSOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (PROFESIONAL),
6. CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS (PROFESIONAL),
7. HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA (PROFESIONAL),
8. RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE (PROFESIONAL),
9. TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(OS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES) (PROFESIONAL).

FURAT de fecha 20-02-2019: "...El trabajador manifestó que se encontraba realizando las actividades de manejo del retrocargador en el sitio de la bocatoma en la vereda palmar bajo del municipio en esos momentos y como de 10:30 a 11:00 de la mañana se vino encima de la maquina un alud de tierra y después otro alud cubriendo casi la totalidad de la maquina donde quede totalmente atrapado. el trabajador presenta lesiones, contusiones, heridas y laceraciones en extremidades superiores e inferiores. manifiesta el trabajador que los compañeros llegaron cuando lo estaban sacando los vecinos del sector..."

URGENCIA de fecha 20-02-2019: "...Ingresa al servicio de urgencia traído en ambulancia institucional con cuadro clinico consistente en ser víctima de caída encima de un alud de tierra en loma mientras realizaba su actividad laboral quedando completamente tapado aproximadamente 1 hora, niega perdida de alertamiento. Al ingreso estable hemodinamicamente se da manejo inicial de urgencias de primer nivel, con modulación del dolor, radiografia de torax no se evidencia neumotorax, no hemotorax, no reja costal, radiografia de pierna derecha y sacrocoxigea no se evidencia fracturas, electrocardiograma registra un ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 98 lpm, sin elevaciones del st. Paciente presenta sensación de mareo, palidez, náuseas y persiste con dolor intenso de miembros inferiores de predominio derecho con leve limitación para racos de movimiento con imágenes diagnosticas sin evidencia de fracturas y a pesar de múltiples analgésicos de primer nivel por lo que se ordena remision a nivel de complejidad para estudios complementarios, valoracion y seguimiento por ortopedia e incluso toma de tac. Se le explica su estado y conducta quien refiere entender y aceptar..."



FISIATRIA de fecha 29-04-2019: "...Diagnóstico de traumatismo superficial de los miembros inferiores, bilateral, contusión de la región lumbosacra y de la pelvis, herida de la pierna derecha y desgarró parcial del ligamento fibulo tibial posterior del tobillo derecho, quien refiere que el dolor ha persiste en la cara interna del tobillo derecho, que se acompaña de edema y de sensación de corrientazo y de hormigueo que aumenta con la movilidad. así como dolor de menor intensidad según refiere en la rodilla ipsilateral y en la región lumbar. incapacidad laboral desde el 21-02-19 al 12-03-19 y luego del 14-03-19 al 14-05-19. fue valorado por ortopedia el 20/04/19 quien indico control en 20 días y remision a rehabilitación, refiere que realizo 15 sesiones de terapia fisica en otro centro con escasa mejoría, labora como operador de maquinaria pesada. Paciente que ingresa al consultorio por sus propios medios, marcha de patrón claudicante, con edema grado I en la cara interna del tobillo derecho y con dolor a la palpación en la misma zona, con herida en la cara interna de la pierna derecha con cicatriz adherida y con hiperestesia, con rangos articulares dolorosos a la inversión, flexión plantar 25°, dorsiflexión 20°, inversión 20° y eversión 15°, flexo extensión de rodilla bilateral 160° y 0° respectivamente, fuerza muscular grado 4-/5, maniobras de lateralidad negativas...".

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR SIMPLE de fecha 24-07-2019: "...Señales de discopatía degenerativa L2-L3 a L4-L5 con cambios espondilósicos y leves facetarios relacionados, abombamientos y protrusión disco osteofitaria con reducción parcial neuroforaminal descrita, sin compresión de las raíces nerviosas...".

FISIATRIA de fecha 30-11-2020: "...Enfermedad actual: descripción furat/furel: antecedente de at: 20-02-2019 se encontraba realizando las actividades de manejo del retrocargador se vino encima de la maquina un alud de tierra y después otra alud cubriendo casi la totalidad de la maquina donde quede totalmente atrapado por 2 h. el trabajador presenta lesiones, contusiones, heridas y laceraciones en extremidades superiores e inferiores. manejo inicial en hospital de campoalegre, realizan curación y suturas de heridas toman rayos x de cadera y miembros inferiores, remitieron a la clínica bello horizonte, donde registran aplastamiento en mid, gonalgia derecha y dolor en tobillo derecho, descartan fractura u otra alteración en relaciones articulares de cadera, tobillos y rodillas, evidenciando trauma de tejidos blandos a nivel de tobillo y piernas con limitación funcional a nivel de tobillo derecho, arcos de rodillas y cadera conservados, fuerza normal, definiendo salida con control con ortopedia, terapia física. control por ortopedia documentan por rmn lesión meniscal de rodilla derecha y en tobillo con distensión con ruptura parcial del ligamento tibiotalar, fibulotalar, tenosinovitis de tibial posterior. el 19-09-2019 se realizó condroplastia, sutura de menisco rodilla derecha por artroscopia, seguido de terapia fisica y seguimiento con especialista en ortopedia y fisiatría; el 30-01-2020 ordenan reingreso al trabajo con restricciones, que no se realizó por limitación funcional ha continuado prorrogas de incapacidad medica hasta el 11-07-2020 control ortopedia 12-06-2020 donde remite a valoración por cirugía de rodilla, la cual no autorizan fisiatria y neurocirugía ultimo control control refiere que persiste con dolor a nivel de región lumbar irradiado a miembros inferiores y dolor a nivel de rodilla derecho realiza marcha con apoyo externo muleta del lado derecho auto formulada trae reporte de electromiografía de miembros inferiores realizada el 12/09/20 estudio negativo para radiculopatía lumbosacra o neuropatía periférica de los miembros inferiores realizo terapia físicas manejo de arcos de movilidad de cuello de pie actualmente en manejo analgésico, sinalgen tab x2, pregabalina 150mg 1 noche lidocaína parches 5 % ketoprofeno gel 2.5 % hoy 30/11/20 asiste a control ya fue valorado por Neurocirugía quien



