

Medellín, 12 de octubre de 2021

CE202141027645
Exp: 1411293379
JEP

Señor
UYABAN DAZA YEISSON DAVID
CC 1030604518
CRA 87 G # 2 A - 66 BARRIO PATIO BONITO
Teléfono 3166188551
Bogota D.C

Asunto: Notificación calificación de pérdida de capacidad laboral.

Respetado(a) Señor(a).

ARL SURA atentamente le notifica el dictamen de calificación de secuelas en primera oportunidad por la Accidente de trabajo ocurrido a Usted el 23/10/2020 mediante el cual se determinó el porcentaje de pérdida de su capacidad laboral.

De conformidad con lo estipulado en el Decreto 1507 de agosto de 2014, el porcentaje de pérdida de su capacidad laboral fue del 16.6%. Anexamos copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral que le fue realizado.

Así mismo nos permitimos informarle que una vez revisado el evento reportado ante ARL SURA y luego de analizar la historia clínica y los conceptos de las valoraciones que recibió por el accidente Laboral, consideramos que las patologías informadas en el dictamen no se derivada del evento Laboral, las mismas se presumen de origen común conforme a lo establecido en el art. 12 del decreto ley 1295 de 1994 y se le recomienda solicitar a la entidad respectiva EPS, que le inicie proceso de calificación de origen de dichas patologías.

En caso de presentarse alguna inquietud o controversia al respecto, por favor informarnos mediante comunicación escrita dirigida a la Dirección de Medicina Laboral, con copia de su documento de identidad, **dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación**, donde con gusto estaremos dispuestos a aclararla o en caso necesario, proceder de acuerdo con los recursos adicionales previstos en la Ley (artículo 142 del Decreto 019 de 2012).

Durante la contingencia por el Covid-19 se habilito la dirección electrónica hacruz@sura.com.co a la cual debe remitir adjunta su comunicación de aceptación o controversia con la copia del documento de identidad, este correo está habilitado únicamente para recibir solo estos documentos, con el fin de evitar que usted se acerque a las sedes de ARL Sura.

Transcurrido el plazo anterior, sin que usted haya manifestado su desacuerdo sobre el dictamen señalado, se entenderá que está conforme con el mismo por lo cual esta entidad procederá a liquidar y pagar el valor de la indemnización correspondiente en los términos establecidos en el Decreto 2644 de 1994. Esta prestación prescribe en el termino de tres (3) años a partir de su notificación (artículo 22 de la Ley 1562 del 2012).

Para su información a continuación encontrará fundamento jurídico sobre el tema en mención:

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales (Decreto 0019 de 2012, artículo 142).

Cordialmente,


BUENDIA CRUZ ADRIANA PAOLA
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA
ARL|SURA OFICINA BOGOTA


CARVAJAL SEPULVEDA CARLOS MARIO
Lic. SST Res. 2017060110705/17
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA
ARL|SURA OFICINA BOGOTA



RAMIREZ ALVAREZ FERNANDO
Lic. S.O. Res. 9451 del 16/08/
COMISIÓN MÉDICA INTERDISCIPLINARIA
ARL|SURA OFICINA BOGOTA

Firmo en señal de que he leído y comprendido el alcance de la presente comunicación.

Nombre: _____ Firma: _____

Documento: _____ Fecha: _____

Copia a:

Señores: Seguridad Y Salud En El Trabajo **MILENIUM COLORS SAS** –
BR CANTABRIA MZAN 1 CASA 11 - Teléfono 3223053916 - Ibagué - Tolima

Señores: Medicina Laboral **EPS SURA**
Av. El Dorado N° 68 B 85 Bogotá D.C.

Señores: Medicina Laboral **AFP PORVENIR** Cra 13 No 26a - 65 Tel: 3393000 Bogotá D.C.

**FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
FORMATO 1. ROL LABORAL ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES
Decreto 1507 Agosto 12 de 2014**

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

FECHA DE DICTAMEN	Día	Mes	Año	MOTIVO DE SOLICITUD	PRIMERA OPORTUNIDAD	Número de Dictamen:	1411293379-599583
	28	09	2021				

FECHA DE RECEPCION PARA CALIFICACION	Día	Mes	Año	FECHA DE VALORACION	Día	Mes	Año
	08	09	2021		20	09	2021

SOLICITANTE:	ARL		
Nombre del Solicitante:	OFICINA BOGOTA	NIT/ Documento	N890903790
Dirección del solicitante:	AV EL DORADO 68B 85 PISO 9	Ciudad/Depto:	BOGOTA/BOGOTA D.C.
Teléfono de solicitante:	4055900	Correo electrónico:	ARL SURA
Motivo de la calificación:	Calificación IPP		

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre Entidad:	ARL SURA	NIT:	N890903790
Ciudad y Departamento:	BOGOTA - BOGOTA D.C.		
Dirección y Teléfono:	AV EL DORADO 68B 85 PISO 9 - 4055900		
Correo electrónico:	contactenos@arlsura.com.co		

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado:	S	Beneficiario:	N					
APELLIDOS	UYABAN DAZA			NOMBRES	YEISSON DAVID		GENERO	MASCULINO
Documento de Identificación:	CC	N°	1030604518	ESTADO CIVIL	UNIÓN LIBRE		ESCOLARIDAD (alcanzada)	SECUNDARIA
Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad (cumplida)	Años	Meses		
	13	01	1992		29	0		

Dirección:	CR 87 G # 2 A - 66 PATIO BONITO	Municipio:	BOGOTA	BOGOTA D.C.
Teléfono(s):	0	Correo electrónico	JEI_DA1002@HOTMAIL.COM	

Etapa del ciclo vital:	Población en edad económica activa
------------------------	------------------------------------

IDENTIFICACION DEL AFILIADO: Aplica solo si el calificado es un beneficiario

APELLIDOS	N/A	NOMBRES	N/A	N/A
N°	N/A	Municipio:	N/A	N/A

IDENTIFICACION DEL ACUDIENTE o ADULTO RESPONSABLE: Aplica solo si el calificado es menor de

APELLIDOS	N/A	NOMBRES	N/A	N/A
N°	N/A	Municipio:	N/A	N/A

AFILIACION AL SISS

	REGIMEN DE AFILIACION AL		CONTRIBUTIVO		
ADMINISTRADORAS	A.F.P	PORVENIR	e-		A.R.L
	E.P.S.	SURA EPS	e-		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO									
PROFESION U OFICIO:	EMPLEADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION			VINCULACION LABORAL	TRABAJADOR VINCULADO ACTIVO		TIPO VINCULACION	DEPENDIENTE	
EMPRESA DONDE TRABAJA/OCUPACION	MILENIUM COLORS SAS			NIT / CC	N901203520		Contrato vigente?	No	
ACTIVIDAD ECONOMICA:	CONSTRUCCION DE OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS AL MONTAJE Y/O REPARACION DE OLEODUCTOS			CODIGO CIUO	4132	Ultimo Cargo:	MASILLADOR	UBICACION:	URBANO
Fecha de	17/09/2020	Fecha de retiro(si)	31/07/2021	TIEMPO	10	Clase de riesgo	5		
Descripción general del cargo:									
MASILLADOR FUNCIONES DESEMPEÑADAS: INSTALADOR DE DRAYBOL. ACTUALMENTE ESTA LABORANDO EN EL MISMO CARGO									

OTROS ANTECEDENTES LABORALES (referidos por el calificado)

EMPRESA	CARGO	RIESGOS PRINCIPALES	TIEMPO (meses)
MILENIUM COLOS SAS	MASILLADOR	ERGONOMICO- MECANICO	10.0

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALI (referidos por el calificado)

