

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014
RESOLUCION 3745 de 2015

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

FechaDictamen : sábado, 18 de junio de 2016 Dictamen No: 2016159588CC
 Motivo Solicitud : Primera Oportunidad: X Primera Instancia: Segunda Instancia:
 Solicitante: EPS: AFP: ARL: Empleador: Rama Judicial: Otro:
 Afiliado: Pensionado:
 Nombre Solicitante: NIT/Documento: Telefono: Ciudad:
 Dirección Solicitante: Telefono: Email: Ciudad:

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: ASALUD - Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES Nit: 9003360047
 Dirección: Carrera 10 No. 72 - 33 Torre B Piso 11 Bogotá, D.C. Tel : (57 1) 2170100 - 2170109 Email :

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: SI Beneficiario: NO
 Apellidos: SEPULVEDA TENORIO Nombres: DAVID
 Documento de identificación: CC No: 16703758
 Fecha Nacimiento: 07/05/1964 . Edad: 51 Años Meses

ETAPAS DEL CICLO VITAL

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Economicamente activa : SI Adultos/Adultos mayores:

ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:
 Basica: Media: Universitaria: Post Grados:
 Tecnologica: Otros: Cual:

Dirección: Telefonos: Email: Ciudad:

ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: Union Libre:
 Separado: Viudo: Otros:

Encaso de calificar un beneficiario anotar los datos del afiliado:

Nombre y Apellidos: Documento de identidad :

Telefono: Ciudad:

En caso de calificar un menor de edad anotar los datos del acudiente o adulto responsable

Nombre y Apellidos: Documento de identidad :

Telefono: Ciudad:

AFILIACION AL SISS:

Regimen en salud: Contributivo: Subsidiado: No afiliado:
 Administradoras: EPS: AFP: ARL: Otros:

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014
RESOLUCION 3745 de 2015

Email: Email: Email: Email:

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente(); Dependiente();
Nombre del trabajo o empleo: Ocupacion:NA Codigo CIUO:
Nombre actividad económica: Clase:
Nombre de la empresa: NA Nit/ cc/ otro: NA

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO -(Descripción)

Historial Clínico:
Estudios clínicos:
Pruebas objetivas:
Examen físico:
Otras interconsultas:

HISTORIA CLINICA COMPLETA: SI
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: SI
EXAMENES PARACLINICOS: SI

Paciente masculino de 51 años, originario y procedente de Cali (V), ocupación habitual mecánico industrial, tornero, fresador; vive con la esposa y los hijos. Pretensión de la calificación: pensión de invalidez, pronóstico de rehabilitación No Favorable, enfermedad de origen Común por junta nacional de calificación de invalidez.
Paciente con disnea progresiva de 3 años de evolución, clase funcional II – III, ha recibido inhaloterapia con pobre respuesta, controlado parcialmente con esteroides, TAC de torax con pérdida de volumen de pulmón dercho, e izquierdo con bula subpleural izquierda, ANAs 1/640, ENAS negativos, TSH 2.66, PCR negativo, difusión del monoxido de carbono 64% moderado y cambios restrictivos severos VF 42%, ecocardiograma dentro de límites normales, reumatología descartó autoinmunidad. Control por neumología 21/09/2015 – Bronquiectasia, disnea mMRC3, por fibrobroncoscopia se descartó TBC u otro tipo de colonización, espirometria restrictiva que indica más enfermedad de via aerea apoyando el Dx de bronquiectasias, no hay respuesta a beta 2 ni a esteroides por lo que no s beneficia de inhaloterapia crónica, envían rehabilitación pulmonar para reentrenamiento muscular toraxico, por sintomas de apnea del sueño solicitan polisomnografia basal. El 18/03/2016 valorado por neumología con resultado de polisomnografia alteración de arquitectura del sueño desaturación de 89% a 77%, solicitan polisomnografia con titulación de CPAP.
Espirometria 04/03/2014 Pre/Pos – FVC 48.2/49.1, VEF1 55.1/57.9, VEF 1/FVC – 83.5/86.3
01/09/2015 FVC 59/61, VEF1 50/61, VEF1/FVC 88/104
Polisomnografia 29/11/2015 – síndrome de apnea del sueño leve, eventos respiratorios 11.3/hora. Talla 1.84mt Peso 96kg IMC 28.4kg/mt2
Tomando mayor tiempo para AVD y ABC por disnea.

| TITULO I | | | |
|---|-------|----------------------|---|
| CALIFICACION/VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS | | | |
| No | CIE10 | DIAGNOSTICO | DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACIÓN / CONDICIONES DE SALUD |
| | J47 | J47 BRONQUIECTASIA | Capitulo 3 Deficiencias por trastornos del sistema respiratorio |
| | G473 | G473 APNEA DEL SUE-O | Capitulo 3 Deficiencias por trastornos del sistema respiratorio |
| | | | |
| | | | |

**Clase funcional/Valor porcentual**

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

[illegible]

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|------|
| | | d310 | d315 | d320 | d325 | d330 | d335 | d345 | d360 | d355 | d360 | |
| | Comunicación | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.9 | 2.10 | 2.11 | |
| | | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 0% |
| | Movilidad | d410 | d415 | d430 | d440 | d445 | d455 | d460 | d465 | d470 | d475 | |
| | | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | 3.9 | 3.10 | |
| | | 0.1 | NA | 0.1 | NA | NA | 0.1 | 0.1 | 0.1 | NA | NA | 0.5% |
| | Auto cuidado- cuidado personal | d510 | d520 | d530 | d540 | d5401 | d5402 | d550 | d560 | d570 | d5701 | |
| | | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.8 | 4.9 | 4.10 | |
| | | 0.1 | 0.1 | NA | 0.1 | 0.1 | 0.1 | NA | NA | NA | NA | 0.5% |
| | vida domestica | d610 | d620 | d6200 | d630 | d640 | d6402 | d650 | d660 | d6504 | d6506 | |
| | | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 5.7 | 5.8 | 5.9 | 5.10 | |
| | | 0.1 | 0.1 | 0.1 | NA | NA | NA | 0.1 | NA | NA | NA | 0.4% |

Valor final de la segunda parte rol laboral

18.4%


Perdida de Capacidad Laboral = TITULO I - Valor Final Ponderada + TITULO II - Valor final

| | | | | | | |
|--------------------------|----|----|---------|--------------------------|----|-----------------|
| FECHA DE ESTRUCTURACION: | | | | 21 de septiembre de 2015 | | |
| ORIGEN | SI | NO | | SI | NO | FECHA ACCIDENTE |
| Accidente | | X | Laboral | | X | |
| Enfermedad | X | | Común | X | | |

Clasificación condicion de salud - tipo de enfermedad (Marcar con una x)

| | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|----|------------|----|-------------------------|----|-----------|----|
| Tipo de enfermedad | Degenerativa | SI | Progresiva | NO | Alto costo catastrófica | NO | Congenita | NO |
|--------------------|--------------|----|------------|----|-------------------------|----|-----------|----|

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

Medico  GIOVANA MERCEDES CHAGUENDO
CANAVALL CC 38566518

76268/2008

FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 de 2014
RESOLUCION 3745 de 2015

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Terapeuta Ocupacional | No Aplica | No Aplica |
| Terapeuta Fisico | No Aplica | No Aplica |
| Psicólogo | No Aplica | No Aplica |
| Otro profesional de la salud (según corresponda) | No Aplica | No Aplica |