descarta manejo quirúrgico por lo que da de alta por neurocirugía ya fue valorado por clínica del dolor quien da de alta descarta la necesidad de nueva intervención ordena gammagrafía de tres fases actualmente manejo analgésico con antecedentes médicos/ocupacionales: antecedentes personales: patológico: niega. quirúrgico: 19-09-2019 se realizó condroplastia, sutura de menisco rodilla derecha por artroscopia, farmacológico: niega. hospitalario: niega. traumático: politraumatismo en at 20-02-19 lesión meniscal de rodilla derecha y en tobillo con distensión con rotura parcial del ligamento tibiotalar, fibulotalar, tenosinovitis de tibial posterior. toxico: fumador: niega, consumo de alcohol: niega. alérgico: niega. ginecológico: no aplica. actividades extralaborales: niega. medio de transporte: moto como pasajero examen físico : paciente ingresa caminando por su propios medios con apoyo externo muleta del lado derecho peso 98 talla 1.78 columna dolor a la palpación nivel de unión toraco lumbar arcos limitados 'por dolor , dolor a la palpación a nivel páraespinal lumbar bilateral miembros inferiores cadera arcos completos rodilla derecha cicatriz en buen estado dolor a nivel de polo superior y en interlinea articular medial y lateral roce patelar dolor con flexo extensor arcos de movilidad flexión 100 grado extensión completa pruebas meniscales positiva ligero edema cuello de pie arcos de movilidad dorsi flexión 10 grados plantiflexión 40 grados eversión e inversión 10 grados dolor a la palpación a nivel de maleolo interno marcha antalgica con apoyo externo muleta paraclínicos diagnostico ppal: t003-traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del(de los) miembro(s) inferior(es) diagnostico relacionado 1: s819-herida de la pierna, parte no especificada diagnostico relacionado 2: s300-contusion de la región lumbosacra y de la pelvis diagnostico relacionado 3: s932-ruptura de ligamentos a nivel del tobillo y del pie conclusión análisis-recomendaciones: paciente con dolor crónico secuelas de trauma en miembros inferiores y lumbar en at 20-02-2019 con lesión meniscal de rodilla derecha y en tobillo con distensión con rotura parcial del ligamento tibiotalar, fibulotalar, tenosinovitis de tibial posterior. pop condroplastia, sutura e menisco rodilla derecha por artroscopia (09-19). quien no tiene indicacion de manejo quirúrgico por sus patologías considero cursa con dolor secuelar desde el punto de vista de fisioterapia no hay ningún otro manejo que se pueda ofrecer por lo que se da de alta por fisioterapia ss val por medicina laboral para pcl y definir reintegro hidrocodona más acetaminofén 325/5 mg 1 cada 12 horas por 2 meses carbamazepina 200 mg cada 12 horas ketoprofeno gel 2.5 cada 8 horas lidocaína parches 5 % aplicar 1 dia por 1 mes n 30 plan de manejo : alta por fisioterapia incapacidad medica por 20 dias a partir de la fecha hasta 19 de diciembre del 2020 val por medicina laboral para pcl y definir reintegro dolex forte tabletas 500/65 mg 1 cada 8 horas 270 ketoprofeno gel 2.5 tubo 60 gramos cada 8 horas tubo n 6 lidocaína parches 5 % aplicar 1 dia por 1 mes n 30..."

RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE DE COLUMNA LUMBOSACRA de fecha 03-06-2023: "...CONCLUSIÓN: Rectificación de la lordosis fisiológica. Actitud escoliótica izquierda. Cambios espondilósicos, condrosicos y artrósicos interfacetarios. Pequeña protrusión discal L1/L2. Abombamiento discal L2/L3. Protrusión discal L4/L5..."