LOCATIVOS	Trabajo en alturas
-----------	--------------------

RESUMEN HISTORIA CLINICA APORTADA**1. CALIFICACION DE SECUELAS POR ACCIDENTE LABORAL POLITRAUMATISMO:**

PACIENTE QUIEN PRESENTÓ AT 23/10/2020 EN TAREAS PROPIAS DE SU TRABAJO RESBALA Y CAE DE UN SEXTO PISO AL SÓTANO POR EL FOSO ELÉCTRICO CAUSÁNDOLE POLITRAUMA LE DOCUMENTAN DIAGNOSTICO : FRACTURA DE METACARPIANO 1ER DEDO MANO DERECHA Y EN 5TO DEDO MANO DERECHA 2. TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS DE MANO IZQUIERDA SUTURA EN LOS DEDOS 2DO 3ER Y 4TO 3. FRACTURA VERTEBRAL DE T10 - CON EXTENSIÓN A MURO POSTERIOR Y BASE DE PEDICULOS MAS FRACTURA DE APÓFISIS TRANSVERSA DERECHA Y ESPINOSA 4. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE 15/ 15 5. HEMATOMA EPIDURAL PARIETAL DERECHO SIN DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA 6. CONTUSIONES HEMORRAGICAS 7. TRAUMA CERVICAL SIN LESIONES ASOCIADAS 8. TRAUMA DE TÓRAX Y ABDOMEN CERRADO SIN LESIONES INTRACAVITARIAS INTERVENCIONES REALIZADAS: LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA + REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA + TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS +ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POST REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL REALIZA PROCESO DE REHABILITACION 22/01/2021 FISIATRIA EXAMEN FISICO FUNCIONAL OSTEOMUSCULAR- NEUROLOGIA "PACIENTE QUIEN REFIERE LEVE MAREO CON CAMBIOS DE POSTURAS SE DAN INDICACIONES, ES INDEPENDIENTE EN ABC Y AVD CON MODIFICACIONES SE PUEDE REITNEGRAR CON RECOMENDACIONES FUNCIONALES" 26/02/2021 FISIATRIA PACIENTE CON DOLOR MUSCULAR PERSISTENTE CON DEBILIDAD CORE POR LO QUE SE ENSEÑAN EJERCICIOS CASEROS SE DEJA VIT B POR FISIATRIA CONSIDERO MEJORIA MEDICA MAXIMA , ALTA POR FISIATRIA CONTINUAR MANEJO DE DOLOR RESIDUAL CON MSI BARTHEL 100/100 04/06/2021 VALORADO POR CLINICA DEL DOLOR PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO DE REGION PARAESPINAL BILATERAL CON PUNTOS GATILLO EN ERECTOR DE LA ESPINA BILATERAL SECUNDARIO A FRACTURA VERTEBRAL DE T10 CON FIJACIÓN TRASPEDICULAR DE T10 T11. TERAPIA FISICA PARA ENSEÑAR EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PARAESPINAL . SEGUN RESPUESTA DEFINIR INFILTRACION DEL ERECTOR DE LA ESPINA BILATERAL DE T8 EVOLUCION 09/07/2021 REFIERE PRESENTAR ACUSA QUE AHORA TIENE PROBLEMAS DE ANOSMIA Y AGEUSIA, SIN EMBARGO PRESENTÓ COVID 19 EL 20/06/2021 (SINTOMAS REFIERE INMEDIATAS AL ACCIDENTE LABORAL) SE REVISIA HISTORIAL CLINICO NO REGISTRA EN URGENCIAS Y CONTROLES POSTERIOR SIINTOMAS REFERIDOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE LABORAL. TIENE RMN DE CARA 14/09/2021 DEFORMIDAD DE LA PAPIRACEA DEL ETMOIDES DEL LADO IZQUIERDO.SINUSOPATIA INFLAMATORIA MAXILAR.DESVIACION SEPTAL DERECHA CON ESPOLON NASAL IZQUIERDO.CONCHA BULLOSA CORNETE NASAL MEDIO. HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES (CAMBIOS NO RELACIONADOS CON EL EVENTOS REPORTADO)

04/08/2021 VALORACION POR CIRUGIA DE MANO MANO DERECHA SIN DEFORMIDADES NI MALROTACIONES DOLOR EN LA MF DEL PULGAR SIN BLOQUEO Y DOLOR DORSAL SOBRE EJE DEL 1 MTC MOVILIDAD ADECUADA ORTOPEDIA LE PROPONE INFILTRACION POSIBLE SINOVITIS ASEGURADO CON ALTA MEDICA POR FISIATRIA 26/02/2021 DOLOR MUSCULAR.

ANTECEDENTES: NIEGA.

RXS REFIERE QUE PRESENTA CAMBIOS EN EL OLFATO ? DESDE EL DIA DEL ACCIDENTE. DICE QUE EL NEUROLOGO LE INDICA QUE ESTO LE PASABA QUE SE LA HABIA DESPRENDIDO ALGO. DOLOR EN LA COLUMNA, Y LA MANO REFIERE DOLOR TIENE CONTROL EN OCTUBRE POR MEDICINA DEL DOLOR VIVE: CON LA ESPOSA Y EL HIJO, ES INDEPENDIENTE EN AVD Y ABC: REFIERE NO HACER DEPORTE, NO PUEDE HACER FUERZA NO ALZA AL HIJO, REFIERE NO CORREO NO SALTA ROL LABORAL: MASILLADOR FUNCIONES DESEMPEÑADAS: INSTALADOR DE DRAYBOL. ACTUALMENTE ESTA LABORANDO EN EL MISMO, LA EMPRESA NO LO TIENEN REALIZANDO TAREAS ESPERANDO LA CALIFICACION. REFIERE QUE POR EL VERTIGO QUE LE QUEDO NO PUEDE LABORAR EN ALTURAS Y POR LA PATOLOGIA DE COLUMAN. Y POR EL USO DE HERRAMIENTAS COMO TALADROS.

ESTUDIOS CLINICOS Y PRUEBAS OBJETIVAS (Resultados de exámenes paraclínicos)

FECHA	ESTUDIO / PRUEBA	RESULTADO
24/10/2020	TAC DE ABDOMEN	NORMAL
24/10/2020	TAC DE CRANEO	HEMATOMA EPIDURAL PARIETAL DERECHO SIN DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA 6. CONTUSIONES HEMORRAGICAS
30/05/2021	RMN DE COLUMA CERVICAL	FIJACION TRASPEDICULAR DE T10 T11 . FRACTURAS POR COMPRESION AXIAL Y ACUÑAMIENTO ANTERIOR DE LOS CUERPOS VERTEBRALES DE T6 HASTA T12 CON MULTIPLES LESIONES SUBCONDRALES Y D BORDES ESCLEROTICOS EN LOS PLATILLOS TERMINALES Y CON PERDIDA DE ALTURA <20% . ESCLEROSIS FACETARIA DIFUSA .

EXAMEN FISICO (EVALUACION DEL CALIFICADOR)

VALORACION FUNCIONAL PRESENCIAL 20/09/2021 PESO 62 KILOS TA 120/80 INGRESA SOLO SIN AYUDA EXTERNA, SE MOVILIZA SOLO, SIN AYUDA, SE RETIRA PRENDAS SOLO FLEJA MIEMBROS INFERIORES, SE INCORPORA DE BIPEDO A SEDENTE, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIN DIFICULTAD, NO AUMENTO DEL ANGULO DE SUSTENTACION. NO LATERALIZA AL DEAMBULAR NO SIGNOS DE VERTIGO POSTURA CON AUMENTO CIFOSIS NO ESCOLIOSIS, AMA DE CLS FLEXION 60° EXT 30° ROTACIONES 45° INCLINACIONES 30° CON DOLOR PARESPINAL DERECHO DORSAL, DEBILIDAD DEL CORE, DEBILIDAD DE CINTURA ESCAPULAR, NO HAY SX NEUROLOGICOS NO ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD, FUERZA DE MII 5/5 RMT ++/++++ CONTROL DE ESFINTERES ADECUADA, EN MANO DERECHA CICATRIZ DORSAL PRIMER MCP CON AMA FLEXION MCF 50° OPOSICION 8/8 IF FLEXION 90° NO ALTERACION SENSITIVA AGARRES 5/5 PINZAS 5/5 NO ALTERACION SENSITIVA. EN MANO IZQUIERDA CICATRIZ DORSAL DEL 2 Y 3 DEDO A NIVEL DE LA IFP SIN DISESTESIAS AMA COMPLETOS AGARRES Y PINZAS FUNCIONALES DESPIERTO COLABORADOR BUEN CONTACTO CON EL EXAMINADOR LENGUAJE FLUIDO NOMINA COMPRENDE REPITE NO PARESIAS, NI ALTERACION EN LA COORDINACION Y EQUILIBRIO.

DIAGNOSTICOS

1. FRACTURA DE METACARPIANO 1ER DEDO MANO DERECHA Y EN 5TO DEDO MANO DERECHA DERIVADO DE AT SIN SECUELAS
2. FRACTURA DE LA COLUMNA TORAXICO T10 - T11 TRASPEDICULAR LESIONES SUBCONDRALES CONSOLIDADAS ACUÑAMIENTOS ANTERIORES MENORES DEL 20% SIN COMPRESIONES DEL CANAL DERIVADO DEL AT SIN ALTERACION EN LA MOVILIDAD NI CLINICA RADICULAR.
3. TRAUMA TORACO-ABDOMINAL SIN COMPROMISO DE ORGANOS NO SECUELAS
4. DEFORMIDAD DE LA PAPIRACEA DEL ETMOIDES DEL LADO IZQUIERDO. SINUSOPATIA INFLAMATORIA MAXILAR. DESVIACION SEPTAL DERECHA CON ESPOLON NASAL IZQUIERDO. CONCHA BULLOSA CORNETE NASAL MEDIO. HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES (PATOLOGIAS NO DERIVADA DEL ACCIDENTE LABORAL)