FISIATRIA de fecha 07-07-2023: "...MOTIVO DE CONSULTA: "Dolor" ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente masculino de 41 años de edad, ocupación: operario de maquinaria, at: 20/02/2019 consistente en que queda atrapado por arena desde el torax hasta los miembros inferiores desde entonces presenta dolor lumbar con intervalos de severidad ocasionando limitación funcional, con irradiación inespecífica a miembros inferiores asocia sensación de disestesias, mejoría parcial con el reposo y se incrementa con las posturas estáticas prolongadas en bipedestacion sedestación/actividades que



requieran posición de agachado. indemnizado/calificado con pcl 14.47%. labora con recomendaciones médicas emitidas por arl. tratamientos realizados: -fisioterapia (último ciclo 2019) -analgesia multimodal. imagen diagnostica: -RMN DE CLS del 03/06/2023: rectificación de la lordosis fisiológica, actitud escoliótica izquierda, cambios espondilósicos en los niveles L1, L2 y L3, cambios osteocondrosicos L1/L2, L2/L3 y L3/L4, cambios artrósicos interfacetarios en los niveles L3/L4 y L4/L5, pequeña protrusión discal L1/L2 de base amplia la cual ejerce leve efecto compresivo sobre el saco dural y la grasa de los recesos laterales, pila la cual ejerce leve efecto compresivo sobre el saco dural y la grasa de los recesos laterales, /I3, /I3, protrusión discal L4/L5 lateral izquierda de base amplia la cual ejerce leve efecto compresivo sobre el saco dural, la grasa del recesso lateral y si disminuye y compromete el neuroforamen. Examen físico: Flexion/extension de tronco dolorosa, goniometría: inclinación lateral derecha e izquierda 35°-rotacion lateral derecha e izquierda 45°-movilidad dorsolumbar (schober) 4cm con dolor, lasseque bilateral negativo, maniobra de bragad negativa, marcha en punta de pies/talones, realiza cuncillas sin dificultad, neurológicamente indemne, marcha funcional independiente. IDX: lumbago cronico mecánico -Discopatía degenerativa lumbar multinivel. -protrusión discal L1/L2,, L2/L3, L4/L5 sin efecto mielopatica. dolor lumbar crónico sin signos clínicos de radiculopatía. hallazgos de RMN son de tipo degenerativo crónico/no se evidencia fractura o luxación vertebral antigua. en mi concepto evento del 20/02/2023 a nivel lumbar se resolvió/dolor lumbar residual es secundario a discopatía degenerativa progresiva la cual debe ser manejada por su eps. sin criterio de bloqueo lumbar muscular. debe continuar de forma regular plan casero de ejercicios de fortalecimiento de paravertebrales. Alta por fisiatria. Plan: Alta por fisiatria...”.

EXAMEN JUNTA: Marcha por sus propios medios, cojera, antalgia, MID dolor con la postura de rodillas. flexión de 100 grados, extensión normal., tobillo con plantiflexión de 10 grados, no realiza adecuadamente marcha en puntas ni talones.

NOTA: EN RELACION CON LOS DIAGNOSTICOS: Discopatía degenerativa L2-L3 a L4-L5 con cambios espondilósicos y leves facetarios relacionados, abombamientos y protrusión disco osteofitaria con reduccion parcial neuroforaminal descrita, sin compresión de las raíces nerviosas, SE ACLARA QUE POR SER DE CARACTER DEGENERATIVO CRÓNICO NO ESTAN RELACIONADOS CON ACCIDENTE DE TRABAJO.

VALORACION POR TERAPIA OCUPACIONAL: Persona de 41 años de edad, casado, padre de dos hijos, labora como operador de maquinaria pesada, se lesiona la cadera y los miembros inferiores, no completa arcos de movimientos en cadera, rodillas y tobillo derecho, no mantiene postura bípeda y sedente por tiempo prolongado, marcha antalgica, limitando el desarrollo de las actividades de la vida diaria, de la motricidad gruesa, ocupacional y laboral.

El Médico ponente de la sala única de la junta regional del Meta procede a dar lectura al proyecto de ponencia y en consecuencia se procede a emitir el dictamen con el cual se califica la pérdida de capacidad laboral con base en Decreto 1507 del 2014.

La votación en este caso es unánime y favorable a la ponencia de dictamen por parte de los tres Integrantes, quienes califican de la siguiente manera:



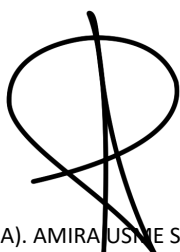
TOTAL DEFICIENCIAS: 9.79%

ROL LABORAL / OCUPACIONAL: 14.9 %

TOTAL PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL: 24.69%

ORIGEN: ACIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 30/11/2020



DR(A). AMIRA USME SABOGAL
Integrante Principal -Médica - Esp S.O.
R.M. 85583/97 L.O. 7345-2014



DR(A). MARTHA ALEXANDRA GALVIS PALACIO
Integrante Principal Terapeuta Ocupacional- ESP y Magister S.O.
R.P. 3968/97 L.O. 022/2004



Dr. WILSON CONTRERAS PINTO
Integrante Principal-Médico-ESP y Magister en S.O.
R.M. 14253/88 L.O. 0094/98