ASEGURADO CON AT 23/10/2020 POLITRAUMA CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS, REFIERE SINTOMATOLOGIA NO ASOCIADA DE ANOSMIA, AGEUSIA NO SE DOCUMENTA EN NINGUN MOMENTO TRAUMA FACIAL O TRAUMA DE ENCEFALO QUE REQUIERA INTERVENCIONISMO O QUE EL IMPACTO COMPROMETE PARES CRANEALES O CENTROS DEL GUSTO O DEL OLFATO. SI SE DOCUMENTA QUE PRESENTA PATOLOGIA PROPIA DEL ORGANOS DE LOS SENTIDOS " DEFORMIDAD DE LA PAPIRACEA DEL ETMOIDES DEL LADO IZQUIERDO. SINUSOPATIA INFLAMATORIA MAXILAR. DESVIACION SEPTAL DERECHA CON ESPOLON NASAL IZQUIERDO. CONCHA BULLOSA CORNETE NASAL MEDIO. HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES" NO DERIVADO DEL AT

ESTAS PATOLOGIAS SE PRESUME DE ORIGEN COMÚN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ART. 12 DEL DECRETO LEY 1295 DE 1994 Y SE LE RECOMIENDA SOLICITAR A LA ENTIDAD RESPECTIVA (EPS O ENTIDAD ASEGURADORA DE LA AFP), QUE LE INICIE PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE DICHA PATOLOGÍA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



OTRAS INTERCONSULTAS (Conceptos de especialistas relacionados con la calificación)

FECHA	ESPECIALIDAD	CONCEPTO
22/01/2021	VALORACION POR FISIATRIA	AUMENTO CIFOSIS NO ESCOLIOSIS, AMA DE CLS FLEXION 60° EXT 30° ROTACIONES 45° INCLINACIONES 30° CON DOLOR PARESPINAL Y CUADRADOS NLU, BARES NO HAY SX NEUROLOGICOS NO ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD, FUERZA DEMII 5/5 RMT ++/++++ CONTROL DE ESFINTERES ADECUADA, EN MANO DERECHA CICATRIZ DORSAL PRIMER MCP CON MA FLEXION MCF 50° OPOSICION 8/8 IF FLEXION 90° NO ALTERACION SENSITIVA AGARRES 5/5 PINZAS 5/5 NO ALTERACION SENSITIVA. EN MANO IZQUIERDA CICATRIZ DORSAL DEL 2 Y 3 DEDO A NIVEL DE LA IFP CON DISESETEIAS AMA COMPELTOS AGARRES Y PINZAS FUNCIONALES DESPIERTO COLABROADOR BUEN CONTACTO CON EL EXMAIANDOR LENGUAJE FLUIDO NOMINA COMPRENDE REPIOTE NO PARESIAS, NI ALTERACION EN LA COORDINACION Y EQUILIBRIO
04/06/2021	CLINICA DEL DOLOR	PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO DE REGION PARAESPINAL BILATERAL CON PUNTOS GATILLO EN ERECTOR DE LA ESPINA BILATERAL SECUNDARIO A FRACTURA VERTEBRAL DE T10 CON FIJACIÓN TRASPEDICULAR DE T10 T11. EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE INESTABILIDAD O DE TIPO RADICULAR. SE DA MENJO MEDICO. TERAPIA FISICA PARA ENSEÑAR EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO PARAESPINAL. SEGUN RESPUESTA DEFINIR INFILTRACION DEL ERECTOR DE LA ESPINA BILATERAL DE T8
28/05/2021	VALORACION POR FISIATRIA	DA NUEVO CONCEPTO DE ALTA MEDICA
09/07/2021	MEDICO INTEGRAL	PCTE EN BEG, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN ACOMPAÑANTES (SE PERMITE INGRESO SOLAMENTE AL PCTE). CAMINANDO, SIN AYUDAS EXTERNAS, LOCOMOCIÓN NO ANTÁLGICA. PCTE CON DXS ESTABLECIDOS, DADO DE ALTA POR FISIATRIA Y NEUROCX, PERDIÓ CITA CON ALGOLOGÍA, PDTE SOLICITARLA. HOY VIENE POR QUE TIENE DOLOR LUMBAR, NO TIENE ANALGESIA, ESTABLE CLINICAMENTE, EN BEG, EF DESCRITO, PCTE QUIEN HOY ACUSA AGEUSIA Y ANOSMIA, PERO AL INDAGAR, PCTE PRESENTÓ COVID 19, HASTA EL 20/06/2021, EXPICO SITUACIÓN. HOY CONSIDERO: MANEJO DEL DOLOR, NO IT, YA ESTÁ LABORANDO, VALORACIÓN Y CONCEPTO ORTOPEDIA DE COLUMNA Y ALGOLOGÍA DRA. SANDRA QUIROGA. SE DÁN INDICACIONES GÑRALES Y ESPECÍFICAS, SÍGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA, SE EXPLICA A PCTE SITUACIÓN ACTUÁL, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE PERMITE A PCTE ACLARAR DE FORMA ABSOLUTA TODAS Y C/UNA DE LAS DUDAS DURANTE LA CONSULTA. SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO: AUTORIZACIÓN CONOCIMIENTO H.C Y SEGUIMIENTO EVOLUCIÓN DE

CONCEPTO FINAL DE REHABILITACION (RESUMEN)

26/02/2021 VALORACION POR FISIATRIA 26/02/2021 FISIATRIA PACIENTE CON DOLOR MUSCULAR PERSISTENTE CON DEBILIDAD CORE POR LO QUE SE ENSEÑAN EJERCICIOS CASEROS SE DEJA VIT B POR FISIATRIA CONSIDERO MEJORIA MEDICA MAXIMA , ALTA POR FISIATRIA CONTINUAR MANEJO DE DOLOR RESIDUAL CON MSI BARTHEL 100/100

09/09/021 CIRUGIA DE MANO DA ALTA MEDICA CONTROL POP 1 SEMANA INFILTARCION ECOGUIADA FLEXORES PULGAR MANO DERECHA SE MANIFIESTA BIEN MANO DEREHA DEDOS CON CIERRE COMPLETO SIN BLOQUEOS EXTENSION COMPLETA PULGAR CON SITIO D EPUNCIÓN SANO SIN BLOQUEOS AGARRES COMPLETOS ANÁLISIS BUENA EVOLUCION MEDICA PLAN SE COSNIDERA MMM PLAN ALTA POR LA ESPECIALIDAD

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL TITULO PRELIMINAR Y TITULO I

TITULO I

CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

DIAGNOSTICOS Y EFICIENCIAS DEFINITIVOS EVIDENCIADOS EN HISTORIA CLINICA Y VALORACION REALIZADA

N°	Código CIE10	Diagnóstico	Deficiencia(s) motivo de calificación / Condiciones de salud
1	S626	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	FRACTURA DE METACARPIANO 1ER DEDO MANO DERECHA Y EN 5TO DEDO MANO DERECHA SIN SECUELAS
2	T08X	FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL, NIVEL NO ESPECIFICADO	FRACTURA DE LA COLUMNA TORAXICO T10 - T11 TRASPEDICULAR LESIONES SUBCONDRALES CONSOLIDADAS ACUÑAMIENTOS ANTERIORES MENORES DEL 20% SIN COMPRESIONES DEL CANAL. ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE T10- T1
3	S309	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA, DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PELVIS, NO ESPECIFICADO	TRAUMA TORACO-ABDOMINAL SIN COMPROMISO DE ORGANOS NO SECUELAS
4	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	TRAUMA CRANEO- CEFALICO 15/15 SIN ALTERACION NEUROLOGICA

REGISTRADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



N°	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	CLASE FUNCIONAL / VALOR PORCENTUAL									Resultado	% Total Deficiencia (F. Baltasar, sin ponderar)
		Numeral / Tabla	CFP* o CFU***	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	CAT (si aplica)	Dominancia (si aplica)	Clase final y literal		
1	Criterios para la calificación de la deficiencia por alteraciones de la conciencia, por pérdidas de conciencia episódicas, por trastornos del sueño y vigilia, debida a alteraciones mentales.	Tabla 12.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0
2	Deficiencias por disminución de los rangos de movilidad del pulgar	Tabla 14.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0
3	Calificación de deficiencias de la columna torácica	Tabla 15.2	Clase 3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3A	21.0

*CFP: Clase Factor **CFM: Clase Factor ***CFU: Clase Factor Combinación de

Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+(CFM2-CFP)+ $A \frac{(100 - A) *}{100}$

Fórmula de Baltasar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar A: Deficiencia de mayor B: Deficiencia de menor

CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- % Total deficiencia(sin) = 10.5

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

CALIFICACION DEL ROL LABORAL - Capítulo II							
TABLA 1: Clasificación de las restricciones del rol laboral VALOR MAXIMO (25%)	1. Activo sin limitaciones para la actividad laboral (0%)	2. Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral. (5%)	3. Rol laboral o puesto de trabajo adaptado. (10%)	4. Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo. (15%)	5. Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas. (20%)	6. Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral-restricciones completas (25%)	Valor Asignado %
	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0
TABLA 2: Clasificación de las restricciones en función de la autosuficiencia económica VALOR MAXIMO (2.5%)	1. Autosuficiente (0%)	2. Autosuficiencia reajustada (1.0%)	3. Precariamente autosuficiente. (1.5%)	4. Económicamente débiles. (2.0%)	5. Económicamente dependientes. (2.5%)		Valor Asignado %
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0
TABLA 3: Clasificación de las restricciones en función de la edad cronológica por edad cumplida al momento de calificar VALOR MAXIMO (2.5%)	1. Menor de 18 años (2.5%)	2. Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años (0.5%)	3. Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años (1.0%)	4. Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años (1.5%)	5. Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años (2.0%)	6. Mayor o igual a 60 años (2.5%)	Valor Asignado %
	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
SUMATORIA ROL LABORAL, AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA Y EDAD (30%)							5.5

CALIFICACION DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD) - Capítulo II

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y

CLAS	VALOR	CRITERIO CUALITATIVO
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia
B	0.1	Dificultad leve no dependencia
C	0.2	Dificultad moderada-dependencia

CLAS	VALOR	CRITERIO CUALITATIVO
D	0,3	Dificultad severa- dependencia severa
E	0,4	Dificultad completa- dependencia

COD	AREA OCUPACIONAL	Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores										Valor Asignado %	
		1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10		
d1	Tabla 6 Aprendizaje y aplicación del conocimiento Valor máximo (4.0%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores											
d3	Tabla 7 Comunicación Valor máximo (4.0%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores											
d4	Tabla 8 Movilidad Valor máximo (4.0%)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	
		Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores											
d5	Tabla 9 Auto cuidado-cuidado personal Valor máximo (4.0%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores											
d6	Tabla 10 Vida domestica	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	
		Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores											
SUMATORIA TOTAL OTRAS AREAS OCUPACIONALES (20%)												0,60	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

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

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL % = 16.6

FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA PCL/OCUPACIONAL:	Día	Mes	Año	SUSTENTACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA
	26	02	2021	FECHA DE ESTRUCTURACION VALORACION ALTA POR FISIATRIA

Calificación de origen: ACCIDENTE DE TRABAJO

FECHA DE ACCIDENTE: (Si aplica)	Día	Mes	Año
	23	10	2020

FECHA DE DIAGNOSTICO CLINICO ENFERMEDAD: (Si)	Día	Mes	Año
	23	10	2020

FECHA DE CALIFICACION COMO ENFERMEDAD LABORAL PRIMERA OPORTUNIDAD: (si aplica)	Día	Mes	Año
	28	09	2021

CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD (SI o NO)

REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Areas)	NO
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARALA TOMA DE DECISIONES	NO
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Areas)	NO
TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:	NO
PROGRESIVA:	NO

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISIPLINARIO

	NOMBRE	Registro médico	Licencia SO.	Firma
Médico Especialista S.O.	BUENDIA CRUZ ADRIANA PAOLA	R.M. 52323022	L.S.O. Res 5402 del 10/05/2016	
Médico Especialista S.O.	CARVAJAL SEPULVEDA CARLOS MARIO	R.M. 5144/92	Lic. SST Res. 2017060110705/17	
Médico Especialista S.O.	RAMIREZ ALVAREZ FERNANDO	R.M. 9705/85	LSO R.2016060009213 03/05/2016	
Otro profesional de la salud (si aplica)	No Aplica	No Aplica	No Aplica	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA