

Pasto, mayo de 2015.

Señor

JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO (REPARTO)

La Ciudad

| | |
|--------------------|---|
| REFERENCIA: | DEMANDA ORDINARIA LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA |
| DEMANDANTE: | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR |
| DEMANDADO: | IMPULSO Y MERCADEO S.A |

AMANDA LUCIA LUCERO ERASO abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, y en calidad de apoderada de **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR**, de conformidad con el poder a mi conferido, por medio del presente escrito interpongo **DEMANDA ORDINARIA LABORAL** contra la sociedad **IMPULSO & MERCADEO S.A.** con Nit. 800028659-7, Representada legalmente por el señor **GERARDO CABRERA FALLA** o quien haga sus veces, con fundamento en los siguientes:

| |
|---------------|
| HECHOS |
|---------------|

1. Mi poderdante se vinculó a la empresa **IMPULSO & MERCADEO S.A.** mediante contrato de trabajo por obra o labor determinada.
2. El vínculo laboral inició el día quince (15) de Octubre de dos mil diez (2010) culminando el día once (11) **de julio de dos mil trece (2013)**.
3. El señor **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** desde su vinculación se desempeñó como auxiliar de surtido en la actividad de **PGC (Productos de Gran Consumo)** en **Grandes Superficies de Colombia S.A Carrefour** hoy en día **CENCOSUD**, de acuerdo a la orden impartida por **IMPULSO & MERCADEO S.A.**, empresa de Outsourcing.
4. **La prestación del servicio del demandante se realizó** de manera continua e ininterrumpida.
5. Las labores desempeñadas por mi poderdante se realizaron principalmente bodegas de **Carrefour**, hoy **Cencosud** (metro), ubicada en el centro comercial **Unicentro** de la ciudad de **Pasto**.
6. Mi poderdante, en la ejecución de sus labores, siempre atendió las instrucciones y cumplió las órdenes de sus superiores jerárquicos-empleados de **CARREFOUR** hoy **CENCOSUD**.

7. Las funciones desarrolladas por el trabajador consistían en CARGA, DISTRIBUCION, UBICACIÓN DE MERCANCIAS Y EQUIPAMIENTO DE ATRILES del mencionado SUPERMERCADO.
8. CARREFOUR hoy CENCOSUD le exigió a mi mandante el cumplimiento de los reglamentos, guías, protocolos y demás políticas propias de la empresa.
9. Mi mandante en cumplimiento de sus funciones debió asistir a reuniones, capacitaciones y someterse a evaluaciones de desempeño.
10. Cuando mi mandante se veía precisado a ausentarse temporalmente de su lugar de trabajo, debía requerir permisos a sus jefes inmediatos.
11. Los utensilios y herramientas de trabajo de mi mandante fueron proporcionados por **CARREFOUR hoy CENCOSUD**, consistente en: guantes, gafas, tapabocas, gorros, entre otros.
12. Mi mandante portaba dotación consistente en un overol que llevaba los logos y demás elementos alusivos a **CARREFOUR hoy CENCOSUD**, que lo representaba como un trabajador de dicha entidad, sin embargo, calzado no se le hizo entrega en ningún momento de la relación laboral.
13. Mi mandante durante la relación laboral con **CARREFOUR hoy CENCOSUD**, cumplió el siguiente horario de trabajo así:

| DÍAS DE LA SEMANA | HORARIO DE TRABAJO | |
|-------------------|---|---|
| LUNES A DOMINGO | Turnos en el día de 12 horas y en la NOCHE de 6 horas | De 12m a 12pm. De 6:00 a.m. a 12:00 m. |

14. Los turnos de 6am a 12m se trataban de turnos adicionales que mi poderdante realizó de manera cotidiana, durante toda su vinculación.
15. Dichos turnos adicionales relatados en el hecho anterior, jamás fueron remunerados debidamente teniendo en cuenta los porcentajes y recargos que por horas extras ordena la ley laboral.
16. El día 11 de Julio de 2013 la empresa IMPULSO Y MERCADEO S.A le notificó a mi poderdante, la terminación del contrato de trabajo a partir de la finalización de la jornada de ese mismo calendado.
17. La sociedad demandada, fundamentó la finalización del vínculo laboral, en razón a que la obra o labor contratada con el trabajador para la empresa CARREFOUR, hoy CENCOSUD, había concluido.
18. Al momento del despido, mi poderdante se encontraba en periodo de incapacidad de acuerdo a orden del Medico tratantes adscrito a Saludcoop E.P.S. donde se encontraba afiliado el trabajador. ✓

19. Por lo anterior, el señor ANDRES FELIPE OBANDO, interpuso Acción de Tutela en contra de ARL COLPATRIA para que se le ampare el Derecho constitucional a una vida digna.
20. La Tutela le correspondió conocer al Juzgado Cuarto Penal Municipal de Pasto (N) bajo el radicado No. 2013-0049.
21. El Juez de Tutela vinculó a la Acción Judicial a la sociedad IMPULSO Y MERCADEO S.A.
22. La Sociedad demandada, informó en la Acción de Tutela a través de su Representante Legal que Grandes Superficies de Colombia S.A decidió terminar el contrato comercial con IMPULSO Y MERCADEO S.A, para ella misma realizar un proceso de selección con su personal y vincular directamente a los trabajadores seleccionados.
23. Durante ese de proceso, el señor ANDRES FELIPE OBANDO, no fue seleccionado por la empresa GRANDES SUPERFICIES DE COLOMBIA S.A.
24. La empresa demandada no reubicó en otro cargo en empresa diferente a mi mandante y por el contrario dio por terminado el contrato de trabajo celebrado con el demandante como ya se indicó en hechos anteriores.
25. En consecuencia de lo anterior, IMPULSO & MERCADEO S.A., empresa de Outsourcing, adeuda a mi mandante la indemnización por despido sin justa causa.
26. En Octubre de 2013, IMPULSO & MERCADEO S.A. consignó a favor de mi mandante la suma de \$ 1.300.000.00 aproximadamente, correspondiente a un mes de salario y la suma restante se presume que fue por prestaciones sociales, sin especificar el salario base de liquidación adoptado para cada concepto ni discriminar valores por cada emolumento laboral.
27. IMPULSO & MERCADEO S.A. consignó lo correspondiente a Auxilio de Cesantía de mi mandante al Fondo de Cesantías PROTECCIÓN al que se encontraba afiliado el trabajador.
28. Al trabajador nunca se le suministró la dotación completa, consistente en vestido y calzado, para el desarrollo de las funciones durante todo el tiempo laborado.
29. Al demandante no se le hizo entrega completa de los Elementos de Protección Personal durante la vigencia del vínculo laboral.
30. Mi mandante ha sufrido perjuicios materiales por cuanto dejó de percibir su mínimo vital, con el que cubría su propia manutención y la de su familia, sin lograr conseguir nuevo trabajo.
31. Mi poderdante ha sufrido perjuicios de índole moral, por cuanto el perder su trabajo ha acarreado problemas psicológicos y de su vida en relación, porque su limitación física le impide relacionarse con el medio de manera normal.
32. Mi poderdante el 19 de octubre de 2010 sufrió un accidente de trabajo, el cual fue reportado debidamente a COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE

SEGUROS encargada de velar por la salud ocupacional y riesgos laborales de los vinculados a **CARREFOUR** hoy **CENCOSUD**.

33. **De dicho accidente se generó el diagnóstico que el trabajador sufría** lumbago postraumático, síndrome depresivo inicial, cervicalgias postraumática, protuccion y abombamiento de columna cervical, dorsal y lumbar y vejiga neurogena.
34. **Por lo anterior, se le otorgaron al trabajador** 280 días de incapacidad.
35. Una vez cumplido este término, el 24 de agosto de 2011, fue remitido hasta la ciudad de Cali a medicina Laboral, donde se le determinó una pérdida de la capacidad laboral del 7,95%.
36. A los cuatro meses de dictaminada dicha pérdida de capacidad laboral, mi poderdante recibió la suma de UN MILLON SEICIENTOS MIL PESOS (\$1.600.000), por concepto de indemnización teniendo en cuenta dicho porcentaje.
37. El 25 de agosto de 2011, el Doctor SIMON WILFREDO REY MUÑOZ, Profesional de la Salud adscrito al Instituto de Medicina del Trabajo, consideró posible su retorno al sitio de trabajo teniendo en cuenta múltiples recomendaciones a saber como son:
 - Alternar postura sedente con la de pie de mínimo cada 30 minutos.
 - Caminar máximo 30 minutos cada 4 horas.
 - Desplazamiento puntual por terrenos irregulares tomando las medidas necesarias para evitar lesiones sobre la parte del cuerpo afectado.
 - Manipulación de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5kg.
 - Levantamiento de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5kg.
 - Transporte de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta de 10kg.
 - Realización de labores en un puesto de trabajo en donde no sea necesaria la flexión – extensión frecuente de columna dorso lumbar durante el turno, manipulación de pesos livianos, trabajos en lo que no se tenga que hacer desplazamientos de manera frecuente en el turno y poder alternar a libre disposición la postura sentado – de pies.
 - Recibir inducción o re inducción en el puesto de trabajo de acuerdo a los planes establecidos por la empresa con énfasis en salud ocupacional.
 - Cumplir con las normas de salud ocupacional que han establecido por la empresa de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
 - Utilizar todos los elementos de protección personal requeridos para el cargo de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
 - Extender el cumplimiento de estas recomendaciones a las actividades realizadas fuera del trabajo.
38. A los 10 meses de dadas las indicaciones del médico tratante, mi poderdante fue enviado a surtir el cuarto frío de CENCOSUD, cargo que no cumplía con las recomendaciones del Dr. SIMON REY.

39. Luego de desempeñar dicho cargo, a mi mandante se le empezaron a torcer sus brazos, manos y extremidades, por lo que fue remitido a sala de Urgencias de SALUDCOOP EPS.
40. Lo anteriormente sufrido por el señor ANDRES FELIPE OBANDO no fue reportado como accidente laboral a la ARL COLPATRIA por parte de su Empleador.
41. Pese a ello, desde ese momento se le expedieron diferentes incapacidades médicas las cuales venían siendo canceladas por parte de la ARL COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS.
42. En el mes de marzo de 2013, el trabajador requirió autorización de Cirugía de Columna y consulta en la Ciudad de Bogotá, sin embargo, no conto con los recursos suficientes para pagar los subsidios de transporte, alimentación y hospedaje en dicha ciudad para el y un acompañante.
43. En consecuencia de lo anterior, el demandante se vio obligado a interponer una acción de tutela en contra de la Aseguradora de Riesgos Laborales para poder acceder a dicho beneficio.
44. Hasta el mes de mayo de 2013, nunca se presentaron problemas relacionados con el pago de incapacidades, ya que los médicos, teniendo en cuenta su estado de salud, prescribían sin mayor dificultad las incapacidades médicas, con recomendaciones de REUBICACION DE la ACTIVIDAD FISICA CON EL FIN DE AYUDAR A su REHABILITACION.
45. Lastimosamente las incapacidades prescritas para el mes de mayo y junio no fueron canceladas por parte de la compañía de seguros al argumentar que estas no fueron aceptadas por la ARL debido a que el demandante ya había sido indemnizado por la pérdida de capacidad laboral.
46. Sin embargo, la ARL no tuvo en cuenta el nuevo accidente y la condición de salud que cada día le generaba detrimento a mi mandante.
47. Mediante oficio del 14 de junio de 2013 la Directora de Recursos Humanos de la ARL COLPATRIA, sugiere a mi poderdante realizar los trámites de pensión correspondientes, ante el Fondo de Pensiones al que este afiliado y le devuelve las incapacidades desde el mes de septiembre de 2012.
48. Finalmente el 11 de julio de 2013, sin más explicaciones, como ya se había mencionado anteriormente, se le informa a mi mandante que su contrato termina al finalizar la jornada de esa misma fecha, en razón a la transacción comercial entre CARREFOUR Y CENCOSUD, sin tener en cuenta sus padecimientos tanto físicos como económicos.
49. A la fecha mi poderdante no puede trabajar ni desempeñar ninguna actividad física.

| |
|---------------------------------|
| PRETENSIONES PRINCIPALES |
|---------------------------------|

PRIMERA: Sírvase **DECLARAR** la existencia del contrato de trabajo por obra o labor determinada entre mi poderdante **ANDRES FELIPE OBANDO e IMPULSO & MERCADEO S.A.** .

SEGUNDA: Sírvase **DECLARAR** que dicho Contrato tuvo vigencia desde el 15 DE OCTUBRE DE 2010 HASTA EL 11 DE JUNIO DE 2013.

TERCERA: Sírvase **DECLARAR** que el señor **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** se desempeñó como auxiliar de surtido en la actividad de PGC (Productos de Gran Consumo) en Grandes Superficies de Colombia S.A Carrefour hoy en día CENCOSUD, de acuerdo a la orden impartida por **IMPULSO & MERCADEO S.A.**, empresa de Outsourcing.

CUARTA: Sírvse **DECLARAR** que **la prestación del servicio del demandante se realizó** de manera continua e ininterrumpida.

QUINTA: Sírvase **DECLARAR** que la terminación de la relación laboral entre mi mandante y **IMPULSO & MERCADEO S.A.** se debió a la decisión unilateral de la parte Empleadora sin justa causa.

SEXTA: En consecuencia de lo anterior, Sírvase **CONDENAR** a **IMPULSO & MERCADEO S.A.** a **RECONOCER Y PAGAR** a favor de **ANDRES FELIPE OBANDO** por concepto de **CALZADO**, por la suma de **UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000)**, que resulta del cálculo de la sumatoria de tres pares de zapatos que por cada año laborado debió recibir mi poderdante.

SEPTIMA: Sírvase **CONDENAR** a **IMPULSO & MERCADEO S.A.** a **RECONOCER Y PAGAR** a favor de **ANDRE FELIPE OBANDO** por concepto de **INDEMNIZACIÓN POR DESPIDO SIN JUSTA CAUSA**, la suma de **UN MILLON CUATROSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUATROSCIENTOS OHCENTA Y DOS MIL PESOS \$ (\$1.498.482)**, teniendo en cuenta que el vínculo laboral se realizó mediante contrato de obra o labor determinada.

OCTAVA: Sírvase **CONDENAR** a **IMPULSO & MERCADEO S.A.** a **RECONOCER Y PAGAR** a favor de **ANDRE FELIPE OBANDO** por concepto de **INDEMNIZACIÓN INTEGRAL POR LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS**

OCASIONADOS, que se estiman por la suma de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000)

NOVENA: Sírvase **CONDENAR** a IMPULSO & MERCADEO S.A. a **RECONOCER Y PAGAR** a favor de **ANDRE FELIPE OBANDO** por concepto DE INDEMNIZACIÓN INTEGRAL POR LOS PERJUICIOS MORALES OCASIONADOS, que se estiman por la suma de SESENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS (\$64.435.000)

DECIMA: Sírvase **CONDENAR** a IMPULSO & MERCADEO S.A., a **RECONOCER Y PAGAR** a favor de **ANDRES FELIPE OBANDO** a mi mandante la INDEMNIZACIÓN TOTAL Y ORDINARIA POR PERJUICIOS CAUSADOS a raíz de la enfermedad laboral que padece el poderdante y de que trata el artículo 216 del C.S.T.

UNDECIMA: Sírvase aplicar a las sumas dinerarias a que se condene al demandado, la correspondiente indexación o corrección monetaria con base en el IPC.

| |
|---|
| FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO |
|---|

DECRETO REGLAMENTARIO DEL SECTOR DEL TRABAJO 1072 DE 2015

CALZADO: ARTICULO 2.2.1.4.1.

1.El artículo 23 de C.S. del T, subrogado por la ley 50 del 90 en el artículo 1 establece que para que haya un contrato de trabajo se requiere que exista una relación de carácter laboral, con sus tres elementos: prestación personal del servicio, subordinación y salario.

- a) En cuanto al primer elemento, el de la prestación personal del servicio, se tiene que mi mandante cumplía realizando las labores de Auxiliar de todas relativas a LA CARGA, DISTRIBUCION, UBICACIÓN DE MERCANCIAS Y EQUIPARAMIENTO DE ATRILES del mencionado SUPERMERCADO en CARREFOUR HOY CENCOSUD, realizando las actividades propias de dicho cargo al interior del supermercado.
- b) En cuanto al segundo de los elementos, el de la subordinación, es el que más acentuadamente se percibe, puesto que si bien CARREFOUR HOY CENCOSUD pretendió enmascarar lo inmascarable, tal situación no puede jamás calificar a mi mandante como trabajadora independiente, autónoma o en misión, luego de 5años y más de servicios. Lo anterior porque

acudiendo a los principios del Derecho Laboral, en específico el principio, también de orden constitucional (artículo 53 de la C.P.), de la primacía de la realidad sobre las formalidades y el mandato legal contenido en el artículo 23 literal 2 del C.S. del T. , de vieja data han enseñado que cuando en la ejecución de un servicio a favor de otra persona concurre principalmente el elemento SUBORDINACION todos los aspectos formales de ese mundo ficticio creado por quien quiere eludir las cargas que debe asumir un empleador, se desvanecen y permiten dar paso a la declaración y reconocimiento de una relación laboral. Aún más, el artículo 24 del C. S. del T. enseña que: *“Se presume que toda relación de trabajo personal está regida por un contrato de trabajo”*.

El elemento subordinación durante el tiempo que ANDRES FELIPE OBANDO prestó servicios surge desde el 15 DE OCTUBRE DE 2010 cuando fue vinculada mediante contrato de trabajo a término fijo, a través de las tercerizaciones viciosas y fraudulentas en que incurrió CARREFOUR HOY CENCOSUD. Así permaneció hasta su despido sin justa causa el 11 DE JULIO DE 2013.

Los elementos probatorios corroboran la exigencia del cumplimiento de un horario de trabajo, el poder disciplinante ejercido por la entidad en torno a la ejecución de las tareas, la asunción de funciones del personal de planta, el reconocimiento que como trabajadora recibió mi mandante, la utilización de herramientas de trabajo y utensilios DE CARREFOUR HOY CENCOSUD entre otros muchos aspectos que las pruebas permitirán establecer como signos de la dependencia laboral existente entre mi mandante y la parte demandada, lo cual reduce al papel de mera ficción las tercerizaciones que lo único que buscaron fue ocultar una relación laboral evidente.

Es así como ANDRES FELIPE OBANDO al recibir órdenes directas de su empleadora y sus representantes, se encontraba sometido al cumplimiento de un horario, realizaba las labores en las instalaciones de supermercado recibía el suministro de todos los elementos para la realización de sus labores, y permanentemente reconoció como superiores jerárquicos al personal de planta de la entidad que la subordinaba.

c) En cuanto al tercer elemento, mi mandante percibía salario, por la prestación personal del servicio, durante el tiempo de vinculación laboral. El que además, nunca respetó el derecho a la igualdad que le asiste a mi mandante con el personal que cumplía funciones homólogas y que no sólo devengaban prestaciones sociales, sino que además, gozaban de los beneficios convencionalmente estipulados, que irreflexiva y discriminatoriamente le fueron negados a mi poderdante.

2. El artículo 64 C.S.T, modificado por el artículo 28 inciso 2 de la ley 789 de 2002, regula lo concerniente a la indemnización para contratos a término indefinido, posibilitando además, el reconocimiento de perjuicios morales, si se llegaren a demostrar.
3. La condición detrabajadora que ostentó mi poderdante, genera como derechos a su favor:

3.1 Dotación de calzado

Derechos éstos, que deben reliquidarse conforme al salario que realmente debía estar devengando mi poderdante, en virtud del principio constitucional de igualdad.

4. Adicionalmente, la aberrante situación de tercerización en el supermercado , proscrita en todas sus formas, debe aperturar el resarcimiento pleno de los perjuicios causados a mi mandante con tal hecho, los cuales no sólo son, de índole material, sino por sobretodo morales. Pues la victimización y discriminación de mi mandante, llegó a tal punto, de generarle afectaciones a su dignidad como persona y principalmente, como invalido lesionando su bienestar individual y familiar.
5. La condena en costas habrá de realizarse de conformidad con lo previsto en los artículos 392 y 393 del C.de P.C. aplicable por remisión del C. P. del T. y de la S.S., de igual manera, las agencias en derecho.

| |
|----------------|
| PRUEBAS |
|----------------|

Para soportar las afirmaciones antes esgrimidas, y verificar las afirmaciones realizadas se solicita comedidamente se sirva tener como pruebas:

A. DOCUMENTALES:

1. RECOMENDACIONES DE 20 JUNIO DE 2010 OTORGADA POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
2. FALLO ACCION DE TUTELA DE 13 DE AGOSTO DE 2013 POR JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO.
3. JUSTIFICACION PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA DE 8 DE MARZO DE 2013
4. OFICIO DE 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013 POR ARL COLPATRIA

5. EXAMEN MEDICO DE 30 DE DICIEMBRE DE 2010 POR EL DR. CARLOS A. BENAVIDES DULCE
6. EVOLUCION HISTORIA CLINICA GENERAL CORPORACION IPS SALUDCOOP
7. HISTORIA CLINICA UNIDAD MEDICA UROLOGICA DE NARIÑO S.A. UROLAN DE 23 DE MARZO DE 2011
8. CONCEPTO DE EVOLUCION 1 DE DICIEMBRE 1 DE 2010 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
9. HISTORIA CLINICA UNIDAD MEDICA UROLOGICA DE NARIÑO S.A. UROLAN DE 11 DE MAYO DE 2012
10. HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS DE 15 DE ABRIL DE 2012
11. SOLICITUD PAGO DE INDEMNIZACION DE 12 DE JULIO DE 2012
12. CERTIFICADO DE LICENCIA O INCAPACIDAD DE 4 DE ABRIL DE 2013
13. INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO 0708338
14. CERTIFICADO DE LICENCIA O INCAPACIDAD DE 20 DE MARZO 2013
15. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648 DE SALUDCOOP
16. CERTIFICADO DE LICENCIA O INCAPACIDAD DE 20 DE JUNIO DE 2013
17. CERTIFICADO DE LICENCIA O INCAPACIDAD DE 20 DE MAYO DE 2013
18. CERTIFICADO DE LICENCIA O INCAPACIDAD DE 6 DE MAYO DE 2013
19. RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO DE APELACION DE SEPTIEMBRE DE 2013
20. VALORACION MEDICA CLINICA SPA DE 8 DE MARZO DE 2013
21. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 1 DE ABRIL DE 2011
22. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 2 DE MARZO DE 2011
23. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 15 DE FEBRERO DE 2011
24. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 31 DE DICIEMBRE DE 2010
25. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 14 DE DICIEMBRE DE 2010
26. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 1 DE DICIEMBRE DE 2010
27. SOLICITUD DE SERVICIOS No. 110470 DE 15 DE FEBRERO DE 2011
28. SOLICITUD DE SERVICIOS No. 319089 DE 1 DE DICIEMBRE DE 2010
29. LIQUIDACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS POR SALUDCOOP EPS DE 14 DE DICIEMBRE DE 2010

30. LIQUIDACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS POR SALUDCOOP EPS DE 1 DE DICIEMBRE DE 2010
31. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 17 DE NOVIEMBRE DE 2010
32. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 11 DE NOVIEMBRE DE 2010
33. CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE 10 DE NOVIEMBRE DE 2010
34. RECOMENDACIONES HCL DE 11 DE ABRIL DE 2011
35. SOLICITUD DE SERVICIOS No. 318240 DE 11 DE ENERO DE 2011
36. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 52174125 DE SALUDCOOP
37. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 56253531 DE SALUDCOOP
38. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 52115476 DE SALUDCOOP
39. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 51691356 DE SALUDCOOP
40. CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE 28 DE FEBRERO DE 2011
41. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 52961272 DE SALUDCOOP
42. INCAPACIDAD No. 0000003994 DE 25 DE OCTUBRE DE 2010 POR CLINICA NUESTRA SEÑORA DE FATIMA
43. VALORACION DE 30 DE OCTUBRE DE 2012 POR CLINICA SPA
44. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 81135906 DE SALUDCOOP
45. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCOOP DE 4 DE MARZO DE 2011 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
46. EXAMEN MEDICO DE 15 DE AGOSTO DE 2013 POR MEDINUCLEAR
47. JUSTIFICACION PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA DE 5 DE AGOSTO DE 2013
48. CONTROL MEDICINA DEL DOLOR 8 DE MARZO DE 2013 POR CLINICA SPA
49. HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA 28 DE AGOSTO DE 2012
50. AUTORIZACION ARP No. PAS-113 DE ARP COLPATRIA DE JULIO 15 DE 2011
51. CONSENTIMIENTO INTERVENCION QUIRURGICA
52. BOLETA DE SOLICITUD SALA DE CIRUGIA DE 22 DE MAYO DE 2013
53. PRIMERA VEZ HISTORIA CONSULTA EXTERNA 22 DE MAYO DE 2013
54. HOJA DE INGRESO HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO 23 DE AGOSTO DE 2013

55. FORMULACION EXTERNA s.s. TSH Y T4 LIBRE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO 23 DE AGOSTO DE 2013
56. FORMULACION EXTERNA CONTROL POR PSIQUIATRIA HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO 23 DE AGOSTO DE 2013
57. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648 DE SALUDCOOP
58. ECOGRAFIA RENAL DE MAYO 14 DE 2013
59. URODYNAMIC EVALUATION DE 26 DE JUNIO DE 2013 UROLAN
60. EXAMEN MEDICO DE 30 DE ENERO DE 2012 POR MEDINUCLEAR
61. EXAMEN MEDICO DE 17 DE ENERO DE 2011 POR MEDINUCLEAR
62. EXAMEN MEDICO DE 6 DE DICIEMBRE DE 2010 POR MEDINUCLEAR
63. CONTROL MEDICINA DEL DOLOR DE 24 DE AGOSTO DE 2012 CLINICA SPA
64. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCOOP DE 29 DE JULIO DE 2011 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
65. CONCEPTO DE 22 DE JULIO DE 2011 MEDICO CIRUJANO VICTOR HUGO BASTIDAS LOPEZ
66. EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL 22 DE JULIO DE 2011 VICTOR HUGO BASTIDAS LOPEZ
67. HISTORIA CLINICA DE NEUROLOGIA 11 DE JULIO 2011 DR. JHON PABLO MEZA BENAVIDES
68. CERTIFICADO DE LICENCIAS O DISCAPACIDAD No. 6901693 DE 1 DE AGOSTO DE 2011
69. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 62254217
70. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES 6855628
71. EXAMEN MEDICO DE 23 DE OCTUBRE DE 2010 POR MEDINUCLEAR
72. CONTRAREMISION ARP COLPATRIA 24 DE AGOSTO DE 2011
73. CONCEPTO MEDICO APTITUD LABORAL ARP COLPATRIA DE 25 DE AGOSTO DE 2011
74. EXAMEN NEUROFISIOLOGIA CLINICA DE 30 DE AGOSTO DE 2011
75. CONSULTA MEDICA ARP COLPATRIA 24 DE AGOSTO DE 2011
76. INCAPACIDAD No. 0000003958 DE 19 DE OCTUBRE DE 2010 POR CLINICA FATIMA
77. HISTORIA CLINICA 29 DE ABRIL DE 2011 UROLAN
78. EVOLUCION HISTORIA CONSULTA EXTERNA No. 154557172 DE 3 DE MARZO DE 2011
79. ECOGRAFIA RENAL Y VIAS URINARIAS DE 23 DE MARZO DE 2011

80. EVALUACION URODINAMICA DE 4 DE JUNIO DE 2011
81. SOLICITUD DE SERVICIOS DE 17237 DE 11 DE FEBRERO DE 2011
82. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 58195632 DE SALUDCOOP
83. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES No. 6470982 DE 25 DE ABRIL DE 2011
84. RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO DE APELACION CO-S1-12-061 DE 7 DE FEBRERO DE 2012 JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DE CAUCA
85. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 21 DE MARZO DE 2012
86. CERTIFICADO DELICENCIAS O INCAPACIDADES DE 29 DE FEBRERO DE 2012
87. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 71870915 DE SALUDCOOP
88. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCCOP DE FEBRERO 7 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
89. CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE SALUDCOOP DE 16 DE ABRIL DE 2012
90. EVOLUCION HISTORIA CLINICA GENERAL CORPORACION IPS SALUDCOOP DE DICIEMBRE 20 DE 2011
91. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCOOP DE ENERO 18 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
92. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 30 DE DICIEMBRE DE 2011
93. JUSTIFICACION MEDICA PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA DE 12 DE ABRIL DE 2012
94. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 63564508 DE SALUDCOOP
95. REPORTE MEDICO ARP COLPATRIA 19 DE OCTUBRE DE 2010
96. OFICIO DE 6 DE DICIEMBRE 2011 SALUDCOOP EPS
97. AUTORIZACION DE SERVICIOS 377796 DE ARP COLPATRIA
98. AUTORIZACION DE SERVICIOS 377708 DE ARP COLPATRIA
99. PROFORMA PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO AT CONSECUTIVO 1 DEL 19 DE OCTUBRE DE 2010
100. COPIA HOJA LIBRO DIARIO

101. OFICIO AT No. 1342 DE 18 DE JULIO DE 2011 JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
102. HC EVOLUCION DE URGENCIAS DE 19 DE OCTUBRE DE 2010 DE CLINICA FATIMA
103. EPICRISIS DE 25 DE OCTUBRE DE 2010 CLINICA FATIMA
104. NOTIFICACION DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NOVIEMBRE 11 DE 2011
105. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCOOP DE DICIEMBRE 29 DE 2011 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
106. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 16 DE DICIEMBRE DE 2011
107. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 65076870 DE SALUDCOOP
108. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 65076494 DE SALUDCOOP
109. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 62254893 DE SALUDCOOP
110. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 63831788 DESALUDCOOP
111. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCOOP DE 7 DE FEBRERO DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
112. RECURSO DE REPOSICION Y APELACION CONTRA DICTAMEN 79811211 DE 26 DE ENERO DE 2012
113. EXAMEN TOMOGRAFICO 31 DE MAYO DE 2011 OR MEDINUCLEAR
114. INCAPACIDAD NO. 0000003994 DE 25 DE OCTUBRE DE 2010
115. OFICIO DE 26 DE JUNIO DE 2013 POR OUTSORCING PARTNERS
116. PROFORMA PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO AT CONSECUTIVO 1 DEL 19 DE OCTUBRE DE 2010
117. OFICIO DE 2 DE MAYO DE 2013 POR COLPATRIA
118. OFICIO 5 DE FEBRERO DE 2013 POR COLPATRIA
119. OFICIO 8 DE MARZO DE 2013 POR COLPATRIA
120. OFICIO 9 DE ABRIL DE 2013 POR COLPATRIA
121. SENTENCIA DE AGOSTO DE 13 DE 2013 POR EL JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL No. 2013-00049
122. HISTORIA CLINICA DE 29 DE MARZO DE 2011 UROLAN
123. EVOLUCION HISTORIA CLINICA GENERAL DE 30 DE NOVIEMBRE DE 2010 SALUDCOOP
124. CERTIFICADO DE INCAPACIDAD 28 DE AGOSTO DE 2012

125. RECOMENDACIONES PARA DESARROLLO DE TRABAJO SEPTIEMBRE 1 DE 2011 POR IMPULSO & MERCADEO
126. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 18 DE ENERO DE 2013
127. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 22 DE OCTUBRE DE 2012
128. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 4 DE ENERO DE 2012
129. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 19 DE DICIEMBRE DE 2012
130. OFICIO DE 17 DE DICIEMBRE DE 2012 POR INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
131. OFICIO DE 19 DE OCTUBRE DE 2012 POR INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
132. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 6 DE NOVIEMBRE DE 2012 POR SALUDCOOP
133. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 4 DE DICIEMBRE DE 2012 POR SALUDCOOP
134. OFICIO DE NOVIEMBRE 17 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
135. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 19 DE NOVIEMBRE DE 2011 SALUDCOOP
136. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 5 DE OCTUBRE DE 2012 SALUDCOOP
137. OFICIO DE SEPTIEMBRE 25 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
138. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 5 DE SEPTIEMBRE DE 2012 POR SALUDCOOP
139. OFICIO DE AGOSTO 25 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
140. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 20 DE SEPTIEMBRE DE 2012 POR SALUDCOOP
141. OFICIO DE ENERO 18 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
142. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 22 DE JUNIO DE 2012 POR SALUDCOOP

143. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 23 D EMAYO DE 2012 POR SALUDCOOP
144. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 11 DE MAYO DE 2012 POR SALUDCOOP
145. AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 71870234 POR SALUDCOOP
146. ECOGRAFIA DE ENERO 24 DE 2012 POR IMÁGENES DIAGNOSTICAS
147. CONCEPTO DE DETERMINACION DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUDCOOP DE 21 DE JUNIO DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
148. OFICIO DE JULIO 23 DE 2012 POR EL INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO & H.S.E.Q PREVENIR RIESGOS
149. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 23 DE JULIO DE 2012 POR SALUDCOOP
150. CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES DE 9 DE JULIO DE 2012 POR SALUDCOOP
151. RESONANCIA DE COLUMNA CERVICAL DE 26 DE ABRIL DE 2014 POR MEDINUCLEAR.

OBJETO DE LA PRUEBA:

Los anteriores documentos se anexan con el fin de acreditar los siguientes hechos facticos:

- a. Acreditar la existencia y representación legal de la entidad demandada.
- b. Acreditar la relación laboral de mi mandante con el Impulso y Mercadeo S.A.
- c. Acreditar las actividades realizadas por mi mandante, la subordinación a LA EMPRESA IMPULSO Y MERCADEO S.A y salarios devengados por mi mandante a través de Cooperativas de Trabajo.
- d. Pago por COTIZACION realizado por IMPULSO Y MERCADEO S.A a favor de mi mandante.
- e. Acreditar la forma de terminación de la relación laboral por parte del IMPULSO Y MERCADEO S.A .
- f. Acreditar la afiliación a seguridad social de mi mandante a través de Cooperativas de trabajo.
- g. Acreditar las enfermedades y accidentes de trabajo sufridos por mi mandante con ocasión de sus funciones bajo la subordinación de la empresa IMPULSO Y MERCADEO S. A
- h. Acreditar situaciones particulares de mi poderdante.

B. TESTIMONIALES

Sírvase Señor Juez citar para que comparezcan ante su Despacho, a las siguientes personas, con el objeto que declaren sobre los hechos de la presente demanda:

1. **LUIS CARLOS PARENO.**
2. **HAROLD DAVID VILLOTA.**
3. **SANDRA MILENA TIQUE.**
4. **OLGA GALDIS LUNA**

A quienes se los pueden notificar por medio del suscrito en la Calle 19 No 23-73 Edificio Banco Popular oficina 403 de la ciudad de Pasto. Teléfono 7293587. Celular 3014213424

Objeto de la prueba: Con las testimoniales se pretende demostrar los extremos temporales de la relación laboral, las funciones realizadas, los elementos constitutivos de la relación laboral como la subordinación, el horario, la clase de contrato, la remuneración percibida, la forma de pago, el despido indirecto y sus causas, , tiempo de prestación de servicios por mi mandante, cargo desempeñado, lugar de prestación de servicios, desempeño laboral, último salario devengado y la mala fe con que ha actuado la parte demandada.

OBJETO DE LA PRUEBA: Establecer la omisión patronal en que incurrió la demandada, así como la asunción directa de las cotizaciones por parte de mi mandante. ESTO COMO LO PRUEBA

POR SOLICITAR:

1. Sírvase solicitar al Juzgado Cuarto Penal Municipal de Pasto (N) COPIA DE FALLO DE TUTELA identificada bajo el radicado No. 2013-0049. Cuyo objeto es demostrar la veracidad y existencia de dicho fallo judicial.

| |
|----------------|
| CUANTIA |
|----------------|

La estimo en una suma de **SESENTA MILLONES DE PESOS (\$ 60.000.000)** tal como se ilustra en la siguiente liquidación:

| CONCEPTO | VALOR |
|-----------------|---|
| DESPIDO INJUSTO | UN MILLON CUATROSCIENTOS NOVENTA Y OCHO |

| | |
|---|---|
| | MIL CUATROSCIENTOS OHCENTA Y DOS MIL PESOS \$ (\$1.498.482), |
| DOTACION | UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$1.800.000), |
| INDEMNIZACION POR PERJUICIOS | SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000 |
| INDEMNIZACION POR PERJUICIOS MORALES | SESENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS (\$64.435.000 |

Lo anterior, sin perjuicio, a la indemnización moratoria y demás condenas a que hubiere lugar.

COMPETENCIA

Es Usted, Señor Juez competente para conocer de este asunto, dado que el último lugar de prestación de los servicios fue en la Ciudad de Pasto

ANEXOS

1. Poder para actuar.
2. Los relacionados en el acápite de pruebas.
3. Copia de la demanda para traslado al demandado.
4. Copia de la demanda para archivo del Juzgado.

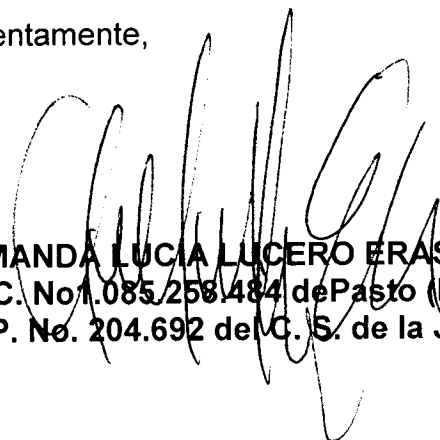
| |
|-----------------------|
| NOTIFICACIONES |
|-----------------------|

Las comunicaciones serán enviadas así:

A LA DEMANDANTE Y A LA SUSCRITA: En mi oficina ubicada en Pasto, en la Calle 19 No 23-73 EDIFICIO BANCO POPULAR OFICINA 403. Teléfonos: 3014213424

AL DEMANDADO:

Atentamente,



AMANDA LUCIA LUCERO ERASO
C.C. No 1.085.258.484 de Pasto (N)
T.P. No. 204.692 del C. S. de la J.

ANEXOS PORQUE ORDENADO : 318 501 4291

San Juan de Pasto, Diciembre de 2013.

SEÑORES

JUZGADO LABORAL DEL CIRCUITO DE PASTO.

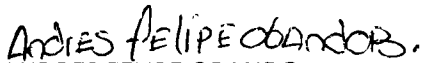
E.S.D

ANDRES FELIPE OBANDO, mayor de edad vecino de esta ciudad identificado con CC No 87.070.084 de Pasto, obrando en mi propio nombre y representación, manifiesto a usted que mediante el presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a Doctora AMANDA LUCIA LUCERO ERASO, mayor de esta ciudad, identificada con CC No 1.085.258.484 de Pasto, abogada en ejercicio portadora de la tarjeta Profesional No 204.692 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación inicie y lleve hasta su culminación proceso Ordinario Laboral en contra de la empresa IML IMPULSO Y MERCADEO S.A debidamente representado por el señor Gerente o quien haga sus veces, para obtener el pago de una indemnización equivalente a las sumas de dinero que, por concepto de indemnización Moratoria, Indemnización por despido injustificado y por concepto de Prestaciones Sociales y demás acreencias laborales, que fueron generadas por mi poderdante y no canceladas por parte del demandado .

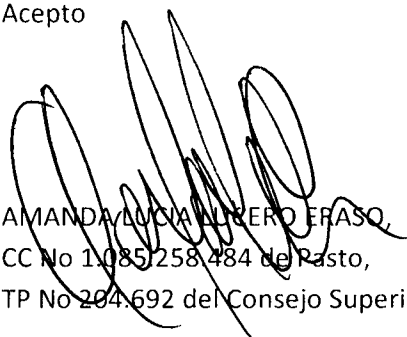
Mi abogada queda facultado para: Conciliar, recibir, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar a este poder, impugnar, objetar y en general, todas aquellas facultades que de acuerdo con la Ley beneficien nuestros intereses.

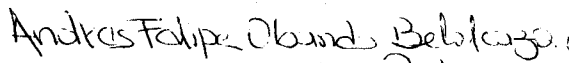
Pido al señor Juez reconocerle personería jurídica a mi abogada AMANDA LUCIA LUCERO ERASO .

Atentamente.


ANDRES FELIPE OBANDO,
CC No 87.070.084 de Pasto Acepto el poder.

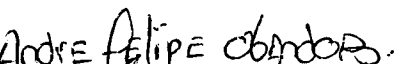
Acepto


AMANDA LUCIA LUCERO ERASO,
CC No 1.085.258.484 de Pasto,
TP No 204.692 del Consejo Superior de la Judicatura,


87070084 Pasto

Pastor

un
jun labora el Pasto


05-11-13



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.**
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, junio 20 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L.
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Dx: Lumbago postraumática.
Síndrome depresivo inicial.
Vejiga neurogena.

**1.- RECOMENDACIONES: SE SUGIERE REUBICACIÓN D
TRABAJADOR CON DISMINUCIÓN CARGA FÍSICA, CON EL FIN
AYUDAR A SU REHABILITACIÓN Y NO PERMITIR EL AUMENTO
SUS DISCAPACIDAD.**

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 15 días a partir del 18 de junio 2013.
- 2.- Continuar medicina del dolor, urología
- 3.- Reubicar al trabajador con recomendaciones.

Atentamente

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, mayo 16 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto, pendiente exámenes de urología, trae concepto psicología con sugerencia de valoración psiquiátrica.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias, parestesias bilaterales, sangrado urinario, hay sintomatología psicológica secundaria.

PENDIENTE CONSULTA CON CIRUGÍA DE COLUMNA EN BOGOTÁ,

Dx: Lumbago postraumática con radiculopatía derecha.
Dorsalgia postraumática.
Síndrome depresivo inicial.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 18 de mayo 2013.
- 2.- Continuar medicina del dolor.
- 3.- Remisión a psiquiatría.
- 3.- Traer concepto de cirugía de columna Bogotá.
- 5.- Dar orden para prorroga de incapacidad.

Atentamente **DOCTOR**
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
MEDICO LABORAL Y DEL TRABAJO
DERECHO DEL TRABAJO
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
FISIOLOGICO MEDICO DE NARIÑO
LICENCIADO EN PROFESIONALES DE MINISALUD
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA DEL PODER JUDICIAL
JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL
PALACIO DE JUSTICIA - SAN JUAN DE PASTO
OFICINA 305 - TERCER PISO - 7290519

San Juan de Pasto, veintiséis (26) de agosto de 2013

OFICIO: N° 1152

SEÑOR:

ANDRES FELIPE OBANDO

Manzana D Casa 16 Barrio Panorámico 1

Teléfono 7293381-3185014291

Ciudad

ASUNTO : ACCIÓN DE TUTELA N° 2013-0049
ACCIONANTE : ANDRES FELIPE OBANDO
ACCIONADO : COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS

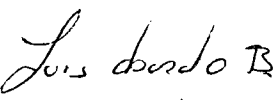
Por medio del presente y PARA EFECTOS DE SU NOTIFICACIÓN a continuación transcribo la parte pertinente del auto proferido en la tutela de la referencia.- **"JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL.-** San Juan de Pasto, veintitrés (23) de agosto de dos mil trece (2013).- Con fundamento en lo brevemente expuesto, el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Pasto, Nariño.- RESUELVE: **PRIMERO.- SIN LUGAR A ACLARAR** la sentencia proferida dentro del presente asunto en la forma solicitada por el accionante ANDRES FELIPE OBANDO, conforme los argumentos presentados en la parte motiva de esta decisión.-

SEGUNDO.- COMUNIQUESE esta determinación a los sujetos que intervinieron en la presente acción constitucional.- **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.-. Fdo. MARIA ELENA DAVILA ORTIZ. JUEZ"**

Atentamente,


ADRIANA CECILIA CABRERA GÓMEZ

Sustanciadora


87063011.
30-08-2013

20 62

JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO

San Juan de Pasto, trece (13) de Agosto de dos mil trece (2013).

ASUNTO: SENTENCIA

ACCION DE TUTELA: No. 2013 - 000049

ACCIONANTE: ANDRES FELIPE OBANDO

ACCIONADO: COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS

VINCULADOS: SALUDCOOP EPS

COLPENSIONES

IMPULSO Y MERCADEO

ANTECEDENTES:

El señor ANDRES FELIPE OBANDO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 87.070.084 expedida en Pasto (N), residente en esta ciudad, instaura ACCION DE TUTELA, en contra de la entidad COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS, por considerar vulnerados los derechos fundamental A LA VIDA EN CONDICIONES DIGNAS y AL MINIMO VITAL y con fundamento en los siguientes:

HECHOS:

Manifiesta el accionante que hace tres años se desempeñaba como operativo de la firma IMPULSO Y MERCADEO, la cual prestaba sus servicios a CARREFOUR. El 19 de octubre de 2010 tuvo un accidente de trabajo, el cual fue reportado debidamente la entidad accionada, sufrió lumbago postraumático, síndrome depresivo inicial, cervicalgias postraumática, protuccion y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar y vejiga neurogena. Debido a este accidente permaneció 280 días con incapacidades generadas por SALUDCOOP EPS.

El 24 de agosto de 2011 fue remitido a la ciudad de Cali a Medicina Laboral, donde se le determinó una pérdida de capacidad laboral de 7,95% y recibió una suma de \$1.600.000 por concepto de indemnización.

El 25 de agosto de 2011, el doctor SIMON WILFREDO REY MUÑOZ consideró posible su retorno al trabajo, con algunas recomendaciones.

Su estado de salud continuo en mal estado y a los 10 meses, sin tener en cuenta las indicaciones del médico tratante fue enviado al cuarto frío, de inmediato, se le empezaron a torcer sus brazos, manos y extremidades, fue remitido a la sala de urgencias de SALUDCOOP EPS pero no fue reportado como accidente laboral. Desde ese momento, le han expedido diferentes incapacidades médicas las cuales venían siendo canceladas por parte de la ARP accionada.

Ha interpuesto acción de tutela en contra de la accionada para acceder a la autorización de cirugía de columna.

Hasta el mes de mayo de 2013 no tuvo problemas relacionados con el pago de incapacidades que le habían prescrito los médicos con recomendaciones de reubicación de su actividad física con el fin de ayudar a su rehabilitación. Las incapacidades del mes de mayo y junio no fueron canceladas por parte de la accionada al argumentar que no fueron aceptadas por la ARL debido a que ya fue indemnizado por la pérdida de la incapacidad laboral, sin tener en cuenta el nuevo incidente y que su condición de salud cada día se deterioraba más.

El 14 de junio de 2013, la Directora de Recursos Humanos, le sugiere realizar los trámites correspondientes ante el Fondo de Pensiones y le devuelven las incapacidades desde el mes de septiembre de 2012. Finalmente el 13 de julio de 2013, le informan que termina su contrato al finalizar la jornada, en razón de transacción comercial entre CARREFOUR y CENCOSUD.

Esta situación le ha generado múltiples padecimientos, tanto físicos como económicos, a la fecha acumula más de 403 días de incapacidad por este hecho, sin embargo la accionada se ha desentendido de cualquier tipo de obligación con él, ha perdido su trabajo, dejándolo en un estado de vulnerabilidad, le han negado el servicio de seguridad social y requiere valoración del médico laboral para que se determine el grado de invalidez.

La entidad accionada está evadiendo su responsabilidad de asumir la realización de los exámenes que el tratamiento médico y farmacéutico requiere, además del pago de las incapacidades a que tendría derecho si los médicos las emitieran teniendo en cuenta su estado de salud.

PRETENSIONES

El señor ANDRES FELIPE OBANDO, al interponer la acción de amparo, suplica lo siguiente:

- TUTELAR su derecho a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida, a la par de estos derechos tutelar el derecho a una vida en condiciones dignas y justas, los cuales están siendo amenazados por vía directa ante la no prestación y pronta solución a SU SITUACION DE INDEFINICION (sic) LABORAL que conlleva a la no prestación de servicios médicos y salariales y el no propiciar una nueva junta de calificación de invalidez que puede determinar la afectación que realmente tiene.
- Conforme a la primera declaración, ordenar a COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a través de su representante legal, que se realice las gestiones administrativas y presupuestales necesarias ante la EPS, en aras de la cobertura total en salud y prestación asistencia médica quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y terapéutica que demanda su condición de paciente accionante (decreto 1295-049 artículo 5) hasta su recuperación total, particularmente para que garantice la prestación inmediata e integral de la atención médica especializada, junto a los insumos médicos, medicamentos y demás que requiere de forma inmediata, según determinación del médico especialista debido a la contingencia de salud descrita en la parte fáctica.
- Ordenar a la ARP COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., que en esta oportunidad y también en lo sucesivo hasta su recuperación total, reconozca y pague a favor del accionante las prestaciones económicas a que haya lugar con motivo de su accidente profesional, especialmente, el subsidio legal correspondiente a las incapacidades reconocidas y no pagadas y las que se llegaren a efectuar de conformidad con el decreto 1295 de 2004 y la ley 776 de 2002, so pena de vulnerarle al usuario el derecho al mínimo vital y móvil.
- Que se prevenga ala parte accionada para que en lo sucesivo se le dé una atención pronta y eficaz teniendo en cuenta el delicado estado de salud en el que se encuentra y su estado de indefensión.

- Que al ARP COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., preste de manera inmediata e integral la atención que requiere en el sentido de que ordene la realización de todo el tratamiento médico y farmacéutico además de que se cubran los gastos que se llegaren a presentar por concepto de transporte, alimentación y hospedaje, debido la contingencia de salud descrita en la parte fáctica de este escrito y además se le suministre los medicamentos y procedimientos que demande la atención de su enfermedad en las cantidades y condiciones prescritas por el especialista tratante y aún los que no puedan ser suministrados por la entidad accionada en la ciudad de Pasto y que en consecuencia deban ser prestados en otras ciudades del país.
- Que se prevenga a los representantes legales de las entidades pretendidas que el incumplimiento de la tutela acarreará en su contra las sanciones establecidas en el decreto 2951 de 1991.

ASPECTO PROBATORIO:

POR PARTE DEL ACCIONANTE

En el libelo incoativo y con posterioridad, se aportaron como pruebas por parte del accionante las siguientes:

Pruebas Documentales

- Fotocopia simple de incapacidades temporales ordenadas al accionante (4 folios).
- Fotocopia simple de orden para valoración por cirugía de columna, de consentimiento informado intervención quirúrgica o procedimiento especial, de boleta de solicitud sala de cirugía, de autorización de servicios No. 96577648 proveniente de SALUDCOOP EPS, de HISTORIA PRIMERA VEZ CONSULTA EXTERNA (7 folios).
- Fotocopia simple de diferentes comunicados enviados al accionante por la Directora de Recursos Humanos de la empresa IMPULSO Y MERCADEO, calendados 26 de junio de 2013, 14 de junio de 2013, 6 de junio de 2013. (6 folios).
- Fotocopia simple de escrito calendado 11 de julio de 2013 proveniente de IMPULSO MERCADEO S.A. y dirigido al accionante, mediante el cual la informan la terminación del contrato de trabajo.
- Fotocopia de escritos dirigidos a la entidad IMPULSO Y MERCADEO S.A. por parte de COLPATRIA, en relación con el caso del actor ANDRES FELIPE OBANDO (4 folios).
- Fotocopia simple de la HISTORIA DE URGENCIAS calendado 15 de abril de 2012 a nombre del accionante.
- Fotocopia simple de sentencia proferida por el Juzgado Primero Penal Municipal con Función de Garantías para Adolescentes dentro de la acción de tutela 520014071001-2013-0016 (11 folios).

POR PARTE DE LA ENTIDAD ACCIONADA COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS

- Fotocopia simple de sentencia proferida por el Juzgado Primero Penal Municipal con Función de Garantías para Adolescentes dentro de la acción de tutela 520014071001-2013-0016 (16 folios).

POR PARTE DE LA ENTIDAD VINCULADA IMPULSO Y MERCADEO

- Fotocopia de CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR EL TIEMPO QUE LA OBRA O LABOR DETERMINADA, celebrado entre el accionante y la empresa IMPULSO Y MERCADEO S.A. (2 folios)
- Pantallazos de correos electrónicos calendados 15 de marzo de 2013 y 14 de mayo de 2013, en los cuales se les informa sobre el desmonte de la operación de las tiendas CENCOSUD a nivel nacional (2 folios).
- Fotocopia simple del informe de cierre individual del caso Medicina Laboral ARL Colpatria.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD ACCIONADA ARL COLPATRIA

La entidad accionada compareció por medio de su representante legal HELBERTH ALBERTO DURAN VERGARA.

Manifiesta en su respuesta frente a los hechos y pretensiones que el accionante está afiliado a SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. – ARL COLPATRIA como trabajador de IMPULSO Y MERCADEO S.A. desde el 15 de octubre de 2010 hasta el 11 de julio de 2013. La afiliación lo ampara en los términos de ley, solo en las contingencias derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Tiene reporte de accidente laboral de fecha 19 de octubre de 2010, es atendido por medio de la ARL en urgencias, donde se evidencio el lumbago por el trauma agudo presentado; se le dio diagnóstico TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE ABDOMEN, región lumbosacra y pelvis no especificada, lo dejan hospitalizado para control del dolor y revisión por neurocirujano y ortopedista.

Con posterioridad pasa a calificación de secuelas por parte de ARL COLPATRIA el 8 de julio de 2011, se le califica LUMBAGO NO ESPECIFICADO con pérdida de capacidad laboral de 7,95%. El accionante no estuvo de acuerdo y solicita su remisión a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, quienes lo valoraron el 26 de diciembre de 2011 con diagnostico CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA y de la pelvis otorgando una pérdida de capacidad laboral de 7.95%, dicho fallo se encuentra en firme.

Los hallazgos encontrados en los discos 14,15 y 15 (sic), en los cuales se evidencia signos de deshidratación, en 14-15 y 15-s1 protrusión discal central, son patologías multinivel lo cual no fue considerado como secuelas del evento presentado a la ARL COLPATRIA y a la Junta Regional de Invalidez; son patologías que deben continuar manejadas por la EPS a la cual se encuentre afiliado.

Por lo anterior, debe considerarse que ARL COLPATRIA ha brindado todas las prestaciones asistenciales y económicas que el accionante ha requerido. Como prestaciones económicas se le ha reconocido y pagado 129 días de incapacidad; así mismo se le pagó por incapacidad permanente parcial la suma de \$1.969.282.

El caso de la incapacidad temporal está dispuesto en el artículo 3 de la Ley 776 de 2002, en el se señala que el subsidio se pagará desde el día siguiente al que

29 66

ocurrió el accidente hasta el momento de la declaración de su incapacidad permanente parcial. No considera procedente que se acuda a la acción de tutela buscando el reconocimiento y pago de unas prestaciones económicas de invalidez o incapacidad temporal cuando ya está en firme el dictamen proferido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.

Señala las prestaciones asistenciales que le han brindado al actor. En cuanto al tratamiento integral solicitado considera que debe ser prestado por la EPS a la cual se encuentra afiliado, cualquiera sea el origen de la enfermedad, no pueden ser prestados por la ARL COLPATRIA. El actor ya entabló una acción de tutela por los mismos hechos en el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías para Adolescentes.

No encuentran que se le haya vulnerado ningún derecho fundamental al accionante ya que se le ha suministrado las prestaciones asistenciales y económicas que ha requerido en virtud del evento reportado.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD VINCULADA IMPULSO Y MERCADEO S.A.

La entidad vinculada al trámite que nos ocupa, IMPULSO Y MERCADEO S.A., compareció mediante el señor GERARDO CABRERA FALLA, en calidad de representante legal.

Señala en su respuesta que el señor ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR fue vinculado a la empresa desde el 15 de octubre de 2010 y su actividad terminó el 11 de julio de 2013, el contrato fue por el tiempo que durara la obra o labor determinada, se encontraba contratado para prestar el servicio de surtido en la actividad PGC con Grandes Superficies de Colombia S.A. Carrefour, hoy en día Cencosud.

La accionada es una empresa de Outsourcing y la relación comercial con Grandes Superficies de Colombia S.A. termino el 1 de junio de 2013, por decisión unilateral de la empresa contratante, razón por la cual de manera inmediata se terminaron todos los contratos de trabajo suscritos por los trabajadores, sin que existiera ninguna posibilidad de reubicación en otro cargo, simplemente porque no tiene cargos para proveer.

En el momento en que Grandes Superficies de Colombia S.A. decide terminar el contrato comercial con IML, ella misma realiza un proceso de selección con su personal y vincula directamente a los trabajadores seleccionados a través de contratos de trabajo; en consecuencia, IML no puede enviar al señor ANDRES FELIPE OBANDO a las tiendas de Grandes Superficies de Colombia S.A., ya no le permiten el acceso a las instalaciones, por esta razón se da la terminación de la labor de todas las personas que estaban vinculadas para prestarle servicio a este cliente. Hasta el 1 de junio de 2013 se recibió pago por el contrato que terminó.

En el contrato de trabajo, el señor ANDRES FELIPE OBANDO aceptó como causal de terminación del contrato de trabajo determinado por la duración de la obra o labor, la finalización del contrato con el cliente donde prestaba sus servicios.

Con relación al presunto accidente de trabajo, relacionado en el punto 6 de los hechos descritos, manifiesta que no fue de su conocimiento, nunca su tuvo información de que se tratara de un accidente en sus labores y no entiende porque sólo hasta después de un año se enteran de esta supuesta situación. Las recomendaciones de la ARL COLPATRIA siempre hacían referencia al accidente ocurrido el 19 de octubre de 2010. Si hubo otro evento, fue atendido por la EPS

como enfermedad general y no como accidente de trabajo pues no tuvo ocurrencia. La ARL cerró el caso y se lo informó en el año 2012.

Finaliza solicitando la improcedencia de la acción de tutela y se desvincule a IML de esta actuación, dejando a consideración del despacho si le solicitan a Grandes Superficies de Colombia que vincule laboralmente, de forma directa, al accionante.

RESPUESTA DE LAS ENTIDADES SALUDCOOP EPS Y COLPENSIONES

Las entidades vinculadas SALUDCOOP (notificada mediante oficio No. 1060 de 2 de agosto de 2013, recibido en sus dependencias el día 6 del mismo mes y año) y COLPENSIONES (notificada mediante oficio No. 1062 de 2 de agosto de 2013, recibido en sus dependencias el día 6 del mismo mes y año) se abstuvieron de ejercitar su derecho de defensa. (Folios 97 y 98 del expediente).

DECLARACIÓN DEL SEÑOR ANDRES FELIPE OBANDO

De manera oficiosa, el despacho consideró pertinente escuchar la declaración del accionante ANDRES FELIPE OBANDO quien manifestó su preocupación porque va a quedar desprotegido en salud ya que habían terminado su contrato de trabajo, no le han pagado algunas incapacidades que le había generado SALUDCOOP por el tratamiento de su columna. El tuvo un accidente, se cayó desde una altura de 3 metros con unas cajas de aceite, eso ocurrió el 19 de octubre de 2010, estuvo tres meses hospitalizado y más de un año incapacitado.

Fue calificada su incapacidad laboral en un 7.95%, frente a esta decisión interpuso recurso y se los negaron, luego tenía que ir a Bogotá de un día para otro y como no pudo viajar, quedó con el mismo porcentaje de calificación, le pagaron la suma de \$1.600.000.

Después del accidente, regresó a su trabajo con recomendaciones, pero no fueron respetadas por sus jefes, el día 15 de abril de 2012 lo metieron en un cuarto frío y se empezó a torcer, no lo reportaron como accidente de trabajo.

Lo han remitido al médico laboral, le han hecho varias resonancias y le han dado varias incapacidades; cuando debía reintegrarse a su trabajo el día 2 de julio de 2013, se presentó en la empresa y no había jefe inmediato, llamó a Cali, habló con la secretaria de Impulso y Mercadeo y le informaron que no le iban a pagar las incapacidades porque la ARP no las estaba reconociendo y que se lo iban a quitar de su liquidación, estuvo esperando un semana y al final no lo reubicaron ni nada sino que le llegó por correo la carta de despido. Se encuentra sin dinero y no puede trabajar en lo único que sabe hacer que es ser bodeguero. No le han pagado las incapacidades de mayo y junio.

Ha ido a COLPENSIONES pero verbalmente le han dicho que no le podían ayudar porque estaba calificado como accidente de trabajo y no como enfermedad general. Ha solicitado verbalmente la calificación con el médico laboral de la ARL pero se han negado a enviarlo.

Su familia se compone de su madre (58 años), su padre (55 años) y una tía (46 años), la mayoría de los gastos los asumía él, su padre trabaja en el Almacén Moderno, gana el salario mínimo, ayuda con \$100.000 en la casa. Actualmente no tiene ningún ingreso. Por su enfermedad no puede caminar bien, todavía no ha recibido el dinero por sus prestaciones sociales, le gustaría que lo vuelvan a calificar por la Junta Regional de Calificación de Invalidez y que se la ARL quien



Outsourcing Partners®

Santiago de Cali, Julio 11 de 2013

Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
C.C. 87.070.084
Pasto

Estimado (a) Señor (a):

Con la presente me permito comunicarle que su contrato de trabajo termina al finalizar la jornada del día de hoy, de acuerdo a la ley 50/90, artículo 5, numeral 1, Literal d) en razón a que la obra o labor contratada con usted para la empresa beneficiaria ha concluido; en razón a la transacción comercial entre Carrefour y Cencosud, quien contratará directamente a sus trabajadores; en consonancia con lo establecido en el artículo 2° del contrato de trabajo suscrito.

El valor de sus acreencias laborales quedará a disposición, para lo cual agradecemos se acerque a nuestras oficinas para presentar el paz y salvo respectivo, firmar y reclamar el soporte de su liquidación y las certificaciones laborales correspondientes. Para que le practiquen el examen médico de egreso, usted debe solicitar una orden de remisión con la entidad médica con la cual IML tiene establecido convenio.

Agradecemos su colaboración durante el tiempo de permanencia en nuestra Empresa y le deseamos éxitos en sus labores futuras.

Cordialmente,



Impulso & Mercadeo S.A.
NIT. 800028659-7

asuma ese costo porque él no lo puede hacer, que la empresa se responsabilice de él y si es posible lo reubique porque lo que quiere es trabajar.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:

a.- Presupuestos Procesales y procedencia de la acción:

Están dados los presupuestos procesales para proferir fallo de fondo, a saber: la competencia del despacho, según el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991 y art. 1º del Dto. 1382 de 2.000, la demanda en forma por cumplir con requisitos de relación de los hechos, derecho que se considera vulnerado e identificación de la autoridad o personas contra la cual se impetra la tutela, y la capacidad sustantiva y procesal de las partes; además, de asistirles interés en la resolución constitucional del asunto planteado.

b.- Fundamentos jurídicos:

Según se encuentra consagrado en el artículo 86 de la Carta Política de 1.991, toda persona tiene la acción de tutela como aquella facultad para reclamar ante los Jueces, en todo tiempo y lugar, mediante un procedimiento preferentemente sumario, por sí o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que ellos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos específicos.

Tal precepto constitucional, encuentra su desarrollo legal en los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1.992 y 1382 de 2.000; por lo tanto, esta es la base jurídica tomada en cuenta por el despacho para analizar la procedencia o no del recurso de amparo constitucional impetrado por el señor ANDRES FELIPE OBANDO.

c.- Planteamiento del problema:

El actor interpone a nombre propio acción de tutela al considerar que se vulnera sus derechos fundamentales a la vida, vida en condiciones dignas y justas y al mínimo vital por parte de la ARL COLPATRIA al no definir su situación laboral, al negarse a seguir cancelando las incapacidades laborales que le habían prescrito y aquellas que le lleguen a prescribir por considerar que frente al accidente de trabajo que sufrió ya le fue calificada su incapacidad laboral y además ya fue debidamente indemnizado, dejándolo con su actuar también desprotegido frente a los servicios de salud que pudiese necesitar para la recuperación pues considera que su estado es delicado.

Le corresponde a esta judicatura decidir si en el caso en estudio procede la acción de tutela como mecanismo de amparo de los derechos constitucionales invocados.

d.- Reseña Jurisprudencial aplicable al caso.

I. Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte.

En sentencia T-208-10, la corte Constitucional señaló:

"Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte en el sistema de riesgos profesionales

7. El decreto 2463 de 2001, "Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez", enuncia el procedimiento que se debe seguir cuando existe controversia o discrepancia con la calificación del origen, la enfermedad o la muerte. El artículo 6 de este decreto prescribe:

"ARTÍCULO 6º. Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte. El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda. Cuando se presenten discrepancias por el origen, estas serán resueltas por la junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades promotoras de salud, deberán conformar una dependencia técnica o grupo interdisciplinario que adelante el procedimiento de determinación del origen y registrarla ante las Secretarías de Salud. Las administradoras de riesgos profesionales adelantarán el procedimiento por intermedio del grupo interdisciplinario previsto en el artículo 5º del presente decreto. Cada una de las citadas entidades, así como la junta integrada por las entidades promotoras de salud y administradoras de riesgos profesionales, contarán con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados.

Parágrafo 1º. Las controversias que surjan con ocasión de los conceptos o dictámenes emitidos sobre el origen o fecha de estructuración, serán resueltas por las juntas regionales de calificación de invalidez.

Parágrafo 2º. El costo de los honorarios que se debe sufragar a las juntas de calificación de invalidez, será asumido por la última entidad administradora de riesgos profesionales o fondo de pensiones al cual se encuentre o se encontraba afiliado el trabajador y podrá repetir el costo de los mismos contra la persona o entidad que resulte responsable del pago de la prestación correspondiente, de conformidad con el concepto emitido por las juntas de calificación de invalidez.

Parágrafo 3º. Cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud no emitan el concepto sobre determinación de origen y la persona sujeto de la calificación estima que se trata de un evento de origen profesional, podrá dirigir su solicitud directamente a la entidad administradora de riesgos profesionales o a la empresa promotora de salud. Si dichas entidades no inician el trámite correspondiente podrá acudir directamente a la junta regional de calificación de invalidez, según el procedimiento previsto por el presente decreto.

Parágrafo 4º. Cuando se haya determinado en primera instancia el origen de una contingencia, el pago de la incapacidad temporal deberá ser asumido por la entidad promotora de salud o administradora de riesgos profesionales respectiva, procediéndose a efectuar los reembolsos en la forma prevista por la normatividad vigente. El incumplimiento de la obligación de que trata el presente artículo dará lugar a imposición de sanciones, de conformidad con lo previsto en el artículo 91 del Decreto-ley 1295 de 1994." (Subrayado fuera del texto original)

Según este enunciado normativo, cuando se presente una controversia respecto al origen del accidente, la enfermedad o la muerte ésta será resuelta por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales, la cual contará con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados. En caso de que persista la controversia, la instancia que ha de resolverla será la Junta Regional de Calificación de Invalidez y el costo de los honorarios será asumido por la entidad que resulte responsable del pago de la prestación correspondiente, de conformidad con el concepto emitido por la junta de calificación de invalidez."

e. Del caso Concreto.

A partir de las pruebas arrojadas al plenario es posible establecer que el señor ANDRES FELIPE OBANDO, laboró como trabajador de la empresa IMPULSO Y MERCADEO, desarrollando su trabajo en el almacén CARREFOUR de la ciudad de Pasto. En el desarrollo de su actividad sufrió un accidente de trabajo al caer

desde una altura de tres metros con unas cajas de aceite, fue atendido y fue calificada su pérdida de incapacidad de laboral, siendo indemnizado por la misma. Posteriormente tuvo ocurrencia otro incidente que no fue atendido como accidente de trabajo, ha venido siendo tratado por lo acaecido y se le han generado varias incapacidades, las cuales venían siendo pagadas hasta el mes de mayo del hogaño, calenda en la cual se suspendió su desembolso, aduciendo por parte de la ARL COLPATRIA que correspondían a un accidente de trabajo ya calificado e indemnizado.

También es posible verificar que una vez le fue conceptuada su capacidad para regresar al trabajo pero con recomendaciones, fue despedido del mismo, tal como es posible apreciar con la comunicación de la entidad IMPULSO Y MERCADEO.

Conforme a lo descrito, el accionante advierte que se encuentra en un estado de indefensión, producto de sus condiciones de salud, pues considera que no ha sido posible hasta ahora su recuperación y, por la pérdida de su empleo, y de la negativa la ARL COLPATRIA a cancelar las incapacidades prescritas y las que le puedan prescribir, además de asegurar que no le brindarán el servicio de salud, de ahí que reclame de la ARL accionada que se realice las gestiones administrativas y presupuestales necesarias ante la EPS para garantizar la cobertura total en salud, lo cual incluya el tratamiento médico y farmacéutico además de que se cubran los gastos que se llegaren a presentar por concepto de transporte, alimentación y hospedaje; que se le ordene en esta oportunidad y también en lo sucesivo hasta su recuperación total, reconozca y pague a su favor las prestaciones económicas a que haya lugar con motivo de su accidente profesional.

A su vez, las entidades, accionada (ARL COLPATRIA) y una de las vinculadas (IMPULSO Y MERCADEO), al explicar su actuar, señalan que no existe vulneración alguna de los derechos del accionante pues han actuado conforme a los lineamientos legales, además que no se ha negado ninguno de los servicios asistenciales a los que tenía derecho.

La empresa empleadora señala que solo tuvo conocimiento de un solo accidente de trabajo, frente al cual se le suministró la ayuda correspondiente, sin que fuera enterada de la ocurrencia de un nuevo evento del mismo tipo.

Se avizora que el señor ANDRES FELIPE OBANDO, tuvo un accidente de trabajo cuyas secuelas fueron calificadas con una pérdida de capacidad laboral del 7.95%, la cual fue indemnizada con \$1.600.000; sin embargo, posteriormente, ocurrió otro evento que no fue informado como accidente de trabajo, ha sido tratado médicamente por este nuevo acontecimiento y le han ordenado varias incapacidades que han sido pagadas, excepto las de los meses de mayo y junio del presente año. Su situación se vio agravada por la pérdida de su empleo y su temor a quedarse no solo sin ingresos sino también sin los servicios de salud.

Es decir, que fueron dos situaciones las que pudieron desencadenar los padecimientos de salud del accionante. Uno inicial que ya fue calificado e indemnizado, ocurrido el 19 de octubre de 2010 y un segundo, ocurrido el 15 de abril de 2012, del cual ha recibido tratamiento médico por la EPS SALUDCOOP, le han ordenado incapacidades, que han sido pagadas parcialmente, pero no ha sido calificado el origen de esa contingencia, sin que pueda establecerse a quien le podría corresponder, si es del caso, las posibles prestaciones de orden asistencial o económico, bien sea a la Administradora de Riesgos Laborales, a la Empresa Promotora de Salud o al Fondo de Pensiones.

En este orden de ideas, frente a la incertidumbre que para el accionante, tiene la calificación del segundo de los incidentes ocurridos y los beneficios de orden económico y asistencial que tendría la determinación de su origen, más aún cuando se trata de una persona que sufre alguna limitación física, considera este ordenador judicial procedente amparar su derecho a una vida en condiciones dignas.

Como consecuencia de lo anterior y considerando que la entidad accionada conoce de este caso e inclusive pagó una serie de incapacidades generadas por el incidente presentado, antes de interrumpir su cancelación por considerar que se trataba de un caso ya cerrado y calificado, se le ordenará al señor Representante Legal de la ARL COLPATRIA S.A., que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si hasta la presente fecha aún no lo ha hecho, remita al señor ANDRES FELIPE OBANDO al médico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de la enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral, ocurrido el día 15 de abril de 2012.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, administrando justicia en nombre del Pueblo y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

- PRIMERO:** **TUTELAR** el derecho constitucional a una vida digna del señor ANDRES FELIPE OBANDO, de conformidad con lo argumentado en la parte motiva de esta providencia.
- SEGUNDO:** Como consecuencia de lo anterior, **SE ORDENA** al señor Representante Legal, o a quien haga sus veces, de la entidad ARL COLPATRIA S.A., que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si hasta la presente fecha aún no lo ha hecho, remita al señor ANDRES FELIPE OBANDO al médico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de la enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral, ocurrido el día 15 de abril de 2012.
- TERCERO:** **NOTIFIQUESE** esta sentencia a las partes de conformidad a lo previsto en el Decreto 2591 de 1991.
- CUARTO:** Contra esta providencia procede el recurso de apelación ante el Juzgado Penal del Circuito (R) dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación.
- QUINTO:** Si esta providencia no fuere impugnada en la forma reglada por la ley, dentro del término conducente, secretaría procederá a enviar el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

**CÓPIESE NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,
SON LAS 6:00 P.M.**


MARÍA ELENA DAVILA ORTÍZ
JUEZ

FACTURA DE VENTA
No. DEP 4134580

| | | | |
|---|----------|--|-------------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Andres Felipe Obando | | | |
| C.C./ NIT | | CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN Bogotá 27-2-72 | |
| DIRECCIÓN | | TELÉFONO | |
| CONCEPTO | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
| DEPRISA NACIONAL | 1 | \$ 7500 | \$ 7500 |
| DEPRISA INTERNACIONAL | | \$ | \$ |
| DEPRISA HOY / 12 M | | \$ | \$ |
| ACIONAL MAIL / PRODUCTOS AEREO | | \$ | \$ |
| DEPRISA INTERMEDIO NAL / URBANO | | \$ | \$ |
| DEPRISA 9 AM | | \$ | \$ |
| DEPRISA REGIONAL | | \$ | \$ |
| AEROPUERTO | | \$ | \$ |
| PO POR MANEJO | | \$ | \$ |

TOTAL \$ 7500

DEPRISA SAS

EN CONSTANCIA DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE TRANSPORTE Y ACEPTACIÓN DE LA FACTURA.
FIRMA:

Andres Felipe Obando

CLIENTE

Grandes Contribuyentes Res. 7029 de Nov./22/96, Autorretenedores en el Servicio de Transporte Aéreo Nacional Dr. 399/87 - Art. 2 y por Rendimientos Financieros Res. 1460 de Mar/19/97, Responsables de IVA Agentes de Retención de IVA. Actividad de ICA 6211.

— ORIGINAL: CLIENTE —

290837

RESOLUCIÓN No. 20000130646 FECHA 2011/07/21 AUTORIZA DESDE EL No. DEP- 4000001 HASTA EL No. DEP- 5000000

San Juan de Pasto, Septiembre de 2013.

Señores

JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO.

E.S.M

Referencia: Solicitud Acción de tutela No 2013-0049.

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAE, Mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con CC No 87070084 de Pasto, obrando en calidad de accionante dentro del proceso de la referencia, me dirijo a ustedes con debido respeto con el fin de manifestarle que en cumplimiento de la acción de tutela la ARP POSITIVA, se comunico con el suscrito el día 4 de septiembre de 2013 a las 7:00 pm para informarme que debía acercarme el día de hoy 5 de septiembre de 2013 a las once de la noche para viajar hasta la ciudad de Cali, a fin de que se me realice el examen con el médico laboral, en cumplimiento a lo ordenado por la sentencia del 14 de agosto de 2013.

Sin embargo la persona que se comunico conmigo en representación de la ARP POSITIVA, no se identifico y no me informo nada mas, ni quien iba a cubrir mis gastos de transporte urbano, alimentación, hospedaje en caso de requerirlo y no se me informo si teniendo en cuenta mi condición de limitación física podía llevar un acompañante.

Pese a que informe que la situación de Nariño aun sigue siendo complicada por el Para Agrario, por los bloqueos en la via panamericana que de Pasto conduce a la Ciudad de Cali, esta persona no me dio ninguna solución, y colgó, por lo anterior y siendo imposible mi desplazamiento hasta la ciudad de Cali, por lo expuesto anteriormente, le ruego se sirva ordenar a la entidad accionada se sirva realizar en otra fecha el examen programado repentinamente y se atienda mi petición de que sea con un acompañante, asi mismo le solicito se considere que no cuento con ningún recurso económico para solventar ningún tipo de gasto menos en otra ciudad.

Agradecido anticipadamente

Me suscribo a usted.

Atentamente.

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAE,
CC No 87070084 de Pasto

San Juan de Pasto, Septiembre de 2013.

Señores

JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO.

E.S.M

Referencia: Solicitud Acción de tutela No 2013-0049.

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAE, Mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con CC No 87070084 de Pasto, obrando en calidad de accionante dentro del proceso de la referencia, me dirijo a ustedes con debido respeto con el fin de manifestarle que en cumplimiento de la acción de tutela la ARP POSITIVA, se comunico con el suscrito el día 4 de septiembre de 2013 a las 7:00 pm para informarme que debía acercarme el día de hoy 5 de septiembre de 2013 a las once de la noche para viajar hasta la ciudad de Cali, a fin de que se me realice el examen con el médico laboral, en cumplimiento a lo ordenado por la sentencia del 14 de agosto de 2013.

Sin embargo la persona que se comunico conmigo en representación de la ARP POSITIVA, no se identifico y no me informo nada mas, ni quien iba a cubrir mis gastos de transporte urbano, alimentación, hospedaje en caso de requerirlo y no se me informo si teniendo en cuenta mi condición de limitación física podía llevar un acompañante.

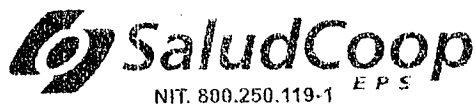
Pese a que informe que la situación de Nariño aun sigue siendo complicada por el Para Agrario, por los bloqueos en la via panamericana que de Pasto conduce a la Ciudad de Cali, esta persona no me dio ninguna solución, y colgó, por lo anterior y siendo imposible mi desplazamiento hasta la ciudad de Cali, por lo expuesto anteriormente, le ruego se sirva ordenar a la entidad accionada se sirva realizar en otra fecha el examen programado repentinamente y se atienda mi petición de que sea con un acompañante, asi mismo le solicito se considere que no cuento con ningún recurso económico para solventar ningún tipo de gasto menos en otra ciudad.

Agradecido anticipadamente

Me suscribo a usted.

Atentamente.

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAE,
CC No 87070084 de Pasto



JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA

☐ MEDICAMENTOS NO POS

☐ MEDICAMENTOS POS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA

Anexar a esta forma: resumen de la Historia Clínica y Original de la Formula Información para ser diligenciada únicamente por el medico tratante:

I. ENCABEZADO

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------|-----------------------------|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | NOMBRE DEL USUARIO | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |
| 08/03/2013 | Andres Felipe Obando | 27 | 87010084 |
| DIRECCION: | CUIDAD (MUNICIPIO) | TELEFONO | |
| M2 O Cs 16 Ponceamiro 1 | Pasto | 3155914191 | |
| NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE | REGISTRO MEDICO | ESPECIALIDAD | TELEFONO |
| Maria Constanza Bastidas C. | 016564/91 | M del dolor | 7317070 |

II. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (Incluya Código CIE-9): **Trastorno de dolor lumbar - Dolor neuropatico sacro que no responde a medicamentación del pos.**

III. ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

| | | |
|--|---|---|
| EXISTE UN MEDICAMENTO DENTRO DEL POS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGIA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | (SI LA RESPUESTA ES NO, PASE AL NUMERAL IV) |
| PRIMERA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS PARA LA PATOLOGIA EN MENCIÓN: | | |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO) | TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DIAS) | |
| | RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: | |
| NO MEJORIA <input type="checkbox"/> REACCIÓN SECUNDARIA <input type="checkbox"/> CUAL? | | |
| CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? <input type="checkbox"/> CUAL? | | |
| SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS PARA LA PATOLOGIA EN MENCIÓN: | | |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO) | TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DIAS) | |
| | RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: | |
| NO MEJORIA <input type="checkbox"/> REACCIÓN SECUNDARIA <input type="checkbox"/> CUAL? | | |
| CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? <input type="checkbox"/> CUAL? | | |

IV. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

| |
|---|
| AMBULATORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE GENÉRICO: Codonal Acetorfen |
| CONCENTRACIÓN (mg, g, mcg, etc): 30 / 500 |
| PRESENTACIÓN (TUBO, TAB, AMP., ETC.): tableta |
| DOSES / DIA: 3 |
| Nº DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO: 270 |

V. CRITERIOS QUE JUSTIFIQUEN LA PRESENTE SOLICITUD:

| | | |
|---|--|--|
| 1. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EXISTENTES SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 3. ESTA AUTORIZADA LA COMERCIALIZACIÓN Y EXPEDICIÓN DEL MEDICAMENTO SOLICITADO EN EL PAIS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|

SI EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE JUSTIFIQUELO:

SEÑALE PRECAUCIONES, CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS, Y TOXICIDAD ASOCIADA AL USO O ABUSO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO:

CITE QUE TIPO DE COMPROBACIONES PARA CLINICOS REQUIERE EL PACIENTE PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y QUE PERIODICIDAD DEBEN TENER:

CLINICAL SM
Maria Constanza Bastidas C.
Anestesiologa

NOTA: PARA EL TRAMITE DE ESTA SOLICITUD ES OBLIGATORIO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y ANEXAR LOS DOCUMENTOS INDICADOS. LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ESTA SUJETA A LA APROBACIÓN DEL COMITE TECNICO. CERTIFICADO DE ACUERDO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 5061 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1997.

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE RM. 016704/91



NIT. 800.250.119-1

JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA

☐ MEDICAMENTOS NO POS

☐ MEDICAMENTOS POS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA

Anexar a esta forma: resumen de la Historia Clínica y Original de la Fórmula
Información para ser diligenciada únicamente por el medico tratante:

I. ENCABEZADO

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | NOMBRE DEL USUARIO | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |
| 08/03/2013 | Andres Felipe Obando | 2A | CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> N° 81010084 |
| DIRECCIÓN: | Ciudad / Municipio | TELÉFONO | |
| M2 D Cs 16 Ponedemiro 1 | Pasto | 8180014291 | |
| NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE | REGISTRO MEDICO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO |
| Maria Constanza Bastidas C. | 016564/91 | M del dolor | 7317070 |

II. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (Incluya Código CIE. S) **Transtorno de dolor lumbar - Dolor neuropático severo que no responde a medicamentación del pos.**

III. ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

| | | |
|---|---|---|
| EXISTE UN MEDICAMENTO DENTRO DEL POS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿SI LA RESPUESTA ES NO, PASE AL NUMERAL IV: |
| PRIMERA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN: | | |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): | TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS) | |
| | RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA: | |
| NO MEJORA <input type="checkbox"/> REACCIÓN SECUNDARIA <input type="checkbox"/> CUAL? | | |
| CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? <input type="checkbox"/> CUAL? | OTRA | |
| SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN: | | |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): | TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS) | |
| | RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA: | |
| NO MEJORA <input type="checkbox"/> REACCIÓN SECUNDARIA <input type="checkbox"/> CUAL? | | |
| CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? <input type="checkbox"/> CUAL? | OTRA | |

IV. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

☐ AMBULATORIO

☐ HOSPITALARIO

☐ URGENTE

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| NOMBRE GENÉRICO: Propofolm g | CONCENTRACIÓN (mg/ml, % mg, etc.): | 150 mg |
| PRESENTACIÓN (TUBO, TAB, AMP, ETC.): tableta | DOSIS / DIA: 2 | Nº DE DÍAS DE TRATAMIENTO ORDENADO: 180 |

V. CRITERIOS QUE JUSTIFIQUEN LA PRESENTE SOLICITUD:

| | | |
|--|---|--|
| 1. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS EXISTENTES. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 3. ¿ESTA AUTORIZADA LA COMERCIALIZACIÓN Y EXPEDICIÓN DEL MEDICAMENTO SOLICITADO EN EL PAÍS? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|

SI EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE JUSTIFIQUELO:

SEÑALE PRECAUCIONES, CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS, Y TOXICIDAD ASOCIADA AL USO O ABUSO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO:

CITE QUE TIPO DE CONTROLES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REQUIERE EL PACIENTE PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y QUE PERIODICIDAD DEBEN TENER:

CLINICAL SPA
Belleza para todo tu cuerpo
Maria Constanza Bastidas C.
Anestesióloga

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

R.M.

NOTA: PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD ES OBLIGATORIO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y ANEXAR LOS DOCUMENTOS INDICADOS. LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ESTA SUJETA A LA APROBACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 5061 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1997.



Santiago de Cali, Septiembre 23 de 2013

Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
CALI

CEDULA: 87.070.084
EMPRESA: IMPULSO Y MERCADEO S.A.
LESION: EXPOSICION A FRIO EXCESIVO DE ORIGEN ARTIFICIAL, E
SINIESTRO: 20101017557 FECHA DE EVENTO 2010-10-19

Cordial Saludo:

La Administradora de Riesgos Laborales Seguros de Vida Colpatria S.A. le informa que según la revisión de su caso no se encuentra de acuerdo con el origen profesional de las patologías **EXPOSICION A FRIO EXCESIVO DE ORIGEN ARTIFICIAL, E** dado por su EPS.

Tal como lo establece la normatividad vigente en el Decreto 2463 de 2.001, en caso de no compartir la decisión tomada, usted podrá solicitar ante la Administradora y por escrito, la revisión del caso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, para lo cual cuenta con un plazo no superior a diez (10) días hábiles posteriores al recibo de este documento. Los costos de este trámite serán asumidos por ARL Colpatria de acuerdo a lo contemplado en la norma citada anteriormente

Atentamente,

MONICA OSORIO VELEZ
Directora Operativa
ARL Colpatria
Regional Cali

FIRMA DE RECIBIDO: _____ **NUMERO DE CEDULA** _____
NOMBRE COMPLETO: _____ **FECHA DE RECIBIDO:** _____
DIRECCIÓN: _____ **TELEFONO:** _____

CC. Departamento de Medicina Laboral
CC. EMPRESA
CC. EPS TRABAJADOR

Señores

JUZGADO CUARTO (4) PENAL MUNICIPAL DE PASTO

Palacio de Justicia Oficina 305 teléfono 7290519
Ciudad

Rdo
Obando,
11-09-13
9:20 p.m.

**REF. ACCIÓN DE TUTELA Rad No. 2013-049 instaurada por el señor
ANDRES FELIPE OBANDO C.C. 87.070.084 contra ARL COLPATRIA**

Oficio No. 1219 del 9 de septiembre de 2013

Respetados Señores:

Actuando en calidad de REPRESENTANTE LEGAL de SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S. A., Sociedad comercial con domicilio principal en Bogotá, autorizada para el ramo de Riesgos Profesionales mediante Resolución de la Superintendencia Financiera de Colombia No. 59 de enero 13 de 1995, doy contestación al oficio citado en la referencia, notificado en esta entidad el 10 de septiembre del año en curso.

Teniendo en cuenta, que en el oficio se nos requiere para informar del respecto del examen médico ordenado, el traslado para la práctica del mismo y la nueva fecha de asignación, agradecemos tener en cuenta; que la cita previamente asignada, tenía como finalidad la valoración por parte del área de medicina laboral para iniciar el trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral, es decir, no se trataba de la toma de un examen.

Sin embargo, para la fecha que tenía agendada la cita, la situación de orden público del país, en consideración al paro agrario, no permitieron que el señor Obando asistiera a la valoración médica. Motivo por el cual se procedió a asignarle nueva cita para el día 13 de Septiembre de esta anualidad a las 11:00am con Medicina Laboral, con la Doctora Edith Ledesma. E igualmente se asignó cita con grupo interdisciplinario para calificación del evento.

Para la asistencia a la cita médica, al accionante se le brinda el transporte terrestre Pasto - Cali - Pasto, con la empresa IKE, hospedaje (1 noche), alimentación, taxi del hotel a Colpatria para el día sábado, taxi de Colpatria al terminal el día sábado.

Toda vez que el señor Obando, está en buenas condiciones de salud tanto para su orientación y su movilidad no es necesario que asista con un acompañante a la cita médica.



Anexo:

- Carta de citación al señor Obando para valoración del día 13 de Septiembre de 2013

Respetuosamente,



~~HELBERTH ALBERTO DURAN VERGARA
GERENTE REGIONAL
SEGuros DE VIDA COLPATRIA S.A. ARL COLPATRIA~~

HELBERTH ALBERTO DURAN VERGARA
REPRESENTANTE LEGAL
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. ARL COLPATRIA
acmb

ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Medicina Laboral



Cali, 11 de Septiembre de 2013

Señor:
ANDRES FELIPE OBANDO CC 87070084

Pasto.

Respetado Señor Obando:

Por medio de la presente informamos que la señor (a) **ANDRES FELIPE OBANDO CC 87070084** tiene cita asignada con Medicina laboral el 13 de Septiembre a las 11:00am con la Dra Edith Ledesma y cita con Grupo de calificación de la ARL Colpatria el día 14 de Septiembre 8:20am, en la Calle 22 norte No. 5BN -94 B/ Versalles Cali-Valle.

Cordialmente,



Comisión Médica
Medicina Laboral
COLPATRIA

COMISION MEDICINA LABORAL
Riesgos Profesionales Colpatria

44

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA DEL PODER JUDICIAL
JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL
PALACIO DE JUSTICIA – SAN JUAN DE PASTO
OFICINA 305 – TERCER PISO – 7290519

San Juan de Pasto, 14 de agosto de 2013

OFICIO: N° 1111

SEÑOR:

ANDRES FELIPE OBANDO

Manzana D Casa 16 Barrio Panorámico 1

Teléfono 7293381-3185014291

Ciudad

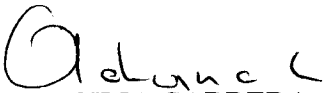
Ref.: ACCIÓN DE TUTELA No. 2013-0049

Accionante: ANDRES FELIPE OBANDO

**Accionado: COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE
SEGUROS**

Por medio del presente y PARA EFECTOS DE SU NOTIFICACIÓN a continuación transcribo la parte pertinente de la sentencia proferida en la tutela de la referencia.- “JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL.- San Juan de Pasto, trece (13) de agosto de dos mil trece (2013).- En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Pasto, administrando justicia en nombre del Pueblo y por autoridad de la ley, **RESUELVE: PRIMERO: TUTELAR** el derecho constitucional a una vida digna del señor ANDRES FELIPE OBANDO, de conformidad con lo argumentado en la parte motiva de esta providencia.- **SEGUNDO:** Como consecuencia de lo anterior, **SE ORDENA** al señor Representante Legal, o a quien haga sus veces, de la entidad ARL COLPATRIA S.A., que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si hasta la presente fecha aún no lo ha hecho, remita al señor ANDRES FELIPE OBANDO al médico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de la enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral, ocurrido el día 15 de abril de 2012.- **TERCERO: NOTIFIQUESE** esta sentencia a las partes de conformidad a lo previsto en el Decreto 2591 de 1991. - **CUARTO:** Contra esta providencia procede el recurso de apelación ante el Juzgado Penal del Circuito (R) dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación.- **QUINTO:** Si esta providencia no fuere impugnada en la forma reglada por la ley, dentro del término conducente, secretaría procederá a enviar el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.- **CÓPIESE NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE SON LAS 6:00 P.M.- Fdo. MARÍA ELENA DAVILA ORTIZ.- JUEZ”.**

Atentamente,


ADRIANA CECILIA CABRERA GOMEZ
Sustanciadora

45

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA DEL PODER JUDICIAL
JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL
PALACIO DE JUSTICIA – SAN JUAN DE PASTO
OFICINA 305 – TERCER PISO – 7290519**

San Juan de Pasto, veintiséis (26) de agosto de 2013

OFICIO: N° 1152

SEÑOR:
ANDRES FELIPE OBANDO
Manzana D Casa 16 Barrio Panorámico 1
Teléfono 7293381-3185014291
Ciudad

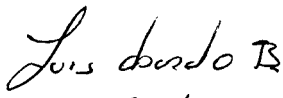
ASUNTO : ACCIÓN DE TUTELA N° 2013-0049
ACCIONANTE : ANDRES FELIPE OBANDO
ACCIONADO : COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS

Por medio del presente y PARA EFECTOS DE SU NOTIFICACIÓN a continuación transcribo la parte pertinente del auto proferido en la tutela de la referencia.- **"JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL.-** San Juan de Pasto, veintitrés (23) de agosto de dos mil trece (2013).- Con fundamento en lo brevemente expuesto, el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Pasto, Nariño.- RESUELVE: **PRIMERO.- SIN LUGAR A ACLARAR** la sentencia proferida dentro del presente asunto en la forma solicitada por el accionante ANDRES FELIPE OBANDO, conforme los argumentos presentados en la parte motiva de esta decisión.- **SEGUNDO.- COMUNIQUESE** esta determinación a los sujetos que intervinieron en la presente acción constitucional.- **NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.- Fdo. MARIA ELENA DAVILA ORTIZ. JUEZ"**

Atentamente,


ADRIANA CECILIA CABRERA GÓMEZ

Sustanciadora


87063011.
30-08-2013

46 71

En este orden de ideas, frente a la incertidumbre que para el accionante, tiene la calificación del segundo de los incidentes ocurridos y los beneficios de orden económico y asistencial que tendría la determinación de su origen, más aún cuando se trata de una persona que sufre alguna limitación física, considera este ordenador judicial procedente amparar su derecho a una vida en condiciones dignas.

Como consecuencia de lo anterior y considerando que la entidad accionada conoce de este caso e inclusive pagó una serie de incapacidades generadas por el incidente presentado, antes de interrumpir su cancelación por considerar que se trataba de un caso ya cerrado y calificado, se le ordenará al señor Representante Legal de la ARL COLPATRIA S.A., que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si hasta la presente fecha aún no lo ha hecho, remita al señor ANDRES FELIPE OBANDO al médico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de la enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral, ocurrido el día 15 de abril de 2012.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, administrando justicia en nombre del Pueblo y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

- PRIMERO:** **TUTELAR** el derecho constitucional a una vida digna del señor ANDRES FELIPE OBANDO, de conformidad con lo argumentado en la parte motiva de esta providencia.
- SEGUNDO:** Como consecuencia de lo anterior, **SE ORDENA** al señor Representante Legal, o a quien haga sus veces, de la entidad ARL COLPATRIA S.A., que en el término improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, si hasta la presente fecha aún no lo ha hecho, remita al señor ANDRES FELIPE OBANDO al médico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de la enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral, ocurrido el día 15 de abril de 2012.
- TERCERO:** **NOTIFIQUESE** esta sentencia a las partes de conformidad a lo previsto en el Decreto 2591 de 1991.
- CUARTO:** Contra esta providencia procede el recurso de apelación ante el Juzgado Penal del Circuito (R) dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación.
- QUINTO:** Si esta providencia no fuere impugnada en la forma reglada por la ley, dentro del término conducente, secretaría procederá a enviar el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

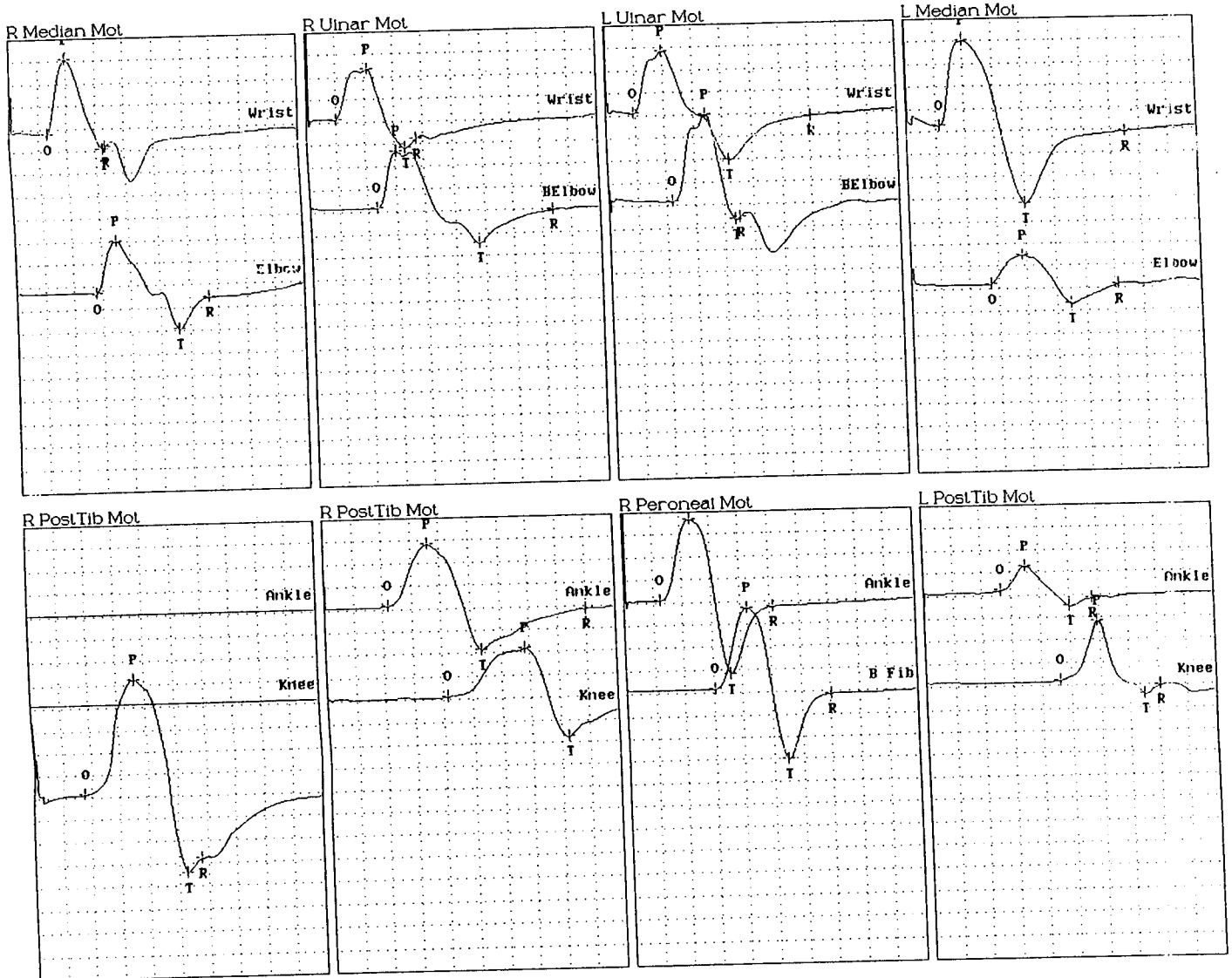
**CÓPIESE NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,
SON LAS 6:00 P.M.**

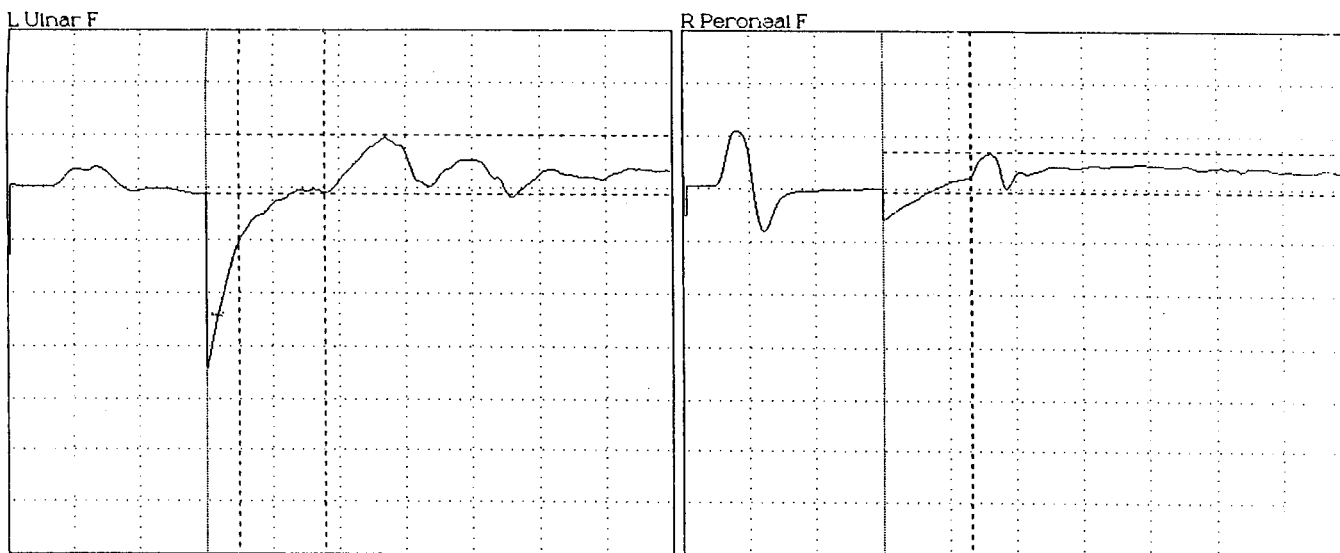
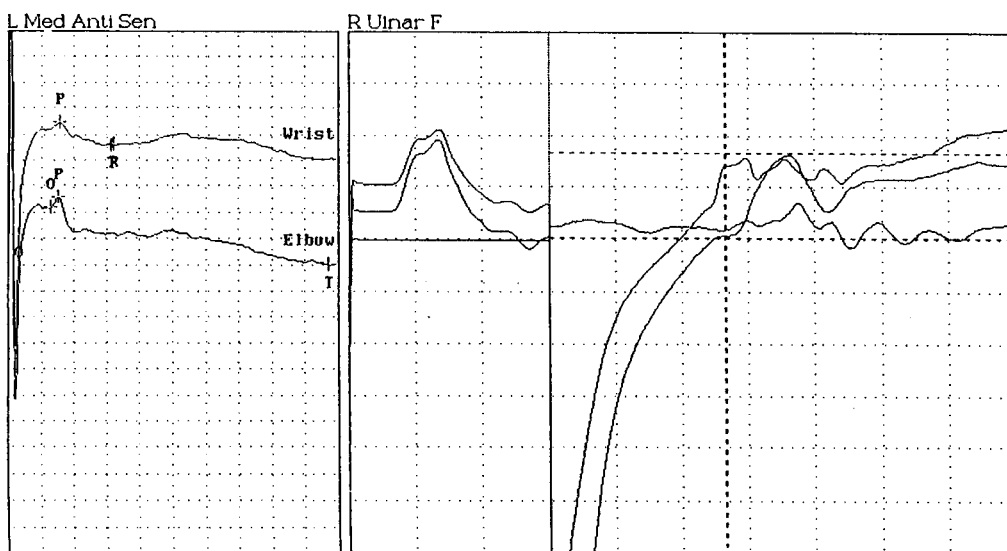
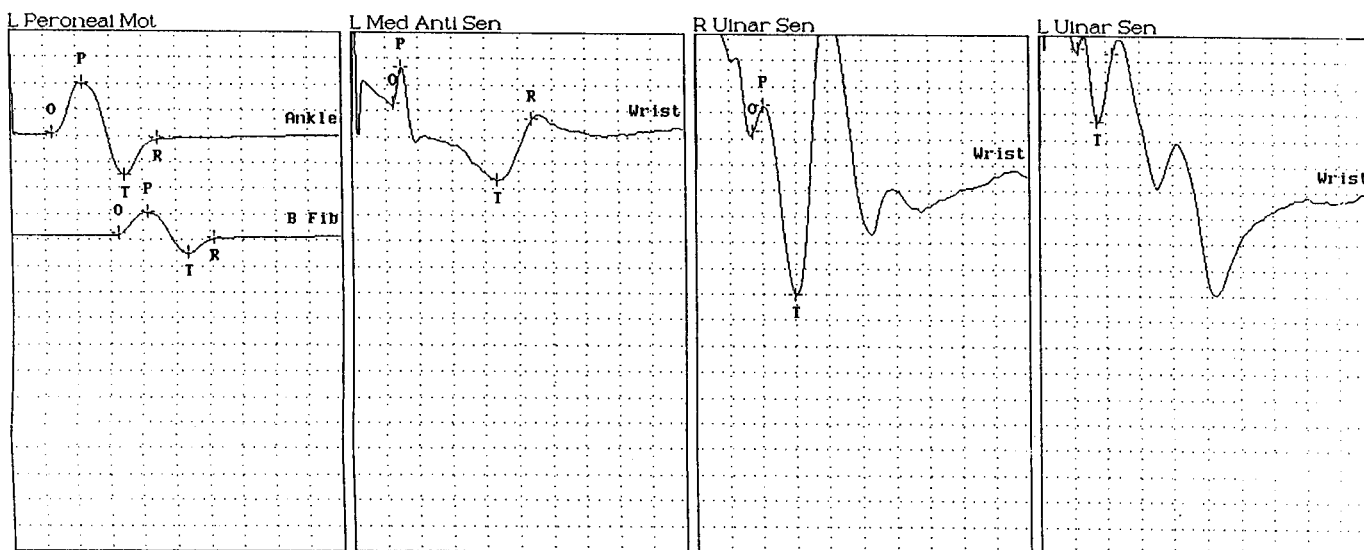

MARIA ELENA DAVILA ORTIZ
JUEZ

Dr. Carlos A. Benavides Dulce
Louisiana State University New Orleans
Cra. 33A # 20-42
Pasto, Colombia
7310888

Patient: OBANDO, ANDRES
Sex: Male

Physician: BENAVIDES
Ref Phys: CASANOVA

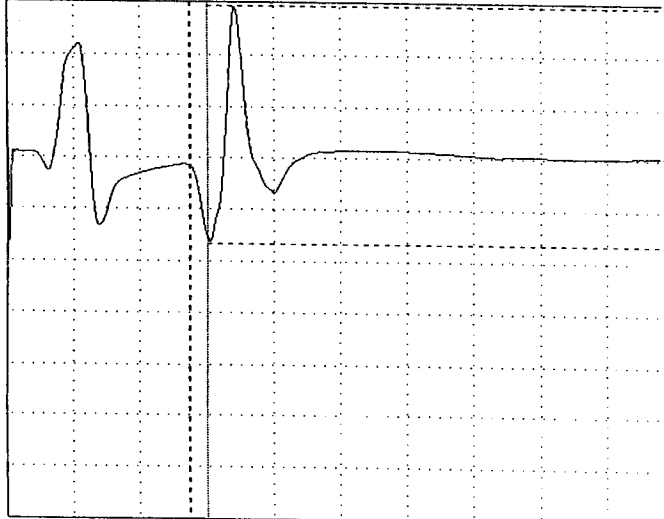




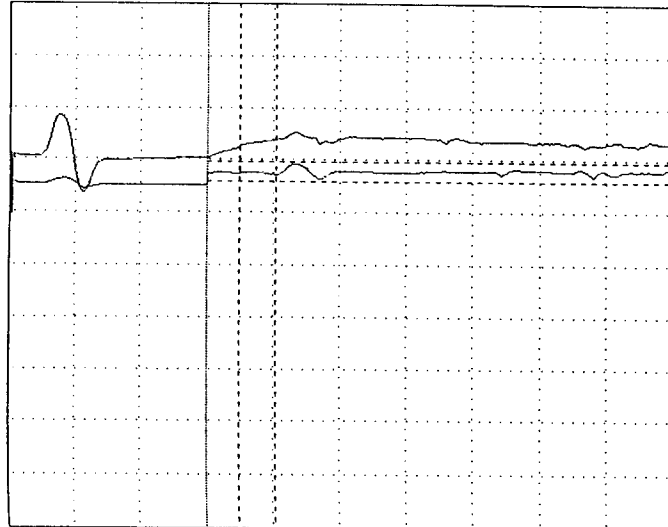
R H Reflex H



L H Reflex H



L Peroneal F



Nerve Conduction Report:

Motor Nerves

| Nerve | Site | Onset Lat (ms) | Peak Lat (ms) | Amplitude | Area (mVms) | Duration (ms) | Seg Name | Delta (ms) | Distance (cm) | Velocity (m/s) |
|-----------|--------|----------------|---------------|-----------|-------------|---------------|--------------|------------|---------------|----------------|
| R Median | APB | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 3.98 | 5.81 | 6.64 | 17.845 | 4.88 | Elbow-Wrist | 4.36 | 25.70 | 59.0 |
| | Elbow | 8.34 | 10.50 | 4.67 | 14.094 | 5.48 | | | | |
| R Ulnar | ADM | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 3.00 | 6.28 | 4.52 | 14.744 | 5.06 | BEIbow-Wrist | 3.94 | 24.30 | 61.7 |
| | BEIbow | 6.94 | 9.19 | 4.94 | 18.114 | 5.81 | | | | |
| L Ulnar | ADM | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 2.86 | 5.91 | 5.55 | 18.653 | 6.19 | BEIbow-Wrist | 3.66 | 24.20 | 66.2 |
| | BEIbow | 6.52 | 10.17 | 7.71 | 23.979 | 5.58 | | | | |
| L Median | APB | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 3.38 | 5.95 | 7.52 | 29.748 | 6.14 | Elbow-Wrist | 4.83 | 24.40 | 50.5 |
| | Elbow | 8.20 | 11.44 | 2.57 | 10.399 | 6.47 | | | | |
| R PostTib | AbdHal | 5.30 | 10.92 | O-P (mV) | Neg | Neg | | | | |
| | | | | 5.08 | 24.367 | 8.91 | | | | |

| Nerve | Site | Onset Lat (ms) | Peak Lat (ms) | Amplitude | Area (mVms) | Duration (ms) | Seg Name | Delta (ms) | Distance (cm) | Velocity (m/s) |
|------------|--------|----------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-------------|------------|---------------|----------------|
| R PostTib | AbdHal | 6.52 | 10.73 | O-P (mV) | Neg | Neg | Knee-Ankle | O | 35.00 | 58.8 |
| | Ankle | 12.47 | 20.48 | 5.37 | 23.397 | 7.73 | | 5.95 | | |
| | Knee | | | 4.10 | 22.900 | 10.27 | | | | |
| R Peroneal | EDB | 3.80 | 6.98 | O-P (mV) | Neg | Neg | B Fib-Ankle | O | 30.30 | 56.2 |
| | Ankle | 9.19 | 12.61 | 7.17 | 23.591 | 5.58 | | 5.39 | | |
| | B Fib | | | 7.09 | 23.377 | 5.77 | | | | |
| L PostTib | AbdHal | 8.02 | 10.55 | O-P (mV) | Neg | Neg | Knee-Ankle | O | 35.00 | 60.7 |
| | Ankle | 13.78 | 17.86 | 2.11 | 5.296 | 5.06 | | 5.77 | | |
| | Knee | | | 5.24 | 12.247 | 6.33 | | | | |
| L Peroneal | EDB | 3.75 | 6.52 | O-P (mV) | Neg | Neg | B Fib-Ankle | O | 28.00 | 47.0 |
| | Ankle | 9.70 | 12.38 | 3.88 | 10.900 | 4.92 | | 5.95 | | |
| | B Fib | | | 1.68 | 4.763 | 4.64 | | | | |

Sensory Nerves

| Nerve | Site | Onset Lat (ms) | Peak Lat (ms) | Amplitude | Area (mVms) | Duration (ms) | Seg Name | Delta (ms) | Distance (cm) | Velocity (m/s) |
|------------|--------------|----------------|---------------|----------------|-------------|---------------|--------------|------------|---------------|----------------|
| L Med Anti | 2ndDig Wrist | 2.53 | 2.97 | P-T (μ V) | Neg | Neg | Wrist-2ndDig | P | 2.97 | ----- |
| | | | | 86.15 | 0.012 | 0.81 | | | | |
| R Ulnar | 5thDig Wrist | 3.44 | 4.09 | P-T (μ V) | Neg | Neg | Wrist-5thDig | P | 4.09 | ----- |
| | | | | 146.0 | 0.014 | 1.16 | | | | |
| L Ulnar | 5thDig Wrist | 2.34 | 2.63 | P-T (μ V) | Neg | Neg | Wrist-5thDig | P | 2.63 | ----- |
| | | | | 67.22 | 0.004 | 0.53 | | | | |
| L Med Anti | 2ndDig Wrist | 0.59 | 3.09 | P-T (μ V) | Neg | Neg | Wrist-2ndDig | P | 3.09 | ----- |
| | Elbow | 2.59 | 3.03 | 17.20 | ----- | ----- | Elbow-Wrist | -0.06 | ----- | ----- |
| | | | | 51.20 | 0.003 | 0.72 | | | | |

F/H Report:

| Nerve | Muscle | Lat1 (ms) | Lat2 (ms) | Lat2 - Lat1 (ms) | Amplitude (μ V) |
|--------------|-------------|-----------|-----------|------------------|----------------------|
| R Ulnar F | ADM | 28.20 | 28.28 | 0.08 | 329.41 |
| L Ulnar F | ADM | 17.50 | 23.91 | 6.41 | 219.61 |
| R Peroneal F | EDB | 43.13 | 43.44 | 0.31 | 152.94 |
| R H Reflex H | Gast-Soleus | 27.19 | 27.03 | 0.16 | 12156. |
| L H Reflex H | Gast-Soleus | 27.34 | 27.50 | 0.16 | 9176.4 |
| L Peroneal F | EDB | 35.00 | 40.47 | 5.47 | 74.51 |

EMG Report:

| Side | Muscle | Nerve | Root | INS | FIBS | PSW | AMP | DUR | PHS | REC | IP | Comment |
|------|--------------|----------|--------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
| R | APB | Median | C8-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | FlexDigPro | Ulnar | C8, T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 80% |
| R | Biceps | Musc | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 70% |
| R | Cerv Parasp | Rami | C1-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | Deltoid | Axillary | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 90% |
| L | APB | Median | C8-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | ABD DigMini | Ulnar | C8-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | FlexDigPro | Ulnar | C8, T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | Biceps | Musc | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | Deltoid | Axillary | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | Cerv Parasp | Rami | C1-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | MedGastroc | Tibial | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 40% |
| R | AntTibialis | Dp Peron | L4-5 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 40% |
| R | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 30% |
| R | AbdHalBrev | MedPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 30% |
| L | MedGastroc | Tibial | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 80% |
| L | AntTibialis | Dp Peron | L4-5 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | AbdHalBrev | MedPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 90% |
| L | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 90% |

Historia cl.

TRAUMA CERVICAL AL CAER PORTANDO ALGO PESADO

Examen

Dificultad para la marcha, paresia de miembro superior deer y m. inferiores, mmayor en el derecho.
Ligera hiperrefleexia derecha.

Conclusions:

Neuroconduccion es normal, amplitud de respuesta menor en sensitivo cubital derecho. Respuestas tardias aumentadas en m. superior e inferior derechos. Al EMG no se observa potenciales anormales al reposo, actividad volountaria disminuida en m. superior e inferior derechos. Potenciales de accion anormales.

I.D. Compromiso mixto, medular, afectando el lado derecho y radicular C6 C7 derecho.

DR CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
Reg 152

Corporación IPS

Saludcoop

NIT. 830.106.376-1

EVOLUCION

HISTORIA CLINICA GENERAL

La Historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente

ARTICULO 31 LEY 23 DE 1981

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | Andres Felipe Obando Belalcázar | No. IDENTIFICACION | 87070084 |
| EPS A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO | 26 años | No. AFILIACION | |

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual, Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y fecha de próximo control si lo hay.

31. Mayo/2011 Neurología.

Hace 6 meses trauma el lado derecho del dorso, desde entonces presenta hemiparesia derecha.

AP: Sin otro antecedente

EF. Alerta. Glasgow 15. Pupilas isocóricas, reactivas, 4 mm φ. Movimientos oculares normales. Sueño normal. Fuerzas normales. Tono muscular conservado.

Hemiparesia derecha.

Idx. Lesión medular cervical.

Cta. Rehabilitación x Fisiatía.

Incapacidad médica por treinta (30) días.

28. Junio/2011 Neurología.

Trauma cervical hace 7 meses, desde entonces presenta hemiparesia derecha. Peristrecia de dolor en miembro inferior derecho.

EF. Alerta. Glasgow 15. Pupilas isocóricas, reactivas, 4 mm φ. Movimientos oculares normales. Sueño normal. Fuerzas normales. Tono muscular conservado. Hemiparesia derecha de predominio en miembro inferior.

Idx. Lesión medular cervical.

Cta. Terapia física # 20 sesiones.

Valoración x Fisiatía y medicina laboral

Fisiatria

HCI anotada Plu en Semelas Trauma al caer
3 mts 1905/10, En manejo previo por
Neurálgica, Neurológica, Fisiatria, Urología
Tto farmacológico, T. Física 303. Actual
en Inapacidad por trastorno Laboral
+ de 300 días.

Refiere dificultad para caminar, dolor
espalda, vello

EF: Obeso 110 kg, 172 mt

Trost. de marcha con leve paresia mild
hiperreflexia, Clonus genitales
Retraimiento isquiotibial

Examen Adynte IRM Nislogénica T6 T7
T7 T8 Protusión - L5 S1 L4 L5 Protusión
L3 L4 L5 L6 - leve obstrucción

AX: Semelas Trauma columna
sevelo micropotio

Oberidad metabólica

Explicación Resistencia VDM. Nutrición
controlada Medicina Local Boston Card
Cita control 2 meses.

DR. MARTIN MORENO G.
PSIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.C.
TP 538/91

Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
UROLAN
Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524
HISTORIA CLÍNICA

Fecha : 08-Mar-2011

Paciente : ANDRES FELIPE OBANDO

Identificación : 87070084

Edad : 26 Años

Género : Masculino

Página 1 de 1

Entidad : EPS SALUDCOOP

Historia Clínica No : 87070084

Fecha de apertura : 24-Feb-2011

Motivo de consulta :

Secuelas de trauma cervical

Enfermedad actual :

En Octubre del 2010 tuvo un accidente con trauma cervical al caer portando algo pesado. Presenta dolor en región dorsal derecha y dificultad para la marcha por espasticidad de la pierna derecha. Presenta además aumento de la frecuencia urinaria, incontinencia.

Revisión por sistemas :

Antecedentes :

Examen físico :

Dificultad para la marcha, no puede sostenerse en punta de pies o talones, hemiparesia derecha.

Exámenes complementarios :

TAV EMG

Diagnóstico :

Secuelas de lesión medular cervical.

PLAN: Fisioterapia

Valoración por Urología (Vejiga neurogénica)

Plan de manejo : Médico

Control : Si

Médico especialista : Carlos A. Benavides Dulce

R.M. 158

23 MAR 2011 Cord!



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
H.S.E.Q.**
DR. SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ A.
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL - GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL - DERECHO DEL TRABAJO
AUDITOR OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ENVIROMET
CES. RI. BRITRHS PETROLEUM. BEREAU VERITAS - UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

| | | | |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| NOMBRE: <i>Don Felipe Ochoa</i> | FECHA | | |
| | DIA <i>30</i> | MES <i>XI</i> | AÑO <i>10</i> |

R/s.

- Se prolonga
vacaciones
por 30 días
a partir del
1 de Enero
2011

[Signature]
DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
Gerencia de Riesgos Industriales
Auditor HSE/ENVIRONMENT AND SAFETY
INTESSCO/INTEGRO/INTEGRA



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO**

Pasto. Diciembre 1 de 2010.

CONCEPTO DE EVOLUCION 1

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha
Paciente que trabajando sufrió accidente de trabajo al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, con incapacidad inicial de 30 días, pendiente RM de columna dorsal.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.
Cervicalgias postraumática con radiculopatía derecha

Conducta:

1.- se prorroga incapacidad por 30 días a partir del 1 de enero 2011.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

1 DIC. 2010

Perdise 15 dias a partir de 16 ene.

**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ PREVENIR RIESGOS
Carrera 25 N° 12 - 27
TEL: 7223143 Cel 315 5825965
PASTO**

Corporación IPS

Saludcoop

NIT. 830.106.376-1

EVOLUCION

HISTORIA CLINICA GENERAL

La Historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente

ARTICULO 31 LEY 23 DE 1981

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

| | |
|--|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS Andres Felipe Obaro Belalcazar | No. IDENTIFICACION 87 0700 PY |
| EPS A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO 25 años | No. AFILIACION |

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual. Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y fecha de próximo control si lo hay

30. Noviembre /10 Neurocirujía.

Hace 42 días trauma a región dorsal y abdominal - lumbosacral derecho y desde entonces presenta dificultad a la marcha, disminución de la fuerza a pie y anestesia perineal.

AP: Sin otros antecedentes.

EF: Paraparesia con tono muscular aumentado, de predominio en miembros inferiores derecho. Anestesia a miembros inferiores con nivel sensitivo T12 bilateral.

Idx. Lesión medular dorsal bajo. (T9-T10).

Cta. Resonancia Magnética columna dorsal.

Rx Columna lumbosacral y dorsal.

Control con resultados.

Acetaminofén + Codeína 2 tabletas / 8 horas.

Incapacidad médica x 30 días

14. Diciembre /10 Neurocirujía 25 años.

Hace 2 meses trauma dorsal y desde entonces paraparesia espástica y bipoiesia en miembros inferiores.

Rmn Columna dorsal: Medula espinal con intensidad de señal normal.

Rx Columna dorsal y lumbosacral: Sin fracturas adecuadamente alineación de cuerpos y lumbosacrales.

pendientes 15 dia

1 ENE 2011

lck: Lesion medula cervical.
Cte. Prolabial x Fucit

EF: Proporcio espasmo. Hipertrofia a miembros inferiores.
Velocidad de Neuromusculares: Lesion medula cervical de predominio derecho y rachicolumbo C6-C7 derecho.

31. Enero/2011 Neociingio.
Hace 3 meses tramo dorsal y desde entonces disminui de fuerza y sensibilidad a miembros inferiores.

Velocidad x Medula
Control con resultados
Tramadol - carbamazepina
Cte. EMN columna cervical.

lck: Lesion medula cervical.
Cte. EMN columna cervical.
Velocidad de Neuromusculares: Lesion medula cervical de predominio derecho y rachicolumbo C6-C7 derecho.

11. Enero/11 Neociingio.
Hace 3 meses tramo dorsal y desde entonces pracho compunto de fuerza y sensibilidad a miembros inferiores.

Control con resultados

lck: Proporcio espasmo.
Cte. Velocidad de Neuromusculares: electomografo de miembros inferiores.

A2P



57

Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
UROLAN
Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524
HISTORIA CLÍNICA

Fecha : 10-May-2012

Paciente : ANDRES FELIPE OBANDO

Identificación : 87070084

Edad : 27 Años

Género : Masculino

Página 1 de 1

Entidad : EPS SALUDCOOP

Evolución :

Buena respuesta al tratamiento con bloqueo pero después que ingresó al cuarto frío presentó problemas nuevamente con calambres en pierna derecha siendo necesario hospitalizarlo por dos días (la semana pasada) presenta dolor ahora y dificultad para la marcha
Al examen presenta dificultad para la marcha (camina con apoyo) y déficit de dorsiflexores y plantiflexores. Actualmente el paciente debe ser evaluado desde el punto de vista del médico laboral para que se cumplan las restricciones que le han dado.

PLAN : SE DA DE ALTA POR FISIATRIA, FAVOR CONTINUAR CON MEDICINA GENERAL PARA QUE LE SUMINISTREN LOS MEDICAMENTOS QUE NECESITA Y QUE ASISTA PERIODICAMENTE A SUS CONTROLES CON LA DRA. BASTIDAS

RX TRAMADOL-PREGABALINA-ACETAMINOFEN

Plan de manejo : Médico

Carlos A. Benavides Dulce

Control : ☒ NO

MD. Fisiatra R.M. 158
Urología y Fisiatría a su servicio

Obando
11 MAYO



Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
UROLAN
Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524
HISTORIA CLÍNICA

Fecha : 28-Feb-2012

Paciente : ANDRES FELIPE OBANDO

Identificación : 87070084

Edad : 27 Años

Género : Masculino

Página 1 de 1

Entidad : EPS SALUDCOOP

Evolución :

Paciente que ya ha sido evaluado por clínica del dolor, se realizará procedimiento próximamente. Persiste dolor dorsolumbar, no ha podido disminuir de peso .

PLAN : continuar dieta,
Procedimiento en clínica del dolor
Diclofenaco-tramadol.
Incapacidad laboral por 30 días

Plan de manejo : Médico

Control : Si

Carlos A. Benavides Dulce

MD. Fisiatra R.M. 158
Urología y Fisiatría a su servicio

00

Examen

Dificultad para la marcha, paresia de miembro superior deer y m. inferiores, mmayor en el derecho.
Ligera hiperrefleexia derecha.

Conclusions:

Neuroconduccion es normal, amplitud de respuesta menor en sensitivo cubital derecho. Respuestas tardias aumentadas en m. superior e inferior derechos. Al EMG no se observa potenciales anormales al reposo, actividad volountaria disminuida en m. superior e inferior derechos. Potenciales de accion anormales.

I.D. Compromiso mixto, medular, afectando el lado derecho y radicular C6 C7 derecho.

DR CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
Reg 159

Historia Urgencias

No. 41477474

Inicio Atención: 2012/04/15 14:12:00 Fin Atención: 2012/04/15 14:23:00

Lugar: Clínica Los Andes - Pasto
 Paciente: Andres Felipe Obando Belalcázar
 Sexo: MASCULINO Edad: 26 Años 9 Meses 25 Días Fecha Nac: 1985/06/21
 Estado Civil: SOLTERO
 Grupo Atención: Otros
 Regional:
 Fecha Ingreso: 2012/04/15 Hora Ingreso: 13:18:28 Nro Cuenta: 32347445 Ocupación: MERCADERISTA.

Dirección: MZ D CASA 16 Teléfono: 7293381
 Convenio: Convenio Saludcoop Evento Clínica Los Andes - Tipo Afiliado: Ambito Realización: URGENCIAS
 COTIZANTE
 Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
 Finalidad: NO APLICA
 Acompañante:
 Responsable del Usuario:
 Parentesco Responsable:

Estado Llegada: CONCIENTE Forma Llegada: PROPIOS MEDIOS
 Remitido de: Destino Paciente: Paciente por definir Conducta

Tipo de Atención de Urgencias: 1
 Manejo de Referencia y Contrareferencia:

Motivo Consulta: TEGNO DOLOR DE LA PIERNA Y LA ESPALDA
 Edad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HERNIA DISCAL DE C4 C5 D7 78 D9 SENCUADRIO A CAIDA DE 3 METROS DE ALTURA HACE 1 AÑOS 5 MESES. REFIERE QUE EL DIA DE HOY, APARTIR LAS 7 DE LA MAÑANA PRESENTA EXPOSICION AL FRIO CON POSTERIOR DOLOR EN REGION LUMBAR Y PARESTESIAS DE LAS PIRNA Y LOS GENITALES, REFIERE
 RECOMENDACIONES: AMBULATORIO
 PLAN TERAPEUTICO: AMBULATORIO

SIGNOS VITALES: FC: 70 Sistole: 100 Diastole: 70 T.A.M80,00 FR: 16 TT: 36.5 Saturación: 0 Glucometría: 0
 Talla: 165 Peso: 65 I.M.C: 23,88

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Sistema | Variable | Observaciones |
|--------------------------|---------------|---------------|
| Neurológico y Psiquico | NO SELECCIONA | |
| Órganos de los sentidos | NO SELECCIONA | |
| Piel y Fanereas | NO SELECCIONA | |
| Sistema Cardiovascular | NO SELECCIONA | |
| Sistema Colágeno | NO SELECCIONA | |
| Sistema Endocrino | NO SELECCIONA | |
| Sistema Sanguíneo | NO SELECCIONA | |
| Sistema Urinario | NO SELECCIONA | |
| Sistema Gastrointestinal | NO SELECCIONA | |
| Sistema Genital | NO SELECCIONA | |

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

| | |
|---|---------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS Andres Felipe Obando Belalcázar | No. IDENTIFICACION 87070084 |
| EPS A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO 26 años | No. AFILIACION |

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual, Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y fecha de próximo control si lo hay.

31. Mayo/2011 Neurocirugía.

Hace 6 meses trauma en lado derecho del dorso, desde entonces presenta hemiparesia derecha.

AP: Sin otros antecedentes.

EF. Alerta. Glasgow 15. Pupilas isocóricas, reactivas, 4 mm φ. Movimientos oculares normales. Dureza normal. Frecuencia normal. Tono muscular conservado. Hemiparesia derecha.

Idx. Lesión medular cervical.

Cta. Rehabilitación x Fisiatría.

Incapacidad médica por treinta (30) días.

01 JUN 2011

28. Junio/2011 Neurocirugía.

Trauma cervical hace 7 meses, desde entonces presenta hemiparesia derecha. Persistencia de dolor en miembro inferior derecho.

EF. Alerta. Glasgow 15. Pupilas isocóricas, reactivas, 4 mm φ. Movimientos oculares normales. Dureza normal. Frecuencia normal. Tono muscular conservado. Hemiparesia derecha de predominio en miembro inferior.

Idx. Lesión medular cervical.

Cta. Terapia física # 20 sesiones.

Valoración x Fisiatría y Medicina laboral

'Fisiatria'

HCI anotada Plu en Semelos Trauma al caer
3 mts 19 05/10, En manejo previo por
Neuromiela, Neurologia, Fisiatria, Urologia
Tb formacion de Plu, T. Fisica 303. Actual
en Incapacidad por trastorno Laboral
+ de 300 dias.

Refiere dificultad para caminar, dolor
trunkal, cuello

EF: Obeso 110 kg, 172 cm

Trast. de marcha con leve paresia mild
hiperreflexia, clonus quiniendo
Retraimiento isquiotibial

Examen Adynte IRM Mielopatia T6 T7
T7 T8 Protrusion - L5 S1 y L5 Protrusion
L3 L4 L5 - leve dehidrogenacion

Hx: Semelos Trauma Columna
severos micropotico

Oberidad metabólica

Explicacion Resistencia VDM. Nutricion
Control Medicina Local Boston
Cita control 2 meses

DR. MARTIN MORENO G.
FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.C.
TP 638/91

29239.

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

| | |
|--|---------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS Andrés Felipe Obando B | No. IDENTIFICACION 87.07084 |
| EPS A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO | No. AFILIACION |

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual, Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y fecha de próximo control si lo hay.

Psicología

5 abril / 13

Motivo de Consulta: Accidente de trabajo
Anamnesis: Accidente bajandose de un
o muros. 3 metros. con 3 cajas de
aceite, el accidente 19 oct / 10; hos-
pitalizado 1 año,

se sugiere ocupar tiempo libre en
actividades sencillas

Psicología Consulta. 1

29 abril / 13

Paciente realiza actividades sen-
cillas con su familia jugar actividades
de mesa, ver películas pero a partir
de la semana anterior hay pérdida
de apetito e insomnio, ideas de deses-
peranza y también ansiedad
por ingesta de comida.
Se sugiere que el paciente sea
remitido al psiquiatra para su
manejo.

Control de psicología en 3

19 ABR. 2013

Sandra Liliana
Cabezas Enriquez
Psicóloga
T.P. No. 132476

Sandra Liliana
Cabezas Enriquez
Psicóloga
T.P. No. 132476



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.**

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, junio 20 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Dx: Lumbago postraumática.
Síndrome depresivo inicial.
Vejiga neurogena.

1.- RECOMENDACIONES: SE SUGIERE REUBICACIÓN DEL TRABAJADOR CON DISMINUCIÓN CARGA FÍSICA, CON EL FIN DE AYUDAR A SU REHABILITACIÓN Y NO PERMITIR EL AUMENTO DE SUS DISCAPACIDAD.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 15 días a partir del 18 de junio 2013.
- 2.- Continuar medicina del dolor, urología
- 3.- Reubicar al trabajador con recomendaciones.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, mayo 16 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto, pendiente exámenes de urología, trae concepto psicología con sugerencia de valoración psiquiátrica.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales, sangrado urinario, hay sintomatología psicológica secundaria.

PENDIENTE CONSULTA CON CIRUGÍA DE COLUMNA EN BOGOTÁ,

Dx: Lumbago postraumática con radiculopatía derecha.
Dorsalgia postraumática.
Síndrome depresivo inicial.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 18 de mayo 2013.
- 2.- Continuar medicina del dolor.
- 3.- Remisión a psiquiatría.
- 3.- Traer concepto de cirugía de columna Bogotá.
- 5.- Dar orden para prorroga de incapacidad.

Atentamente **DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ**
MEDICO LABORAL Y DEL TRABAJO
DERECHO DEL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 355 DE NARIÑO
LICENCIADO EN PROFESIONALES DE LA SALUD
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, abril 16 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto, pendiente exámenes de urología, trae concepto psicología.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales, sangrado urinario, pendiente valoración con especialidad de cirugía de columna, hay sintomatología psicológica secundaria.

PENDIENTE CONSULTA CON CIRUGÍA DE COLUMNA EN BOGOTÁ,

Dx: Lumbago postraumática con radiculopatía derecha.
Dorsalgia postraumática.
Síndrome depresivo inicial.
Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 19 de abril 2013.
 - 2.- Continuar medicina del dolor para tratamiento paliativo del dolor.
 - 5.- Dar orden para prerroga de incapacidad.
- Handwritten notes:* #15 días p=15 días (3 mayo) 19 ABR 2013

Atentamente,
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto, marzo 18 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 27 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales, sangrado urinario, pendiente valoración con especialidad de cirugía de columna, hay sintomatología psicológica secundaria.

PENDIENTE CONSULTA CON CIRUGÍA DE COLUMNA EN BOGOTÁ,

Dx: Lumbago postraumática con radiculopatía derecha.

Dorsalgia postraumática.

Síndrome depresivo.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 19 de marzo 2013.
- 2.- Continuar medicina del dolor para tratamiento paliativo del dolor.
- 3.- TRAER CONCEPTO de urología.
- 4.- valoración por psicología.
- 5.- dar orden para ~~propio~~ de incapacidad.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUÁREZ
 MEDICO LABORAL Y DEL TRABAJO
 DERECHO DEL TRABAJO
 REGISTRO MEDICO DE PASTO

SEGUNDO SIGIFREDO SUÁREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

*Recibido
20-03-2013
Jens Salgado*

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 3241762 - 324155025000



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, marzo 18 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales, sangrado urinario, pendiente valoración con especialidad de cirugía de columna, hay sintomatología psicológica secundaria.

PENDIENTE CONSULTA CON CIRUGÍA DE COLUMNA EN BOGOTÁ,

Dx: Lumbago postraumática con radiculopatía derecha.
Dorsalgia postraumática.
Síndrome depresivo.
Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 19 de marzo 2013.
- 2.- Continuar medicina del dolor para tratamiento paliativo del dolor.
- 3.- TRAER CONCEPTO de urología.
- 4.- valoración por psicología.
- 5.- dar orden para prótesis de incapacidad.

Atentamente

SEGUNDO SIGIFREDO SUÁREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

SEGUNDO SIGIFREDO SUÁREZ
MEDICO LABORAL Y DEL TRABAJO
DERECHO DEL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 155 DE JARINO
REVISADO POR LOS MINSAUD

COPIA 4 ABR. 2013

7319000 Medico General

#15 días



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, enero 17 de 2013.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L.
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales, sangrado Urinario.

PENDIENTE CONSULTA CON CIRUGÍA DE COLUMNA EN BOGOTÁ,

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.
Cervicalgias postraumática.
Dorsalgia postraumática.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 18 de enero 2013.
- 2.- Remisión medina del dolor para continuar tratamiento paliativo del dolor.
- 3.- Remisión urología para valoración y concepto

Atentamente,

DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

MEDICO LABORAL DEL TRABAJO
DERECHO DEL TRABAJO
REGISTRO MEDICO DE N° NO
LICENCIADO OCUPACIONAL MINSALUD

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

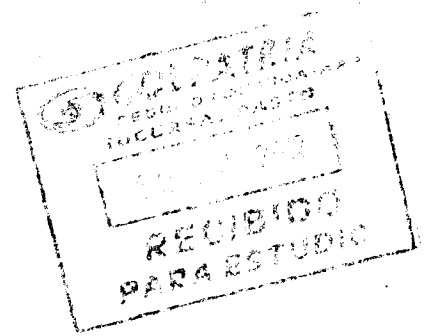
① Por favor con copia de esta carta

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
MEDICO LABORAL DEL TRABAJO
DERECHO DEL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 355 DE N° NO
LICENCIADO OCUPACIONAL MINSALUD

04 FEB 2013
18 ENE 2013
P= 1801013
2-02-13

San Juan de Pasto, 12 de Julio del 2012



Señores:
ARP COLPATRIA
Cali – (Valle)

Cordial Saludo,

Yo, **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** identificado con cedula de ciudadanía número 87.070.084 de Pasto, autorizo que se me haga efectivo el pago de mi indemnización al **número de cuenta 99763754851** en **BANCOLOMBIA** cuenta de ahorros.

Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente,

Andres Felipe Obando B.
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
C.C.87.070.084 de Pasto



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2013-04-04

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO S.A.

Observaciones:

, INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Saludcoop clinica los andes
Usuario que expide : Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo

FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 9461192

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-04-03
FECHA FINAL: 2013-04-17
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 328
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-04-04



INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe del accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador/contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o persona alguna.

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| EPS A LA QUE ESTA AFILIADO Salv Corp | | ARP A LA QUE ESTA AFILIADO Colpatria | | 0708338 | |
| TIPO DE VINCULACION LABORAL (1) EMPLEADOR <input checked="" type="checkbox"/> (2) CONTRATANTE <input type="checkbox"/> (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/> | | SEGURO SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL | | SEDE PRINCIPAL NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA Servicios | |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL Impulsa y Mercadeo SA | | TIPO DE IDENTIFICACION NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> No. 800028659-7 | | TELEFONO 6461212 FAX 6461212 | |
| DIRECCION Cra 12 # 9204 Piso 3 | | CORREO ELECTRONICO (MAIL) rmojaya@impulsa.com.co | | DEPARTAMENTO Cundinamarca | |
| CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR Carretera Pasto | | MUNICIPIO Pasto | | ZONA Urbana | |
| SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO Servicios | | MUNICIPIO Pasto | |
| DIRECCION Av. Panamericana entre Calle 11 y 12 | | DEPARTAMENTO Nariño | | TELEFONO 7333666 FAX 7293656 | |
| TIPO DE VINCULACION (1) PLANTA <input checked="" type="checkbox"/> (2) MISION <input type="checkbox"/> (3) COOPERADO <input type="checkbox"/> (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ <input type="checkbox"/> (5) INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | | PRIMER APELLIDO Obando | | SEGUNDO APELLIDO Belkazar | |
| PRIMER NOMBRE Andres | | SEGUNDO NOMBRE Felipe | | FECHA DE NACIMIENTO 21/04/1985 SEXO M | |
| TIPO DE IDENTIFICACION NIT <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> HU <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> No. 87070084 | | DEPARTAMENTO Nariño | | MUNICIPIO Pasto | |
| OCCUPACION HABITUAL Publicador | | TIEMPO DE OCCUPACION HABITUAL 4 años | | CARGO Publicador Jr | |
| FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA 15/02/2010 | | SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL) \$540.000= | | JORNADA DE TRABAJO HABITUAL 8:30 a 5:00 | |
| FECHA DEL ACCIDENTE 19/02/2010 | | HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS) 03:15 | | DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE LU | |
| ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? (1) SI <input checked="" type="checkbox"/> (2) NO <input type="checkbox"/> | | DILIGENCIAR SOLO EN CASO NEGATIVO CUAL | | JORNADA EN QUE SUCEDIÓ (1) NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> (2) EXTRA <input type="checkbox"/> | |
| TIPO DE ACCIDENTE (1) VIOLENCIA <input type="checkbox"/> (2) TRANSITO <input type="checkbox"/> (3) REPENTINO <input type="checkbox"/> (4) RECREATIVO O CULTURAL <input type="checkbox"/> (5) PROPIO DEL TRABAJO <input checked="" type="checkbox"/> | | LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE Pasto | | FUERA DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> | |
| INDIQUE CUAL SITIO: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS <input type="checkbox"/> (2) ÁREAS DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> (3) ÁREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS <input type="checkbox"/> (4) CONDUCTORES <input type="checkbox"/> (5) ESCALERAS <input type="checkbox"/> (6) PASADIZOS <input type="checkbox"/> (7) PASADIZOS COMUNES <input type="checkbox"/> (8) OTROS ESPECIFICAR | | TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUAL O CUALES) (1) FRACURA <input type="checkbox"/> (2) LUXACION <input type="checkbox"/> (3) TONCICURA, ESQUELME, DESGASTE, LACERACION DE MÚSCULO O TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> (4) GOLPE O CONTUSIÓN <input checked="" type="checkbox"/> (5) AMPUTACIÓN O EMULACIÓN (sección o pérdida de tejidos) <input type="checkbox"/> (6) ENVENENAMIENTO <input type="checkbox"/> (7) QUEMADURA <input type="checkbox"/> (8) OTROS ESPECIFICAR | | PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1.1) CABEZA <input type="checkbox"/> (1.2) OJO <input type="checkbox"/> (1.3) CUELLO <input type="checkbox"/> (2) TROCANter (incluye codo, muñeca, carpal, radio, cubito, pulgar, dedo) <input checked="" type="checkbox"/> (3.1) TORAX <input type="checkbox"/> (3.2) ABDOMEN <input type="checkbox"/> (4) MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> (4.1) MANOS <input type="checkbox"/> (4.2) MIEMBROS INFERIORES <input type="checkbox"/> (5) PIES <input type="checkbox"/> (6) UNICIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> (7) LESIONES GENERALES U OTRAS <input type="checkbox"/> | |
| AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR) (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS <input type="checkbox"/> (2) MEDIOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> (3) APARATOS <input type="checkbox"/> (4) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS <input type="checkbox"/> (5) MATERIALES O SUSTANCIAS <input type="checkbox"/> (6) RADIACIONES <input type="checkbox"/> (7) AMBIENTE DE TRABAJO (incluye condiciones de trabajo y de trabajo, iluminación, ruido, calor, frío, humedad, etc.) <input type="checkbox"/> (8) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> | | DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUÉ LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE. Se cayó en la escalera por no haber estado seguro al subir. | | PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE Hubo personas que presenciaron el accidente? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso afirmativo diligenciar la siguiente información: | |
| APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Daniel Mora | | TIPO DE IDENTIFICACION | | CARGO | |

4-04-2013.
Daniel Mora

COLPATRIA Informe de accidente de trabajo del empleador o contratante

El informe del accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus validadores no pueden ser modificados por persona o personas ajenas.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Salvacoop ARPA A LA QUE ESTA AFILIADO: Colpatría 07083338

TIPO DE VINCULACION LABORAL: (1) EMPLEADOR ☒ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐ SEGURO SOCIAL: SI ☐ NO ☒ CUAL: Colpatría

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Impulsa y Mercaderes SA TIPO DE IDENTIFICACION: NIT ☒ CC ☐ CE ☐ NI ☐ PA ☐ No. 800028659-7

DIRECCION: Cra 12 # 9704 PISO: 3 TELEFONO: 6461212 FAX: 6461212

CORREO ELECTRONICO (MAIL): rmontoya@impulsa.com.co

DEPARTAMENTO: Cundinamarca MUNICIPIO: BOGOTA

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: Carrefour PASTO

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☐ NO ☒

SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: Servicios

DIRECCION: Av. Panamericana entre Calle 11 x 12 TELEFONO: 7338666 FAX: 7293656

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: PASTO

TIPO DE VINCULACION: (1) PLANTA ☒ (2) MISION ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐ ZONA: U ☒ R ☐

PRIMER APELLIDO: Obando SEGUNDO APELLIDO: Belakazar

PRIMER NOMBRE: Andres SEGUNDO NOMBRE: Felipe

TIPO DE IDENTIFICACION: NIT ☐ CC ☒ CE ☐ NI ☐ PA ☐ No. 87070004 FECHA DE NACIMIENTO: 21/06/1975 SEXO: M ☒ F ☐

DIRECCION: Manzana 16 Casa 1 Panamericana TELEFONO: 7293581 FAX: 7293581

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: PASTO

OCCUPACION HABITUAL: Publicitador CARGO: Publicitador Jr

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 15/02/2010 SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): \$540.000= TIEMPO DE OCCUPACION HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE: 05/11

FECHA DEL ACCIDENTE: 19/02/2010 HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): 03:10 JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) HABITUAL DIURNO ☒ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTO ☐ (4) TURNOS ☐

ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI ☒ NO ☐ DILIGENCIAR SOLO EN CASO NEGATIVO CUAL: DIURNO DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: LU ☒ MA ☐ MI ☐ JU ☐ VI ☐ SA ☐ DO ☐

TIPO DE ACCIDENTE: (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRANSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ JORNADA EN QUE SUCEDE: (1) NORMAL ☒ (2) EXTRA ☐

CAUSA DEL ACCIDENTE: (1) SI ☐ (2) NO ☒ DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: Nariño MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: PASTO

ZONA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE: U ☒ R ☐ LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE: dentro de la empresa (3) PROPIOS DEL TRABAJO ☒ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐

INDIQUE CUAL SITIO: (1) ALMACENES O DEPOSITOS ☐ (2) AREAS DE PRODUCCION ☐ (3) AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS ☐ (4) CORREDORES ☐ (5) ESCALERAS ☐ (6) OTRAS AREAS COMUNES ☐ (7) OTRO, ESPECIFICAR: 25-01-2010

TIPO DE LESION: (1) FRACTURA ☐ (2) LUXACION ☐ (3) TENDON ROTURA, DESGARRO MUSCULAR, TENDON O LACERACION DE MUSCULO O TENDON SIN HERIDA ☐ (4) HEMERA ☐ (5) HEMATOMA SUPERFICIAL ☐ (6) HEMATOMA PROFUNDO ☐ (7) HEMORRAGIA ☐ (8) HEMORRAGIA INTERNA ☐ (9) AMPUTACION O ENLUCACION (excluye a partes del ojo) ☐ (10) ENVENENAMIENTO ☐ (11) OTRO, ESPECIFICAR: RECIBIDO PARA ESTUDIO

PARTES DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA ☐ (2) OJO ☐ (3) CUELLO ☐ (4) TRONCO ☒ (5) TORAX ☐ (6) ABDOMEN ☐ (7) MANOS ☐ (8) MIEMBROS INFERIORES ☐ (9) PIES ☐ (10) UNICIONES MULTIPLES ☐ (11) LESIONES GENERALES U OTRAS ☐

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONO EL TRABAJADOR): (1) MAQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (4) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (5) MATERIALES O SUSTANCIAS ☐ (6) AMBIENTE DE TRABAJO ☐ (7) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS ☐ (8.1) ANIMALES (aves o productos animales) ☐ (8.2) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS ☐

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE: (1) CAIDA DE PERSONAS ☒ (2) CAIDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADA, CHOCOS O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBRESFUEZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (6) EXPOSICION O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA ☐ (7) EXPOSICION O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (8) EXPOSICION O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCTIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS ☐ (9) OTRO, ESPECIFICAR: CAIDA DE LA ESCALERA

DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACION DEL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINO O CAUSO Y LOS DEMAS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE: Se cae de la escalera tipo A-22 que estaba en el pasillo de la oficina el 19-02-2010 a las 03:10 hrs.

PERSONAL QUE PRESENCIO EL ACCIDENTE: Se cae de la escalera tipo A-22 que estaba en el pasillo de la oficina el 19-02-2010 a las 03:10 hrs.

Hubo personas que presenciaron el accidente? SI ☒ NO ☐ en caso afirmativo diligenciar la siguiente informacion: 4-04-2013

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: Daniel Mora

TIPO DE IDENTIFICACION: CC CARGO: Publicitador Jr

ORIGINAL: L.P.S. - E.P.S.



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2013-03-20

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO S.A.

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 9410943

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-03-19
FECHA FINAL: 2013-04-02
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 313
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-03-20

Observaciones:

INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo


FIRMA AUTORIZADA

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648



ORIGINAL

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|---------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | jorge eduardo guzman prenk | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| | | | | | |
|---------------|----------------------|----------------|-----------|-----------------|---------------|
| CAUSA EXTERNA | accidente de trabajo | DX. PRINCIPAL: | m431 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

36100 anestesiologia consulta

1 deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'valoracion prequirurgica'

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|--|------------------|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | | |
| 0 | 0 | 0 | | 2.300,00 | 0 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

clinica los andes

clinica Santa Bibiana

DIRECCION: carrera 42 no 18 a 56

TELEFONO: 7993780

6514000

jorge eduardo guzman prenk

79435405

PROFESIONAL QUE AUTORIZA

REGISTRO PROF.

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2013-06-20

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO S.A.

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 9806809

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-06-17
FECHA FINAL: 2013-07-01
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 403
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-06-20

Observaciones:

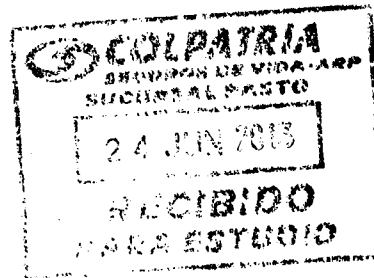
EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARL, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTÁ AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente, Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que expide: Carlos Ernesto Eraso Burbano

FIRMA AUTORIZADA



20 MAY 2013

96

P=15 días
A=2 JUNIO

dCoop
EPS

NIT: 800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 9661117

FECHA DE IMPRESIÓN: 2013-05-20

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcázar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO S.A.

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-05-18
FECHA FINAL: 2013-06-01
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 373
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-05-20

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARL, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTÁ AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide: Claudia Jimena Ramos

FIRMA AUTORIZADA



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2013-06-05

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO S.A.

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 9714937

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-06-02
FECHA FINAL: 2013-06-16
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 388
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-06-05

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ESTÁ A CARGO DE SU ARL, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTÁ AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica está sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: PREVENIR
Usuario que expide: Carlos Ernesto Eraso Burbano


FIRMA AUTORIZADA

San Juan de Pasto, Septiembre de 2013.

Doctora
MONICA OSORIO VELEZ
DIRECTORA OPERATIVA
ARL COLPATRIA
REGINAL CALI
E.S.D

REF. Recurso de Reposición y en subsidio Apelación

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR, mayor de edad y vecino de la ciudad de Pasto, identificado con la C.C.87.070.084 expedida en la ciudad de Pasto, dentro de las diligencias de la referencia, en la oportunidad legal pertinente presento **RECURSO DE REPOSICIÓN Y EN SUBSIDIO APELACIÓN** contra la decisión tomada por la administradora de riesgos laborales seguros de vida COLPATRIA S.A, que me fue notificada el 26 de Agosto del Año en curso, con fundamento en los siguientes:

HECHOS

1. Hace tres (3) años me desempeñaba como operativo (manejo de bodega y surtir mercancía) de la firma IML IMPULSO Y MERCADEO en esta ciudad la cual prestaba sus servicios a la entonces empresa CARREFOUR hoy denominada METRO.
2. El 19 de octubre de 2010, en desarrollo de mis actividades laborales tuve un accidente de trabajo al caer de una altura de tres (3) metros, en la bodega de CARREFOUR de la Ciudad de Pasto, el cual fue reportado ante la entidad accionada en debida forma sufriendo un Lumbago Postraumático, síndrome depresivo inicial, Cervicalgias postraumática, Dorsalgia postraumática, protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar y vejiga neurogena.
3. Debido al accidente sufrido permanecí más de 280 días con incapacidades generadas por la EPS SALUDCOOP.
4. Una vez cumplido este término, el 24 de agosto de 2011, fui remitido hasta la ciudad de Cali a medicina Laboral, donde se me determino una pérdida de la capacidad laboral del 7,95% y a los cuatro meses recibí la suma de

UN MILLON SEICIENTOS MIL PESOS (\$1.600.000), por concepto de indemnización teniendo en cuenta dicho porcentaje.

5. El 25 de agosto de 2011, el Doctor SIMON WILFREDO REY MUÑOZ, consideró posible mi retorno a sitio de trabajo pero teniendo en cuenta multiples recomendaciones a saber:
 - a. Alternar postura sedente con la de pie de mínimo cada 30 minutos.
 - b. Caminar máximo 30 minutos cada 4 horas.
 - c. Desplazamiento puntual por terrenos irregulares tomando las medidas necesarias para evitar lesiones sobre la parte del cuerpo afectado.
 - d. Manipulación de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5kg.
 - e. Levantamiento de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5kg.
 - f. Transporte de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta de 10kg.
 - g. Realización de labores en un puesto de trabajo en donde no sea necesaria la flexión – extensión frecuente de columna dorso lumbar durante el turno, manipulación de pesos livianos, trabajos en lo que no se tenga que hacer desplazamientos de manera frecuente en el turno y poder alternar a libre disposición la postura sentado – de pies.
 - h. Recibir inducción o re inducción en el puesto de trabajo de acuerdo a los planes establecidos por la empresa con énfasis en salud ocupacional.
 - i. Cumplir con las normas de salud ocupacional que han establecido por la empresa de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
 - j. Utilizar todos los elementos de protección personal requeridos para el cargo de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
 - k. Extender el cumplimiento de estas recomendaciones a las actividades realizadas fuera del trabajo.
6. Como mi estado de salud continuaba en mal estado, trataba de seguir con las indicaciones del medico tratante, a los 10 meses sin tener en cuenta las indicaciones del medico tratante fui enviado a surtir el cuarto frio y de inmediato se me empezaron a torcer mis brazos, manos y extremidades, por lo que fui remitido a sala de Urgencias de SALUDCOOP EPS, pero dicha patología no la reportaron como accidente laboral.
7. Desde ese momento se me habían expedido diferentes incapacidades médicas las cuales venían siendo canceladas por parte de la ARP accionada.
8. Finalmente el 11 de julio de 2013, sin más explicaciones, me informan que mi contrato termina al finalizar la jornada, en razón a la transacción comercial entre CARREFOUR Y CENCOSUD.

9. Esta situación me ha generado múltiples padecimientos tanto físicos como económicos, a la fecha acumulo más de 403 días de incapacidades por este hecho, sin embargo la entidad accionada se ha desentendido de cualquier tipo de obligación con el suscrito y la empresa termino mi contrato, dejándome en un completo estado de vulnerabilidad, ya que no se que camino tomar por cuanto todos me han cerrado las puertas, además de lo anterior se le ha negado el servicio de seguridad social, misma que necesita por que las secuelas del accidente persisten y requiere de valoración de medico laboral para que se determine el grado de invalidez.

10. En el mes de agosto de 2013, a través de acción de tutela se tutelaron los derechos a la vida digna y se ordeno a su despacho se sirva remitirme al medico laboral a fin de que se califique la perdida de la capacidad laboral ocurrido el 15 de abril de 2012.

11. El 13 de septiembre de 2013, fui remitido hasta la ciudad de Cali, donde fui valorado por el medico laboral y otros calificadores, sin embargo en esta valoración fue subjetiva ni siquiera revisaron la historia clínica, no me hicieron ejercicio de valoración ni nada parecido, únicamente me pesaron y me hicieron caminar de un lado a otro.

12. El día 26 de septiembre de 2013 recibí una notificación donde se me manifiesta que mi caso no se encuentra con el origen profesional de las patologías EXPOSICION A FRIO EXCESIVO DE ORIGEN ARTIFICIAL, sin considerar que esa no fue la causal de mi enfermedad con la que tengo que lidiar día a día, ni menos el numero de semanas con invalidez, tal como puede cerciorarse en la historia clínica aportada y que me permito anexar.

ARGUMENTOS DEL RECURSO

Las Administradoras de Riesgos Profesionales, de conformidad con lo establecido en el artículo 42 del Decreto-ley 1295 de 1994, a través de sus Comisiones laborales propias o a contrato deben evaluar la pérdida de la capacidad laboral, con base en el Decreto 917 de 1999, con el fin de garantizar el acceso a los derechos que tienen las personas afiliadas a la seguridad social.

En el caso en concreto la A.R.P COLÀTRIA en cumplimiento de la disposición anteriormente citada, emitió Dictamen del ORIGEN DE LA ENFERMEDAD adelantado por la administradora de Riesgos laborales, en el que se determino que no es una enfermedad profesional, siendo calificada la respectiva patología o evento no de origen profesional.

Frente a lo anterior he de manifestar que la Omisión en que incurrió la Administradora e Riesgos Laborales Seguros de Vida COLPATRIA S.A durante

ese lapso de tiempo no solo atento de forma flagrante contra mis Derechos Fundamentales, tales como el de la Salud y en general el de la Seguridad Social, sino que genero que mi situación se viera diferida en el tiempo y que no hubiere ningún tipo de garantía frente a mi estado, razón por la cual, emplee múltiples mecanismos, tales como el Derecho de Petición e incluso la Acción de Tutela a fin de Tutelar de manera efectiva los Derechos que venían siendo desconocidos. Al respecto en **Sentencia T 062** de 2009 la Honorable Corte Constitucional se pronuncio sobre este punto indicando: *que la importancia de los dictámenes proferidos por las Juntas de Calificación de Invalidez radica en que sus decisiones constituyen el fundamento jurídico autorizado, de carácter técnico científico, para proceder con el reconocimiento de las prestaciones sociales cuya base en derecho es la pérdida de la capacidad laboral de los usuarios del sistema de seguridad social. En este sentido, dichos dictámenes se convierten en documentos obligatorios para efectos del reconocimiento de las prestaciones a que se ha hecho alusión*"

Sin embargo hasta la fecha no he encontrado apoyo alguno en este despacho, ya que siempre se ha tratado de truncar mis pretensiones indemnizatorias al punto de manifestar que no tengo nada, que la invalidez que padezco es producto de mi mente y que nada tiene que ver con mis padecimientos.

Sobre todo manifestar que mi enfermedad se refiere a EXPOSICION A FRIO EXCESIVO DE ORIGEN ARTIFICIAL, sin considerar que mi enfermedad se agravo por el hecho de que no se cumplieron con las indicaciones del medico tratante y mi padecimiento es producto de esa omisión por parte de mi jefe superior.

Por lo que requiero que se surta la revisión de mi caso ante la junta de calificación de invalidez, donde se revise mi caso con un adecuado manejo y no se vulnere mi realidad y todas las limitaciones que cada día padezco.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Decreto 917 de 1999.
2. Artículos 41 – 42 – 43 de la Ley 100 del 93.
3. Decreto 2463 de 2001.

PETICIONES

1. Solicito de manera respetuosa se sirva revocar la decisión de que mi caso no se encuentra de acuerdo con el origen profesional.

2. Subsidiariamente y en caso que no se revoque el Dictamen de Calificación de la Perdida de la Capacidad Laboral y determinación de la Invalidez interpongo Recurso de Apelación ante la Junta Nacional de Calificación contra el mismo Acto.
3. De la decisión que se tome respecto del presente Recurso, solicito se me expida Copia Autentica al momento de la Notificación personal.

PRUEBAS

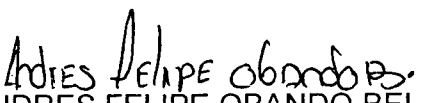
1. Copia de mi epicrisis.
2. Copia de mi cedula de ciudadanía.

ANEXOS

1. Los relacionados en el Acápite de Pruebas.

NOTIFICACIONES

Las notificaciones personales las recibiré en la manzana D casa 16 barrio Panorámico de la Ciudad.


ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR,
C.C.87.070.084 expedida en la ciudad de Pasto,



Santiago de Cali, Septiembre 23 de 2013

Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
CALI

CEDULA: 87.070.084
EMPRESA: IMPULSO Y MERCADEO S.A.
LESION: EXPOSICION A FRIO EXCESIVO DE ORIGEN ARTIFICIAL, E
SINIESTRO: 20101017557 **FECHA DE EVENTO** 2010-10-19

Cordial Saludo:

La Administradora de Riesgos Laborales Seguros de Vida Colpatria S.A. le informa que según la revisión de su caso no se encuentra de acuerdo con el origen profesional de las patologías **EXPOSICION A FRIO EXCESIVO DE ORIGEN ARTIFICIAL, E** dado por su EPS.

Tal como lo establece la normatividad vigente en el Decreto 2463 de 2.001, en caso de no compartir la decisión tomada, usted podrá solicitar ante la Administradora y por escrito, la revisión del caso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, para lo cual cuenta con un plazo no superior a diez (10) días hábiles posteriores al recibo de este documento. Los costos de este trámite serán asumidos por ARL Colpatria de acuerdo a lo contemplado en la norma citada anteriormente

Atentamente,

MONICA OSORIO VELEZ
Directora Operativa
ARL Colpatria
Regional Cali

FIRMA DE RECIBIDO: _____ **NUMERO DE CEDULA** _____
NOMBRE COMPLETO: _____ **FECHA DE RECIBIDO:** _____
DIRECCIÓN: _____ **TELEFONO:** _____

CC. Departamento de Medicina Laboral
CC. EMPRESA
CC. EPS TRABAJADOR

84

CLINICAL SPA

CR 41 17A 95
7317070

Paciente: CC 87070684 OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Admisión: 27267

Fecha de Nacimiento: 21/6/1985

Ubicación del Paciente: -

Estado Civil: SOLTERO(A)

Edad: 27 a 8 m 17 d

Sexo: Masculino

Dirección: MZ D CASA 16 PANORAMICO 1

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ciudad: PASTO

Telefono: 3185014291

Religión: NO APLICA

Ocupación: EMPLEADO

APBs: PARTICULARES

Sucursal: PARTICULARES

Contrato: CLINICAL SPA

Tipo de vinculación: Cotizante/Afiliado

CONTROL MEDICINA DEL DOLOR

Fecha y Hora de atención:

08/03/2013 3:43 p.m.

Profesional: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

Especialidad: MEDICINA DEL DOLOR

Tp Admisión: AMBULATORIO

Hora Ingreso: 08/03/2013 2:12 p.m.

Datos de la Consulta - Datos de la Consulta

Motivo Consulta - PACIENTE ACUDE A CONTROL.

Evolucion - Datos de Evolucion

Evolucion del Paciente - PACIENTE AUN NO HA SIDO VALORADO POR CIRUGIA DE COLUMNA PARA DEFINIR CONDUCTA QUIRURGICA. PACIENTE A PRESENTADO RECAIDAS, CON HENMATURIA Y TENESMO VESICAL. EN ESPERA DE VALORACION POR UROLOGIA.

PACIENTE SE ESTA MANEJANDO CON PREGABALINA 150 MGR CADA 12 HORAS. CODEINA MAS ACETAMINOFEN 1 TABLETA CADA 8 HORAS CON LO QUE MEJORA EL CONTROL NALGESICO.

Conducta - Plan de Tratamiento

Plan de Tratamiento - PREGABALINA 150 MGR CADA 12 HORAS

CODEINA MAS ACETAMINOFEN 30/500 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS

VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA

OMEPRAZOLE 40 MGR EN AYUNAS

CONTROL EN 2 MESES.

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: M511

Nombre: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS* CON RADICULOPATIA

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

Categoría: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Información Complementaria

Finalidad de la Consulta

Causa externa

Finalidad del Procedimiento

DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO

ENFERMEDAD GENERAL

Maria C. Bastidas

Profesional que clausura: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

CC 36998539 R.M. 2232/89

Profesional que elabora: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA CC 36998539 R.M. 2232/89

Fecha y hora del registro: 08/03/2013 3:57 p.m.

CLINICAL SPA
Belleza para todos los gustos
María Constanza Bastidas C.
Anestesióloga
R.M. 016532401

Reconocimiento

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

NIT:800250119

-estado del trámite: Se

FECHA IMPRESIÓN : 01-abril-2011

Nº : 6371530

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO 1

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: 6R10
FECHA INICIAL: 01-Abril-2011
FECHA FINAL: 30-Abril-2011
DÍAS OTORGADOS: 20
DÍAS ACUMULADOS: 350
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PROBABLE
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 01-Abril-2011
FECHA ATP: 19-October-2010

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR, PARA QUE
ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

- Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
- El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 013 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Saludcoop Clinica Norte
Usuario que Expide: Jenny del Socorro Jimenez Zambrano

FIRMA AUTORIZADA

HE

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

NIT:800250119

-estado del tramite: Sin

Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 23-marzo-2011

N° : 6341221

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO 1

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M510
FECHA INICIAL: 22-Marzo-2011
FECHA FINAL: 31-Marzo-2011
DÍAS OTORGADOS: 10
DÍAS ACUMULADOS: 140
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 23-Marzo-2011
FECHA ATP: 19-October-2010

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que Expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo

FIRMA AUTORIZADA

tramite:Expedida

FECHA IMPRESIÓN : 02-marzo-2011

N° : 6251863

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| N° IDENTIFICACIÓN: | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Obando Belalcazar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | |
|-----------------------|----------------------|
| N° DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO 1 |

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

| | |
|-------------------|------------------------|
| CÓDIGO DX CIE 10: | M510 |
| FECHA INICIAL: | 02-Marzo-2011 |
| FECHA FINAL: | 21-Marzo-2011 |
| DÍAS OTORGADOS: | 20 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 120 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | PRORROGA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 02-Marzo-2011 |
| FECHA ATP: | 02-Marzo-2011 |

Observaciones:

carlos benavides fisiatria,

Notas:

-Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

CLINICA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Sur
Usuario que Expide: Ayde Esperanza Erazo Mosquera

FIRMA AUTORIZADA



CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

NIT:800250119

-estado del tramite:Sin

Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 15-febrero-2011

N° : 6186963

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO 1

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M500
FECHA INICIAL: 15-Febrero-2011
FECHA FINAL: 01-Marzo-2011
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 105
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 15-Febrero-2011
FECHA ATP: 15-Octubre-2010

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la direccion del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 2000.

CLINICA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte
Médico que Expide: Dayana Elizabeth Narvaez Lopez

FIRMA AUTORIZADA





NIT:800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES
-estado del tramite: Sin Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 31-diciembre-2010

N° : 4903505

| INFORMACIÓN DEL AFILIADO | |
|--------------------------|---------------------------------|
| N° IDENTIFICACIÓN: | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Obando Belalcazar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

| INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR | |
|---------------------------|--------------------|
| N° DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO |

| INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA | |
|--|------------------------|
| CÓDIGO DX CIE 10: | M500 |
| FECHA INICIAL: | 01-Enero-2011 |
| FECHA FINAL: | 15-Enero-2011 |
| DÍAS OTORGADOS: | 15 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 60 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | PRORROGA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 31-Diciembre-2010 |
| FECHA ATP: | 29-October-2010 |

Observaciones:

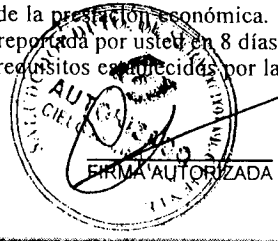
EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

UBICACIÓN IPS DE EXPEDICIÓN: Saludcoop clinica los andes
Usuario que Expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo



HeCn

FECHA IMPRESIÓN : 14-diciembre-2010

N° : 4721050

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 17-Diciembre-2010
FECHA FINAL: 31-Diciembre-2010
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 45
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 14-Diciembre-2010
FECHA ATP: 14-Diciembre-2010

Observaciones:

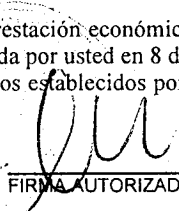
, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTÁ AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

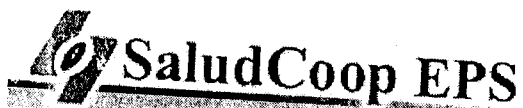
Notas:

-Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

CINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte
Ario que Expide: Dayana Elizabeth Narvaez Lopez


FIRMA AUTORIZADA



NIT:800250119

FECHA IMPRESIÓN : 01-diciembre-2010

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES
-estado del tramite: Sin Reconocimiento

N° : 4433138

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| INFORMACIÓN DEL AFILIADO | |
| N° IDENTIFICACIÓN: | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Obando Belalcazar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

| | |
|----------------------------------|--------------------|
| INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR | |
| N° DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO |

| | |
|---|---------------------------|
| INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA | |
| CÓDIGO DX CIE 10: | M511 |
| FECHA INICIAL: | 02-Diciembre-2010 |
| FECHA FINAL: | 16-Diciembre-2010 |
| DÍAS OTORGADOS: | 15 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 3C |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | PRORROGA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria No Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 01-Diciembre-2010 |
| FECHA ATP: | 01-Diciembre-2010 |

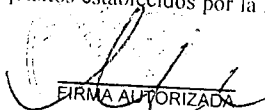
Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS
ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

- Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
- El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte
Usuario que Expide: Dayana Elizabeth Narvaez Lopez


FIRMA AUTORIZADA



Corporación IPS

Saludcoop

NIT 830.106.376-1

SOLICITUD DE SERVICIOS No.

110470

| | | |
|--|--|---|
| Fecha de Atención: AA MM DD 11 01 31 | Fecha de Entrega: AA MM DD [] [] [] | Nombre del Paciente: Andrea Felipe Olando Belalcázar |
|--|--|---|

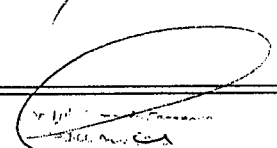
| | | | |
|---|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| Tipo de Documento: TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No. de Documento: 87970088 | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO |
|---|-------------------------------|--|-----------------------------------|

IPS:

DIAGNOSTICO

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Diagnóstico Principal | Diagnósticos Secundarios |
| | |

SERVICIOS SOLICITADOS

| PROCEDIMIENTO | Cantidad | OBSERVACIONES |
|---|----------------------|--|
| Incapacidad médica por treinta (30) días | | |
| / | | |
| / | | |
| / | | |
| Nombre del Médico:  | 15 FEB 2011 15-05 | No. de Registro Médico: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |

VIGILADO

| | | | |
|--|--|--|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 10 11 30 | | Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando | |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | No. de Documento 8707008Y | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| IPS: | | Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | |

Diagnóstico

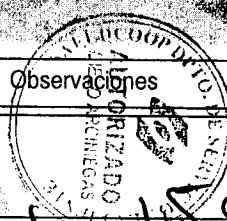
| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Diagnóstico Principal | Diagnósticos Secundarios |
| | |

Servicios Solicitados

| Procedimiento | Cantidad | Observaciones |
|--|----------|---------------|
| incapacidad medica por (30) treinta dias | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nombre del Médico: *[Firma]*
Médico Neurocirujano

No. de Registro Médico: *[Firma]*



01 Dic 2010

01 Dic 2010

Pendiente 15 dias
Ingreso



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
H.S.E.O.**

DR. SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ A.
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL - EXPERIENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL - DERECHO DEL TRABAJO
AUDITOR OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ENVIROMET
CES. RI. BRITHIS PETROLEUM. BEREAU VERITAS - UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

NOMBRE:

Don Felipe Osorio

FECHA

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 30 | XI | 10 |

R/s.

*- Se prolonga
vacaciones
por 30 días
a partir del
1 de Enero
2011*

[Signature]

DOCENTE
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
Bureau de Riscos Industriels
Auditor HSCA ENVIRONMENT AND SAFETY
ENVIROMET - PE 1658 / 25-100



Liquidación de Prestaciones Económicas

Liquidación de Prestaciones Económicas

Bogotá D.C., 14-diciembre-2010

Señor(es):

IMPULSO Y MERCADEO

Dirección: CL 50 # 78 A - -70, Teléfono: 4220400

Manizales Caldas

Respetados Señores:

Rechazada

NIT : 800028659

Número Autorización : **1473402712** este numero se debe registrar en la planilla de autoliquidación, en la casilla 25 en el campo Autorización.

Cordialmente anexo la liquidación de la prestación económica otorgada a nuestro Afiliado(a) Obando Belalcazar Andres Felipe, identificado(a) con el número 87070084 .

Esta prestación económica **deberá** ser descontada en la planilla de autoliquidación, donde se cancelen los aportes de salud del mes 12 del año 2010 **en adelante**, adjuntando este documento original.

INFORMACION GENERAL DE LA INCAPACIDAD -4721050

| | | | |
|-------------------|----------------------|----------------------------|------|
| TIPO : | PRORROGA | CÓDIGO DIAGNÓSTICO CIE 10: | M511 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo | DÍAS OTORGADOS: | 15 |
| SALARIO BASE: | \$ 515000 | DÍAS ACUMULADOS: | 60 |
| FECHA INICIO: | 17-Diciembre-2010 | DÍAS LIQUIDADOS: | 0 |
| FECHA FIN : | 31-Diciembre-2010 | VALOR TOTAL SIN APOORTE: | \$ 0 |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 14-Diciembre-2010 | VALOR APOORTE (8.5 %): | \$ 0 |
| ÁMBITO: | AMBULATORIO | VALOR TOTAL PRESTACIÓN: | \$ 0 |

El valor total que podrá descontarse en el mes es: **\$0**. Este VALOR deberá ser incluido en la Planilla de Autoliquidación, Casilla 25, en el campo VALOR

INFORMACIÓN DEL PERIODO CAUSADO DE LA LIQUIDACIÓN N°1473402712

| | | | |
|------------------------|------|--------------------|------|
| DÍAS CAUSADOS MES: | 0 | VALOR SIN APORTES | \$ 0 |
| VALOR APOORTE (8.5%) : | \$ 0 | MES: | \$ 0 |
| | | VALOR CAUSADO MES: | \$ 0 |

PARA PERSONAS JURIDICAS: Para el proceso de giro de saldos a favor del Empleador por concepto de licencias e incapacidades, nuestra EPS esta realizando abonos por transferencia de fondos. Si su empresa lo requiere, deberá informar a través de la carta de solicitud lo siguiente: Nombre de la entidad Bancaria, Número de Cuenta Bancaria y Tipo de Cuenta donde desea sea abonado el saldo de la prestación económica, adjuntando una copia de extracto bancario de la cuenta o una certificación bancaria de la misma. De igual forma, deberá informar la direccion de correo electrónico donde remitir la confirmación del abono del giro a la cuenta bancaria reportada .

No olvide anexar a la carta de solicitud los siguientes soportes: camara de comercio no mayor a 30 dias de expedicion, fotocopia del RUT, fotocopia de la cédula del representante legal y copia de la ultima planilla donde realizo el descuento

Observaciones:

RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Decreto:

DEC 1295 DE 1994 ART. 2 LITERAL B Y C , ART. 34

Cordialmente:

Dayana Elizabeth Narvaez Lopez

Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte

Firma Autorizada

SI TIENE ALGUNA INQUIETUD RESPECTO AL VALOR LIQUIDADO, POR FAVOR COMUNÍQUESE A NUESTRO SERVICIO DE EPS EN LINEA, A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS; EN BOGOTÁ 6511000, EN EL RESTO DE PAIS 018000120096

Elaboró: sistema sistema

Original

Fecha : 14/12/2010 15:57:14





Liquidación de Prestaciones Económicas

Liquidación de Prestaciones Económicas

Bogotá D.C., 01-diciembre-2010

Señor(es):

IMPULSO Y MERCADEO

Dirección: CL 50 # 78 A - -70, Teléfono: 4220400

Manizales Caldas

Respetados Señores:

Rechazada

NIT : 800028659

Número Autorización : **1445129912** este numero se debe registrar en la planilla de autoliquidación, en la casilla 25 en el campo Autorización.

Cordialmente anexo la liquidación de la prestación económica otorgada a nuestro Afiliado(a) Obando Belalcazar Andres Felipe, identificado(a) con el número 87070084.

Esta prestación económica **deberá** ser descontada en la planilla de autoliquidación, donde se cancelen los aportes de salud del mes 12 del año 2010 en adelante, adjuntando este documento original.

INFORMACION GENERAL DE LA INCAPACIDAD -4433138

| | | | |
|-------------------|----------------------|----------------------------|------|
| TIPO : | PRORROGA | CÓDIGO DIAGNÓSTICO CIE 10: | M511 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo | DÍAS OTORGADOS: | 15 |
| SALARIO BASE: | \$ 532500 | DÍAS ACUMULADOS: | 45 |
| FECHA INICIO: | 02-Diciembre-2010 | DÍAS LIQUIDADOS: | 0 |
| FECHA FIN : | 16-Diciembre-2010 | VALOR TOTAL SIN APORTE: | \$ 0 |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 01-Diciembre-2010 | VALOR APORTE (8.5 %): | \$ 0 |
| ÁMBITO: | AMBULATORIO | VALOR TOTAL PRESTACIÓN: | \$ 0 |

El valor total que podrá descontarse en el mes es: **\$0**. Este VALOR deberá ser incluido en la Planilla de Autoliquidación, Casilla 25, en el campo VALOR

INFORMACIÓN DEL PERIODO CAUSADO DE LA LIQUIDACIÓN N°1445129912

| | | | |
|-----------------------|------|------------------------|------|
| DÍAS CAUSADOS MES: | 0 | VALOR SIN APORTES MES: | \$ 0 |
| VALOR APORTE (8.5%) : | \$ 0 | VALOR CAUSADO MES: | \$ 0 |

PARA PERSONAS JURIDICAS: Para el proceso de giro de saldos a favor del Empleador por concepto de licencias e incapacidades, nuestra EPS esta realizando abonos por transferencia de fondos. Si su empresa lo requiere, deberá informar a través de la carta de solicitud lo siguiente: No.mbre de la entidad Bancaria, Número de Cuenta Bancaria y Tipo de Cuenta donde desea sea abonado el saldo de la prestación económica, adjuntando una copia de extracto bancario de la cuenta o una certificación bancaria de la misma. De igual forma, deberá informar la direccion de correo electrónico donde remitir la confirmación del abono del giro a la cuenta bancaria reportada.

No olvide anexar a la carta de solicitud los siguientes soportes: camara de comercio no mayor a 30 dias de expedicion, fotocopia del RUT, fotocopia de la cédula del representante legal y copia de la ultima planilla donde realizo el descuento

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Decreto:

DEC 1295 DE 1994 ART. 2 LITERAL B Y C , ART. 34

Cordialmente:

Dayana Elizabeth Narvaez Lopez

Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte

Firma Autorizada

SI TIENE ALGUNA INQUIETUD RESPECTO AL VALOR LIQUIDADADO, POR FAVOR COMUNÍQUESE A NUESTRO SERVICIO DE EPS EN LINEA, A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS; EN BOGOTÁ 6511000, EN EL RESTO DE PAIS 018000120096

Elaboró: sistema sistema

Original

Fecha : 01/12/2010 12:50:58



Andrés Felipe Obando

87070084

Pneumonia complicada del

26 ~~ago~~ noviembre al 1 Dic.

2010

25 NOV 2010
6 días

LA: neumonía

Salud Cooperativa Los Andes S.A.
DIRECCION MEDICA

NOMBRE DEL MEDICO A QUIEN SE REMITE:

FIRMA

Nº REGISTRO

VALIDO POR 15 DIAS HABILES

UNA COPIA: HISTORIA CLINICA

No. AUTORIZACION: 3574457

Andres Obando
87070084

APP

1. Tronco mesopodid x
8 días a partir del
15 XI. 10.

15: Tronco del dorso menor.
MNTI

17 NOV. 2013

NOMBRE DEL MEDICO A QUIEN SE REMITE:

FIRMA

VALIDO POR 15 DIAS HABLES

1ra. COPIA: HISTORIA CLINICA

No. AUTORIZACION: 3674437

Clínica y Cirugía Los Andes S.A.
DIRECCIÓN MEDICA
REGISTRO



NIT:800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES
-estado del tramite: Sin Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 17-noviembre-2010

N° : 4368985

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 18-Noviembre-2010
FECHA FINAL: 25-Noviembre-2010
DÍAS OTORGADOS: 8
DÍAS ACUMULADOS: 16
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 17-Noviembre-2010
FECHA ATP: 19-October-2010

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO
ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:
Este certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica
generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047
de 2000.

CLINICA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte
Médico que Expide: Janeth Eliana Moreno Lopez

FIRMA AUTORIZADA

Hecho

INTERCONSULTA

RESUMEN DATOS CLINICOS:

RESPUESTA (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO)

Andres Obando

87070084

APP

1. Punción inapropiada x
8 días a partir del
15 XI. 10

15. Truncos del dedo meñique
MSTI

NOMBRE DEL MEDICO A QUIEN SE REMITE:

FIRMA

VALIDO POR 15 DIAS HABILES

Salud con Clinica Los Andes S.A.
DIRECTOR MEDICA

1ra. COPIA: HISTORIA CLINICA

No. AUTORIZACION: 3674437

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES
-estado del trámite: Sin Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 11-noviembre-2010

N° : 4359324

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| N° IDENTIFICACIÓN: | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Obando Belalcazar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | |
|-----------------------|--------------------|
| N° DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO |

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

| | |
|-------------------|------------------------|
| CÓDIGO DX CIE 10: | M511 |
| FECHA INICIAL: | 15-Noviembre-2010 |
| FECHA FINAL: | 17-Noviembre-2010 |
| DÍAS OTORGADOS: | 3 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 13 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | PRORROGA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 11-Noviembre-2010 |
| FECHA ATP: | 19-October-2010 |

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
-El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Sur
Usuario que Expide: Viviana Castellanos Yaqueno


FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

-estado del trámite: Sin Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 11-noviembre-2010

N° : 4359321

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 10-Noviembre-2010
FECHA FINAL: 14-Noviembre-2010
DÍAS OTORGADOS: 5
DÍAS ACUMULADOS: 8
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 11-Noviembre-2010
FECHA ATP: 19-October-2010

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

- Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
- El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Sur
Usuario que Expide: Viviana Castellanos Yaqueno

FIRMA AUTORIZADA


HeCOn

FECHA IMPRESIÓN : 11-noviembre-2010

Nº : 4359301

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nº IDENTIFICACIÓN: 87070084
 NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belcazar Andres Felipe
 TIPO AFILIADO: COTIZANTE
 TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nº DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
 RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: S341
 FECHA INICIAL: 05-Noviembre-2010
 FECHA FINAL: 09-Noviembre-2010
 DÍAS OTORGADOS: 5
 DÍAS ACUMULADOS: 3
 ORIGEN: Accidente De Trabajo
 TIPO: PRORROGA
 ÁMBITO: Ambulatoria Quirúrgica
 FECHA EXPEDICIÓN: 11-Noviembre-2010
 FECHA ATP: 19-October-2010

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
 El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Sur
 Usuario que Expide: Viviana Castellanos Yaqueño

FIRMA AUTORIZADA

HeC

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

No. 801010000093664

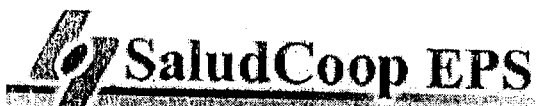
Fecha: 2010/11/04

Paciente: CC 87070084 ANDRES FELIPE OBAÑO BELCAZAR Tipo Afiliado: COTIZANTE
 Convenio: Tarifario SOAT Vigente Clinica Los Andes - POS Nivel Salarial: 1 Teléfono: 7293381
 IPS Primaria: PASTO NORTE CORPORACION IPS SALUDCOOP NARIÑO
 Fecha Inicial Inc: 04/11/2010 Fecha Final Inc: 08/11/2010 Dias Incapacidad: 5
 Edad Gestacional: 0 Nro. Inc. Anterior: 4815282 PRORROGA
 Tipo Incapacidad: Ambulatoria No Quirúrgica Tipo Plan: Terceros
 Concepto Incapacidad Observaciones Estado Incapacidad
 AT SIN LIQUIDAR

Diagnostico: S341

Profesional: Elen Esteban Ceron Muñoz

Registro Profesional: 5204402007



NIT:800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES
-estado del tramite:Liquidada

FECHA IMPRESIÓN : 11-noviembre-2010

Nº : 801010000093355

| INFORMACIÓN DEL AFILIADO | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Nº IDENTIFICACIÓN: | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Obando Belalcazar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

| INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR | |
|---------------------------|--------------------|
| Nº DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO |

| INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA | |
|--|---------------------------|
| CÓDIGO DX CIE 10: | S341 |
| FECHA INICIAL: | 02-Noviembre-2010 |
| FECHA FINAL: | 04-Noviembre-2010 |
| DÍAS OTORGADOS: | 3 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 0 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | NJEVA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria No Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 11-Noviembre-2010 |
| FECHA ATP: | 01-Noviembre-2010 |

Observaciones:

, LA INCAPACIDAD ES MENOR A 3 DÍAS, POR LO CUAL DEBE SER CUBIERTA POR EL EMPLEADOR. LA EPS NO ESTÁ AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Clínica Los Andes
Usuario que Expide: Efrén Esteban Ceron Muñoz

FIRMA AUTORIZADA

(Handwritten signature)

| CERTIFICADO DE INCAPACIDAD | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|--|
| SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A | | | |
| No. 801010000093355 | | Fecha: 2010/11/01 | |
| Paciente: CC 87070084 | Andres Felipe Obando Belalcazar | Tipo Afiliado: COTIZANTE | |
| Convenio: Convenio Saludcoop Evento Clínica Los Andes - Pos | Nivel Salarial: 1 | Teléfono: 7293381 | |
| IPS Primaria: IPS NORTE CORPORACION IPS SALUDCOOP NARIÑO | | | |
| Fecha Inicial Inc: 02/11/2010 | Fecha Final Inc: 04/11/2010 | Días Incapacidad: 3 | |
| Edad Gestacional: 0 | Nro. Inc. Anterior: 0 | NUEVA | |
| Tipo Incapacidad: Ambulatoria No Quirúrgica | Tipo Plan: POS Contributivo | | |
| Concepto Incapacidad | Observaciones | Estado Incapacidad | |
| AT | | SIN LIQUIDAR | |
| Diagnostico: S341 | | | |

Profesional: Efrén Esteban Ceron Muñoz

Registro Profesional: 5284462007

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

No. 801010000094143

Fecha: 2010/11/10

Paciente: CC 87070084

Andres Felipe Obando Belalcazar

Tipo Afiliado : COTIZANTE

Convenio Convenio Saludcoop Evento Clinica Los Andes - Pos

Nivel Salarial : 1

Teléfono : 7293381

IPS Primaria: PASO NORTE CORPORACION IPS SALUDCOOP NARIÑO

Fecha Inicial Inc: 2010/11/10

Fecha Final Inc: 2010/11/14

Días Incapacidad: 5.

Edad Gestacional: 0

Nro. Inc. Anterior: 4833921

NUEVA

Tipo Incapacidad: Ambulatoria No Quirúrgica

Tipo Plan POS Contributivo

Concepto Incapacidad

Observaciones

Estado Incapacidad

Enfermedad General

SIN LIQUIDAR

Diagnostico : F419

Profesional: Alvaro Gonzalo Ortega Ponce

Registro Profesional: 10259

RECOMENDACIONES HCL
SC CLINICA LOS ANDES

Fecha Atención: 2011/04/11

Registro No.: 158397433

Paciente: CC 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Profesional: Jorge Luis Paz Bastidas

Registro Profesional: 18051

Especialidad: UROLOGIA

Recomendaciones

tratamiento medico control en 2 meses

Jorge Luis Paz B

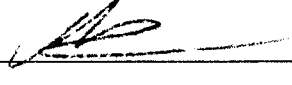
Firma



Nit. 900.145.238-3

Cra. 33A No. 20-42 La Riviera
Teléfono: 7310888 - 7311524
San Juan de Pasto

RECIBO DE CAJA MENOR**No. 2560**

| | | | |
|--------------------------|--------------|--|-------|
| FECHA | Marzo 29/11. | POR \$ | 2.100 |
| PAGADO A / O RECIBIDO A: | | | |
| Andrés Obando | | | |
| POR CONCEPTO DE: | | | |
| Corte moderación: | | | |
| Salud exp. | | | |
| APROBADO | | FIRMA RECIBIDO | |
| | |  | |
| | | C.C. o NIT. | |

| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|-------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadania | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion-Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clinica Los Andes | | | | RITHA ZENEIDA TORO RIOS | |
| ENTIDAD RECOBRO | | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|------|---------------------|--------------------------------------|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | | ENFERMEDAD GENERAL | | DX. PRINCIPAL: M541 | DX. SECUNDARIOS |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | | Cant | FINALIDAD | Lateralidad |
| 35100 | Fisiatria Control | | 1 | diagnostico | No Aplica |
| | | | | | FECHA APROBACIÓN: 2011/03/23 vb drps |

| | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------------|--|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | | |
| 0 | 0 | 0 | 2.400,00 | | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

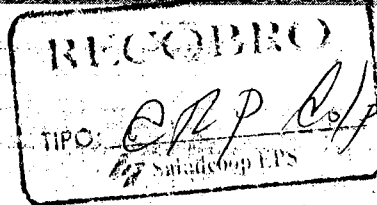



| | |
|---|--|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| NI 900145238 UNIDAD MEDIA UROLOGICA DE NARIÑO | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 33 A NO. 20-42 AV LOS ESTUDIANTES Pasto Pasto |
| TELÉFONO | 7310888 |

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION



AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 62981272  ORIGINAL

| | | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|---------------------------------|------------------------------|
| NOMBRES DEL PACIENTE Andrés Felipe Obando Belalcázar | | TIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE IDENT. Cédula Ciudadanía | IDENTIFICACIÓN 87070084 | EDAD 25 Años |
| NIVEL 1 | PLAN IPOS | IPS PRIMARIA: Corporación Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA Clínica Los Andes | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE Cielo Yasqueline Arce Reyes | | |
| ENTIDAD RECOBRO OTRA REGIONAL | | | | | |
| PROCEDIMIENTO (CÓDIGO) INTERVENCIÓN A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA/ENFERMEDAD GENERAL | | CÓDIGO PRINCIPAL: (MSIS) CÓDIGO SECUNDARIOS | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cat | FINALIDAD | Later | OBSERVACIONES |
| 29101 | Electromiografía (cada extremidad) | 4 | terapéutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |
| 29102 | Neuroconducción | 4 | terapéutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |
| 29106 | Reflejo H.F. o palpebral | 4 | diagnóstico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS | |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | CUOTA MODERADORA | 0.00 | |
| 0 | 0 | 0 | 0.00 | | |
| PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN | | | | | |
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | | | | | |
| Vivir Lida | | | | | |
| DIRECCIÓN: CARRERA 42 No 18 A - 58 PISO 6 CLÍNICA LOS ANDES | | | | | |
| EXT 600 | | | | | |
| TELÉFONO: 7314473 | | | | | |
| MEDICO QUE AUTORIZA | | | | | |
| REGISTRO MEDICO | | | | | |
| IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA ÚNICAMENTE EN LOS DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN | | | | | |

10 AM
UROLAN
 Dr Carlos Benavides
 Fisioterapeuta

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|---------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| clinica los andes | | | | jorge luis paz bastidas | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

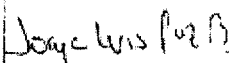
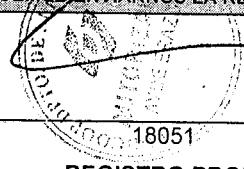
| | | | | | |
|---------------|--------------------|----------------|-----------|-----------------|---------------|
| CAUSA EXTERNA | enfermedad general | DX. PRINCIPAL: | n318 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

31108 ecografia renal (riñones, bazo o aorta) 1 diagnostico No Aplica fecha aprobacion: 2011/03/03 "

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | | | |
|--|--|--------------------------------|-----------------------|
|  jorge luis paz bastidas PROFESIONAL QUE AUTORIZA |  18051 REGISTRO PROF. | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| | | clinica los andes | |
| | | DIRECCION: | carrera 42 no 18 a-56 |
| | | TELEFONO: | 7333780 7319800 |

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

RECIBIDO
APP

Transit

10 MAR 2011

112

| | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|------------------------|------------------------------|---------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips nariño - pasto norte | | | | erbin torbin narvaez solarte | |
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | | DX. PRINCIPAL: | | DX. SECUNDARIO: | |
| enfermedad general | | g551 | | g952 | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

36100 ortopedia consulta

1 deteccion temprana de no aplica
enfermedad general

fecha aprobación: 2010/11/23 "

| | | | | |
|---|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | | 2,100.00 | 0 |
| PRESTADO EL SERVICIO LE ABRASAREMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION | | | | |

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

clinica los andes

DIRECCION: carrera 42 no 18 a-56

TELEFONO: 7333780

erbin torbin narvaez solarte

5207090

PROFESIONAL QUE AUTORIZA

REGISTRO PROF.

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

7319800 7293381
3185014291

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 51691356



SaludCoop



ORIGINAL

113

| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clinica Los Andes | | | | Viviana Castellanos Yaqueno | |
| ENTIDAD RECOBRO | | | | | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR

| | | | | | |
|---------------|----------------------|---------------------|-----------------|-------------|------------------------------|
| CAUSA EXTERNA | ACCIDENTE DE TRABAJO | DX. PRINCIPAL: M511 | DX. SECUNDARIOS | | |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 36100 | Psiquiatria Consulta | 1 | diagnostico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/11/11 |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | |
|-----------------|-------------|------------------|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | |
| 0 | 0 | 0 | 0.00 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

Hospital San Rafael

DIRECCIÓN

CALLE 15 No 42 C - 35

TELEFONO

7235144

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

ARP

214
RECOMENDACIONES HCL
SC CLINICA LOS ANDES

Fecha Atención: 2011/03/03

Registro No.: 154557172

Paciente: CC 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Profesional: Jorge Luis Paz Bastidas

Registro Profesional: 18051

Especialidad: UROLOGIA

Recomendaciones

se solicitan exámenes

Firma

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

No. 801010000101273

Fecha: 2011/02/28

| | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| Paciente: CC 87070084 | Andres Felipe Obando Belalcazar | Tipo Afiliado: COTIZANTE |
| Convenio: Tarifario SOAT Vigente Clinica Los Andes - POS | Nivel Salarial: 1 | Teléfono: 7293381 |
| IPS Primaria: PASTO NORTE CORPORACION IPS SALUDCOOP NARIÑO | | |
| Fecha Inicial Inc: 2011/02/28 | Fecha Final Inc: 2011/03/02 | Días Incapacidad: 3 |
| Edad Gestacional: 0 | Nro. Inc. Anterior: 0 | |
| Tipo Incapacidad: Ambulatoria No Quirúrgica | NUEVA | Tipo Plan: Terceros |

Concepto Incapacidad
Enfermedad General

Observaciones
hernias discales en tratamiento

Estado Incapacidad
SIN LIQUIDAR

Diagnostico: M511

Profesional: Alvaro Gonzalo Ortega Ponce

Registro Profesional: 10259

30/03/2011
10:52 AM
COTIZANTE

FORMULA MEDICA : 18865648

Fecha Atención: 2010/11/10 00:00:00

Fecha Entrega: 2010/11/10

Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando Belalcazar

Identificación: CC 87070084

Tipo Plan: POS Contributivo

Convenio: Convenio Saludcoop Evento Clinica Los Andes - Pos

IPS Primaria: Pasto norte Corporacion ips saludcoop Nariño

Nivel Salarial: Contributivo

I.P.S Atiende: SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

Edad: 25

Tipo Recetario

Medicamentos

AMITRIPTILINA CLORHIDRATO TAB. x25mg (TAB) -
Pendiente - 2010/11/10, 5

Posologia

1 TABLETA EN LAS NOCHES

Observaciones

Profesional

Alvaro Gonzalo Ortega Ponce

Registro Médico: 10259

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición.

FORMULA MEDICA : 18791650

Fecha Atención: 2010/11/04 Fecha Entrega: 2010/11/04
Nombre del Paciente: ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCAZAR Identificación: CC 87070084
Tipo Plan: Terceros Convenio: Tarifario SOAT Vigente Clinica Los Andes - POS
IPS Primaria: Pasto norte Corporacion ips saludcoop Nariño Nivel Salarial: 1
I.P.S Atiende: SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A. Edad: 25

Tipo Recetario: 0

Medicamentos:

Posologia:

Observaciones:

☒ DICLOFENACO SODICO SOL. INY. x75mg AMP. x3ml (AMP)
- Pendiente - 2010/11/04, 2

APLCIAR IM MESCALDO CON
DEXAMETASONA PASANDO UN
DIA

☒ DEXAMETASONA FOSFATO SOL. INY. x8mg AMP. x2ml
(AMP) - Pendiente - 2010/11/04, 2

APLCIAR IM PASANDO UN DIA

☒ NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB) - Pendiente -
2010/11/04, 10

Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas
durante 3 día(s)

Dr.(a)

Efren Esteban Cerón Muñoz

Registro Médico: 5204402007

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición.

PACIENTE

FORMULA MEDICA : 91728074

Fecha Atención: 2010/11/23 00:00:00

Fecha Entrega: 2010/11/23

Nombre del Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Identificación: CC 87070084

Tipo Plan: POS Contributivo

Convenio: Convenio Ips Pasto norte - Pos Capitation

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Nivel Salarial: 1

I.P.S Atiende: SC IPS Pasto Norte

Edad: 25

Tipo Recetario

Medicamentos

- ☒ PREDNISOLONA TAB. x5mg (TAB) - Pendiente - 2010/11/23, 15
- ☒ BETAMETASONA FOSFATO SOL. INY. x4mg AMP. x1ml (AMP) - Pendiente - 2010/11/23, 2
- ☒ NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB) - Pendiente - 2010/11/23, 15
- ☒ ARNICA CREMA FCO x60g (FCO) - LABFARVE - Pendiente - 2010/11/23, 1

Posologia

TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL ALMUERZO

APLICAR 2 AMPOLLAS INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA

TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS 7AM 3PM 10 PM

APLICAR 3 VECES AL DIA

Observaciones

Profesional

Erbin Torbin Narvaez Solarte

Registro Médico: 5207090

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición.

119

FORMULA MEDICA : 20097301

Fecha Atención: 2011/02/28 00:00:00
Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando Belalcazar
Tipo Plan: Terceros
IPS Primaria: Pasto norte Corporacion ips saludcoop Nariño
I.P.S Atiende: SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

Fecha Entrega: 2011/02/28
Identificación: CC 87070084
Convenio: Tarifario SOAT Vigente Clinica Los Andes - POS
Nivel Salarial: 1
Edad: 26

Tipo Recetario

Medicamentos

- 1 TRAMADOL CLORHIDRATO SOL. ORAL x100mg/ml FCO. x10ml (FCO) - Pendiente - 2011/02/28, 1
- 2 AMITRIPTILINA CLORHIDRATO TAB. x25mg (TAB) - Pendiente - 2011/02/28, 5
- 3 NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB) - Pendiente - 2011/02/28, 15

Posologia

Tomar 15 GOTAS cada 8 Horas durante 5 día(s)
Tomar 1 tableta(s) cada 24 Horas durante 5 día(s)
Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 5 día(s)

Observaciones

Profesional

Alvaro Gonzalo Ortega Ponce

Registro Médico: 10259

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición.

12e

FORMULA MEDICA : 20617384

Fecha Atención: 2011/04/08

Fecha Entrega: 2011/04/08

Nombre del Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Identificación: CC 87070084

Tipo Plan: POS Contributivo

Convenio: Saludcoop ARP Clinica Los Andes - Pos Evento

IPS Primaria: Pasto norte Corporacion ips saludcoop Nariño

Nivel Salarial: 1

I.P.S Atiende: SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

Edad: 26

Tipo Recetario: 0

Medicamentos:

Posología:

Observaciones:

☒ DICLOFENACO SODICO SOL INY x75MG AMP x3ML (AMP) - APLICAR IM UNA CADA DIA
Pendiente - 2011/04/08, 2

☒ TRAMADOL CLORHIDRATO SOL ORAL x100MG/ml FCO x10ml (FCO) - Pendiente - 2011/04/08, 1
TOMAR 15 GOTAS CADA 8 HS

☒ TRAMADOL CLORHIDRATO X50MG SOL INY AMP X1ML (AMP) - Pendiente - 2011/04/08, 3
APLICAR SUBCUTANEO 1 CADA DIA

☒ NAPROXENO SODICO X250MG (TAB) - Pendiente - 2011/04/08, 14
Tomar 1 tableta(s) cada 6 Horas durante 3 día(s)

Dr.(a)

Diego Bucheli Herrera

Registro Médico: 87514531

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS N° 329511272



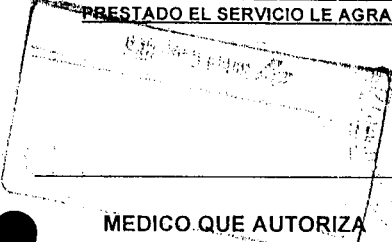
21

| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|----------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clinica Los Andes | | | | Cielo Yaqueline Arciniegas | |
| ENTIDAD RECOBRO | | OTRA REGIONAL | | | |

| | | | | | |
|---------------|----------------------|--------------------|-------------|---------------------|------------------------------|
| CAUSA EXTERNA | | ENFERMEDAD GENERAL | | DX. PRINCIPAL: M545 | DX. SECUNDARIOS |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 36100 | Neurocirugia Control | 1 | diagnostico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |

| | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 2,100.00 | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN



MEDICO QUE AUTORIZA

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Clinica Los Andes | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 42 No 18 A-56 |
| TELÉFONO | 7333780 |

IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA POR CINCO (5) DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN

122

| | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andrés Felipe Obando Belalcázar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporación Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE |
| Clínica Los Andes | | | | | Cielo Yaqueine Ardiñegas |
| ENTIDAD RECOBRO (OTRA REGIONAL) | | | | | |
| CAUSA EXTERNA/ENFERMEDAD GENERAL | | | | | |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | CASH | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 29101 | Electromiografía (cada extremidad) | 4 | terapéutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |
| 29102 | Neuroconducción | 4 | terapéutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |
| 29106 | Reflejo H.F. o patreflexo | 4 | diagnóstico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2010/12/14 |
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS | |
| 0 | 0 | 0 | 0.00 | | |
| PRESTADO EL SERVICIO SE AGRADECERAMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN | | | | | |
| MEDICO QUE AUTORIZA | | | INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | | |
| REGISTRO MEDICO | | | Vivir Ltda | | |
| | | | DIRECCIÓN: CARRERA 42 No 18 A - 58 PISO 6 CLINICA LOS ANDES | | |
| | | | EXT 800 | | |
| | | | TELÉFONO: 7314473 | | |

10 AM

UROLAN

Dr Carlos Benavides
Fisioterapeuta

Andres Obando

87.070087

APP

1. Fungos micoposidad x

8 días a partir del

16 XI. 10 - 24 -

18: Tronco del diente menor.

MSTI

NOMBRE DEL MEDICO A QUIEN SE REMITE:

FIRMA

VALIDO POR 15 DIAS HABILES

17 NOV. 2019

Salud con Ciencia y Tecnología
Dirección Médica

124

| CERTIFICADO DE INCAPACIDAD | | | | | |
|----------------------------|---|---------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| SC IPS PASTO NC RTE | | | | | |
| No. 801010000031484 | | | Fecha: 2010/11/23 | | |
| Paciente: | CC 87070004 | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Tipo Afiliado: | COTIZANTE | |
| Convenio: | Convenio Ips Pasto norte - Pos Capitation | | Nivel Salarial: | 1 | Teléfono: 7293381 |
| IPS Primaria: | SC IPS Pasto Norte | | | | |
| Fecha Inicial Inc: | 11/23/2010 | Fecha Final Inc: | 11/26/2010 | Días Incapacidad: | 4 |
| Edad Gestacional: | 0 | Hrs. Inc. Anterior: | 5108763 | NUEVA | |
| Tipo Incapacidad: | Ambulatoria No Quirúrgica | | Tipo Plan: | POS Contributivo | |
| Concepto Incapacidad | Observaciones | | Estado Incapacidad | | |
| Enfermedad General | PACIENTE QUE PRESENTA COMPRESION DE CANAL MEDULAR CON HERNIA DISCAL | | SIN LIQUIDAR | | |
| Diagnostico: | G551 | | | | |

Profesional: Erbin Torbin Narvaez Solarte

Registro Profesional: 5207090

| | | |
|--|--|--------------------------|
| | Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A. | CODIGO: FO-HC-032 |
| | | VERSION: 1.0 |
| | Fórmula Médica | VIGENCIA: |
| | | PAGINA 1/1 |

Consecutivo 0000071693

Area Solicitante MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION

No. Historia clínica 87070084

Registro 15

Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Identificación: 000000087070084

Dirección: MZ 16 CASA 1

Entidad: ARP COLPATRIA

Fecha Ingreso: 19/10/2010 05:57:54 p.m. Ingreso: 0000063768

Edad: 25 Años \ 4 Meses \ 4 Días

Tipo Paciente: Otros

Número Carnet:

Teléfono: 7293381 3188397975

Cama: 236

Lugar Prescripción

Fecha Prescripción 25/oct/2010

| Medicamento | Concentración | Forma Farmaceutica | Cantidad | Aplicabilidad | Plan |
|---|---------------|--------------------|-----------|---------------|------|
| ACETAMINOFEN 500 MG TAB TOMAR UNA CADA 6 HORAS | 500 MG | TABLETAS | 20 Veinte | | 1 |
| IBUPROFENO X 400 MG TAB TOMAR UNA CADA 8 HORAS | 400 MG | TABLETAS | 20 Veinte | | 1 |

Diagnóstico

Firma

Medico M0448

VITHYAM JOHANNA GUZMAN MORA

No. Identificación 36751358

Registro Médico 860884

Especialidad 1 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA


Especialidad 2

Autonza

Leydi Ayala

Autonza

*Dra Eliana Carrillo
ARP Colpatrio*

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------|
|  | Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A. | CODIGO: FO-HC-029 |
| | | VERSION: 1.0 |
| | INCAPACIDAD | VIGENCIA: |
| | | PAGINA 1/1 |

Número: 0000003994

Fecha: 25/10/2010

INFORMACION DEL PACIENTE

Identificación: 87070084 Historia: 87070084 Ingreso: 0000063768

Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE Edad: 25 Años
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION Sexo: MASCULINO
Contrato: ARP COLPATRIA Tipo Paciente: Otro
Plan: RIESGOS PROFESIONALES Cama: 236
Causa Externa: ACCIDENTE DE TRABAJO Motivo: Sin Definir
Procedimiento: Sin Definir

Acumulado de días por prorroga 0

A Partir del : martes, 19 octubre 2010 Hasta el: martes, 02 noviembre 2010 Número de Días: 15
con la siguiente descripción medica :

INCAPACIDAD MEDICA POR 15 DIAS APARTIR DEL INGRESO (19 DE OCTUBRE DEL 2010)

Médico: VITHYAM JOHANNA GUZMAN MORA

Especialidad 1 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Firma: 

Registro Médico: 860884

inical spa

CLINICAL SPA

CR 41 17A 95
7317070

Paciente: CC 87070084 OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Admisión: 24796

Fecha de Nacimiento: 21/6/1985

Ubicación del Paciente: -

Estado Civil: SOLTERO(A)

Edad: 27 a 4 m 9 d

Sexo: Masculino

Dirección: MZ D CASA 16 PANORAMICO 1

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ciudad: PASTO

Telefono: 3185014291

Religión: NO APLICA

Ocupación: EMPLEADO

APBs: PARTICULARES

Sucursal: PARTICULARES

Contrato: CLINICAL SPA

Tipo de vinculación: Cotizante/Afiliado

CONTROL MEDICINA DEL DOLOR

Fecha y Hora de atención:

30/10/2012 4:11 p.m.

Profesional: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

Especialidad: MEDICINA DEL DOLOR

Tp Admisión: AMBULATORIO

Hora Ingreso: 30/10/2012 3:24 p.m.

Datos de la Consulta - Datos de la Consulta

Motivo Consulta - PACIENTE ACUDE A CONTROL.

HASTA EL MOMENTO NO HA SIDO VALORADO POR CIRUGIA DE COLUMNA. NO SE HAN ENTREGADO LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS DESDE

HACE 3 MESES. PACIENTE CONTINUA CON MOLESTIA LUMBAR SEVERA QUE LE IMPIDE DEAMBULAR DE MANERA CORRECTA

SE LE REALIZO BLOQUEO PERIDURAL DE CORTICOIDES SIN MEJORIA IMPORTANTE.

SE INSISTE EN VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA

Evolucion - Datos de Evolucion

Evolucion del Paciente - PREGABALINA 150 MGR CADA 12 HORAS

CODEINA MAS ACETAMINOFEN 30/500 CADA 8 HORAS

FAJA LUMBOSACRA

VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA

VALORACION POR MEDICINA LABORAL PARA MANEJO DE INCAPACIDAD.

CONTROL LUEGO DE VALORACIONES

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: M511

Nombre: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS* CON RADICULOPATIA

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

Categoria: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Información Complementaria

Finalidad de la Consulta

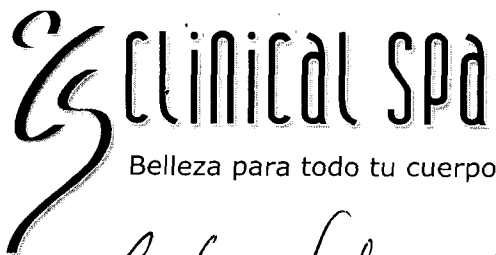
Causa externa

Finalidad del Procedimiento

DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO

ACCIDENTE DE TRABAJO

Maria Constanza Bastidas



87 070.084,129

- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

Nombre: Andrés Felipe Obando

Fecha: 24/08/2011

R

SV

Valoración por cirugía de
columna

Severa de Tronco Lumbal
HNP L5-S1.

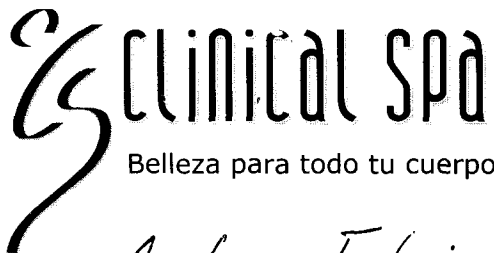
Reducción de L5 S1

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70

| San Juan de Pasto - Colombia

| www.clinicaspa.com.co

~~CLINICA SPA~~
~~Belleza para todo tu cuerpo~~
~~Dr. Constanza Bastidas~~

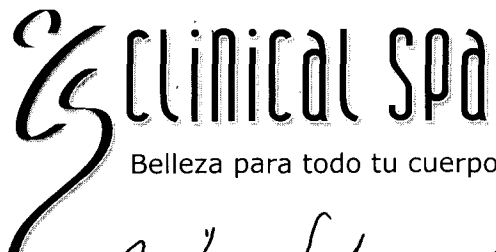


- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

128

Nombre: Andrés Felipe Obando

Fecha: 30-X-2012



Belleza para todo tu cuerpo

Nombre: Andrés Felipe Obando Fecha: 24/08/2020

R Betadine + 2 ml f f 1

Coton 14 una sola y

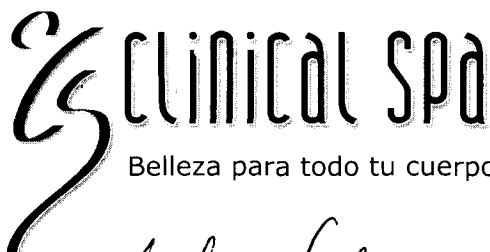
~~CLINICAL SPA~~
~~Belleza para todo tu cuerpo~~
~~Maria Constanza Bastidas~~
~~Anestesiólogo~~

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70

| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

131



Belleza para todo tu cuerpo

Nombre: Andrés Felipe Obando Fecha: 24/08/2020

87.070.084

- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

130

Nombre: Andrés Felipe Obando

Fecha: 24/03/2012

R Deponecho! x 400g x 100g x 100g


Maria Constanza Bastidas
Anestesióloga

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70
| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

Autorización de Servicios No. 83466990



Entrega 1 de 4

| | | | |
|--|----------------------------|--|----------------------------|
| Nombre del Paciente Andrés Felipe Obando Belalcázar | Tipo Afiliado COTIZANTE | Tipo de Identificación Cedula Ciudadanía | Identificación 87070084 |
| Nivel Cotizante 1 | Plan | Entidad que Solicita Maria constanza bastidas campana | Fecha 2012 10 5 |

Entidad de Recobro ARP COLPATRIA

Origen TUTELA

PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO A AUTORIZAR

Diagnostico Principal M511

| Código | Descripción | Cantidad | Tipo Alto Costo | Contingencia | Finalidad |
|---------|--------------------------|----------|-----------------|----------------------|-------------|
| 39842.0 | PREGABALINA X150MG (TAB) | 56 | NO ALTO COSTO | ACCIDENTE DE TRABAJO | TERAPEUTICO |

2 TAB AL DIA, FORMULACION PARA 4 MESES

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | | MODERADORA |
|-----------------|---------|------------|-------|------------|
| EPS | Usuario | Porcentaje | Valor | Valor |
| 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

LUEGO DE SER PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEREMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE AUTORIZA Henry Orlando Silva Puerto <hr/> Firma del Funcionario | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE Nombre Farmacia Alto Costo Clinica Pasto Direccion Cra. 42 No. 18A-110 Telefono 3008961042 |
| FIRMA DEL PACIENTE <hr/> | DOCUMENTO <hr/> |

No. Solicitud 7148843

La vigencia de esta autorización es de 72 horas



- ▣ Cirugía Plástica
- ▣ Dermatología
- ▣ Odontología
- ▣ Centro de Estética
- ▣ Farmacia
- ▣ Medicina del Dolor

Nombre: Puentes Felipe Obando Fecha: 30-X-2012

R

Valoración por desnutrición
feto d.



Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70
| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co



- ▣ Cirugía Plástica
- ▣ Dermatología
- ▣ Odontología
- ▣ Centro de Estética
- ▣ Farmacia
- ▣ Medicina del Dolor

Nombre: Puentes Felipe Obando Fecha: 30-X-2012

R

Valoración por desnutrición
feto d.



135
173 NOV 2012

2012 NOV 20
Tramite
ARP

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70
| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

Clinical SPA

Belleza para todo tu cuerpo

| Cirugía Plástica
 | Dermatología
 | Odontología
 | Centro de Estética
 | Farmacia
 | Medicina del Dolor

Nombre: Andrés Felipe Osando Fecha: 24/08/2012

R Coegobalino 100 mg tbl f 240.

fom 1 codo. 12 h.

loolene + Acetaminofen 30/100,
1 tableta codo 8 h.

- Belatuo x 2 ml f 1 compres.
lo 100 ml en solu y

* Dcha fenaco 6x 75 mg amf f 5
codo 1 ml vnc di

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax:

| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com

Clinical SPA
 Belleza para todo tu cuerpo
 María Constanza Bastidas
 Anestesióloga

Estética Clínica SPA

Belleza para todo tu cuerpo

- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

Nombre: Andrés Felipe Obando

Fecha: 24/08/2012

R Anteojos lentes pendular de
co. tr. color

Marta 28
gan

Tranquila
HVP 15 v.

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70

| San Juan de Pasto - Colombia | www.esteticaclinica.com

Estética Clínica SPA
Andrés Felipe Obando
Mano Constante Bastidas C
Apoteciología

recabte Medico 138

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 81135906



SaludCoop



ORIGINAL

| | | | | | |
|---------------------------------|--|---------------|-------------------|----------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadania | 87070084 | 27 Años |

| | | | | | |
|-------|------|--------------------------------------|--|--|--|
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|------------------------|
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE |
| Corporacion Ips Nariño - Maridiaz | | | | Sulma Yolanda Cabrera |

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|
| ENTIDAD RECOBRO | ARP COLPATRIA--- DRA MARIA CONSTANZA BASTIDAS | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| | | | | | | | |
|---------------|-------------------|----------------------|--|---------------------|-------------|-----------------|------------------------------|
| CAUSA EXTERNA | | ACCIDENTE DE TRABAJO | | DX. PRINCIPAL: S337 | | DX. SECUNDARIOS | |
| ODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | | | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 053113 | BLOQUEO PERIDURAL | | | 1 | diagnostico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2012/08/24 |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------------|--|----------------------|------------|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | | DESCUENTO CAPITACION | NOMBRE IPS |
| IPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0.00 | | | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

Clinica Los Andes

DIRECCIÓN CARRERA 42 No 18 A-56

TELEFONO 7333780

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN

ref. al Médico

139

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 81135906



| | | | | | |
|--|--------------------|--|--|--|------------------------|
| NOMBRES DEL PACIENTE Andres Felipe Obando Belalcazar | | TIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE IDENT. Cédula Ciudadanía | IDENTIFICACIÓN 87070084 | EDAD 27 Años |
| NIVEL 1 | PLAN POS | IPS PRIMARIA: Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA Corporacion Ips Nariño - Maridiaz | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE Sulma Yolanda Cabrera | |
| ENTIDAD RECOBRO ARP COLPATRIA--- DRA MARIA CONSTANZA BASTIDAS | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA ACCIDENTE DE TRABAJO | | DX. PRINCIPAL: S337 | | DX. SECUNDARIOS | |
| MODIGO 053113 | PROCEDIMIENTO (S) BLOQUEO PERIDURAL | Cant 1 | FINALIDAD diagnostico | Lateralidad No Aplica | OBSERVACIONES FECHA APROBACIÓN: 2012/08/24 |

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|--|--|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS | |
| IPS (%) 0 | USUARIO (%) 0 | PORCENTAJE 0 | CUOTA MODERADORA 0.00 | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

| | |
|--|-----------------------|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE Clinica Los Andes | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 42 No 18 A-56 |
| TELÉFONO | 7333780 |

MEDICO QUE AUTORIZA REGISTRO MEDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

E HIGIENE INDUSTRIAL

DERECHO LABORAL

PASTO

Pasto. Marzo 4 de 2011.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 25 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de 210 días.

Pacientes continúa con restricciones que no permiten su reincorporación a su trabajo normal.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumáticas.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Trastornos urológicos.

Conducta:

1.- Se prorroga incapacidad temporal por 30 días a partir del 30 de junio de 2011.

2.- Proceso de determinación de origen ya realizado.

Atentamente,

DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
Gerente de Riesgos Industriales
Auditor: HSEQ ENVIRCOML / AND CATALITY
RM 35586-T2-1698-2010-35400

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 7314763 Cel 315 5825965

PASTO

#20 días 01 JUL 2011
pendiente
#10 días
20 julio



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto. Diciembre 1 de 2010.

CONCEPTO DE EVOLUCION 1

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha
Paciente que trabajando sufrió accidente de trabajo al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR.


Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, con incapacidad inicial de 30 días, pendiente RM de columna dorsal.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática con radiculopatía derecha

Conducta:

1.- se prórroga incapacidad por 30 días a partir del 1 de enero 2011.

Atentamente, 
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ PREVENIR RIESGOS
Carrera 25 N° 12 - 27
TEL: 7223143 Cel 315 5825965
PASTO

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

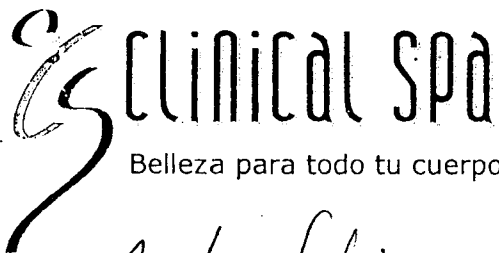
INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ PREVENIR RIESGOS

Carrera 25 N° 12 - 27

TEL: 7223143 Cel 315 5825965

PASTO



- Cirugía Plástica
- Dermatología
- Odontología
- Centro de Estética
- Farmacia
- Medicina del Dolor

Nombre: Andrés Felipe Obando Fecha: 8/03/2013

R Pirgo balina x 150. tbl / 180
Tomar 1 tableta cada 12 hrs.
- Ecodeina + Acetaminofen 30/300 tbl / 270
Tomar 1 tableta cada 8 hrs.
- Omeprazole x 40mg tbl / 90.6
Tomar 1 tableta por día

12 MAR. 2013

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 70 70
| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

Clinical SPA
Belleza para todo tu cuerpo
Maria Constanza Bastidas C.
Anestesióloga
R. M. 016562-01

12 MAR. 2013
Manite

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA DE COLUMNA LUMBAR
EDAD: 28 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 155514
CEDULA: 87070084
FECHA: 15 DE AGOSTO DE 2013.



Se realizaron secuencias axiales y sagitales con secuencia de SE T1, y FSE T2, con los siguientes hallazgos.

No se observan alteraciones en el alineamiento sagital de las vértebras lumbares.

La morfología e intensidad de señal de las vértebras lumbosacras son normales convinimos osteofitos marginales anterolaterales.

No existen cambios degenerativos ni otro tipo de lesiones óseas en los arcos posteriores valorados.

A nivel de L4-L5 el disco intervertebral presenta signos de deshidratación, con abombamiento difuso posterior con signos de desgarramiento anular que indenta el saco dural y oblitera parcialmente los agujeros de conjunción sin afección radicular.

A nivel de L5-S1 el disco intervertebral presenta signos de deshidratación, abombamiento discal difuso posterior y protrusión discal posterior central que indenta el saco dural y oblitera parcialmente los recesos laterales contactando las raíces a nivel de los recesos.

El cono medular se localiza normalmente a la altura de L1 no apreciándose anomalías en su morfología ni intensidad de señal.

Tejidos blandos paraespinales posteriores normales.

Atte.

DRA. CARMEN B. GARCÍA M.
ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
RADIÓLOGA INTERVENCIONISTA
R.M. 5205

Reporte, Aprobación Electrónica Dra. Carmen B. García M.
"Este Informe no es válido sin sello seco de la empresa"

ANDRES

Nombre:

Andrés Felipe Obando

Fecha:

30 - X - 2012

R

Valoración por anestesia
facto d.

173 NOV. 2012

2012 NOV 27
Transito
ARP

clinical spa
Belleza para todo tu cuerpo
María Constanza Bastidas C.
Anestesióloga
R.M. 016562-01

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70

| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

Clinical SPA

Belleza para todo tu cuerpo

- Cirugía Plástica
- Dermatología
- Odontología
- Centro de Estética
- Farmacia
- Medicina del Dolor

4.11.10

Nombre: Andrés Felipe Obando Fecha: 5/08/2013

R - Corydalis x 100g fol #240
Tomar 1 tableta cada 12 hrs.
- Codeína + Acetaminofen 30/300 fol #360
Tomar 1 tableta cada 8 hrs.
- Omeprazole x 200 fol #120
Tomar 1 tableta a ayuno

6 AGO. 2013
#30

Carrera 41 N° 17A - 95 ■ PBX: 731 70 70 ■ Fax: 731 70 70
■ San Juan de Pasto - Colombia ■ www.clinicalspa.com

6 AGO. 2013

Rb. Ho
\$227,000
ET 135

JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA EMFERMEDAD CATASTROFICA

☐ MEDICAMENTOS NO POS ☐ MEDICAMENTOS POS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICA

Anexar a esta forma: resumen de la Historia Clínica y Original de la Formula.
Información para ser diligenciada únicamente por el médico tratante:

I. ENCABEZADO

| | | | | | |
|-----------------------------|----|--------------------|--------------------|------------|---|
| FECHA DE DELIGENCIAMIENTO | | NOMBRE DEL USUARIO | | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |
| 05 | 08 | 2013 | Andrés F. Obando | 26 | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N° 870700884 |
| DIRECCIÓN: | | | Ciudad / Municipio | TELÉFONO | |
| Mr O cs 16 Panarenico 1 | | | Pasto | 3185014291 | |
| NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE | | REGISTRO MEDICO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO | |
| Maria Constanza Bastidas C. | | 016562/91 | M del dolor | 7317070 | |

II. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (Incluya Código CIE-9) Trombismo de disco lumbar

III. ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

EXISTE UN MEDICAMENTO DENTRO DEL POS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGIA SI ☐ NO ☐ (SI LA RESPUESTA ES NO, PASE AL NUMERAL IV.)

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGIA EN MENCIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): _____ TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS) _____

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA:

NO MEJORIA ☐ REACCIÓN SECUNDARIA ☐ CUAL? _____

CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? ☐ CUAL? _____ OTRA: _____

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGIA EN MENCIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): _____ TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS) _____

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA:

NO MEJORIA ☐ REACCIÓN SECUNDARIA ☐ CUAL? _____

CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? ☐ CUAL? _____ OTRA: _____

IV. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO ☐ HOSPITALARIO ☐ URGENTE ☐

NOMBRE GENÉRICO: Pregabalin CONCENTRACIÓN (mgs. %, mcg. Etc): 150mg

PRESENTACIÓN (TUBO, TAB, AMP., ETC): Tableta DOSIS / DIA: 2 N° DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO: 10

V. CRIETRIOS QUE JUSTIFIQUEN LA PRESENTE SOLICITUD:

| | | |
|--|---|--|
| 1. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS EXISTENTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 3. ESTA AUTORIZADA LA COMERCIALIZACIÓN Y EXPENDIO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO EN EL PAIS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|

SI ESISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE JUSTIFIQUELO

SEÑALE PRECAUCIONES, CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS, Y TOXICIDAD ASOCIADA AL USO O ABUSO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO:

CITE QUE TIPO DE CONTROLES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REQUIERE EL PACIENTE PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y QUE PERIODICIDAD DEBEN TENER:

CLINICAL SPA

Firma para todo tu control

Maria Constanza Bastidas
RM. Anestesiología

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

NOTA: PARA EL TRAMITE DE ESTA SOLICITUD ES OBLIGATORIO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y ANEXAR LOS DOCUMENTOS INDICADOS. LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ESTA SUJETA A LA APROBACIÓN DEL COMITE TECNICO-CIENTIFICO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 5061 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1997.



NIT. 800.250.119-1

EPS

JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA EMFERMEDAD CATASTROFICA

☐ MEDICAMENTOS NO POS☐ MEDICAMENTOS POS PARA ENFERMEDAD CATASTROFICAAnexar a esta forma: resumen de la Historia Clínica y Original de la Formula.
Información para ser diligenciada únicamente por el médico tratante:

| FECHA DE RADICACIÓN | | | NUMERO DE RADICACIÓN | |
|--|-----|------|----------------------|--|
| DIA | MES | AÑO | Nº. | |
| 26 | 08 | 2013 | 81010004 | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | TELÉFONO | |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nº. | | | 318501491 | |
| CIUDAD / MUNICIPIO | | | TELÉFONO | |
| Pasto | | | 7317070 | |
| NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE | | | REGISTRO MEDICO | |
| Maria Constanza Bastidas C. | | | 06562/91 | |
| ESPECIALIDAD | | | H del dolor | |

I. ENCABEZADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO NOMBRE DEL USUARIO

08/08/2013 Andra I. Obando

DIRECCIÓN: U.O. 0316 Panamericano 1

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: Maria Constanza Bastidas C.

REGISTRO MEDICO: 06562/91

ESPECIALIDAD: H del dolor

TELÉFONO: 7317070

II. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (Incluye Código CIE-9)

100.120.00 de otro cancer.

III. ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

EXISTE UN MEDICAMENTO DENTRO DEL POS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA SI ☐ NO ☐ (SI LA RESPUESTA ES NO, PASE AL NUMERAL IV.)

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS)

RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA:

NO MEJORA ☐ REACCIÓN SECUNDARIA ☐ CUAL?CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? ☐ CUAL?

OTRA:

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS)

RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA:

NO MEJORA ☐ REACCIÓN SECUNDARIA ☐ CUAL?CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? ☐ CUAL?

OTRA:

IV. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO ☐HOSPITALARIO ☐URGENTE ☐

NOMBRE GENÉRICO: Codina + Acetamin

PRESENTACIÓN (TUBO, TAB, AMP., ETC.): Tableta

DOSIS / DIA: 3

Nº DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO

30 / 1500

360

V. CRITERIOS QUE JUSTIFIQUEN LA PRESENTE SOLICITUD:

1. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE SI ☐ NO ☐2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS EXISTENTES SI ☐ NO ☐3. ESTA AUTORIZADA LA COMERCIALIZACIÓN Y EXPENDIO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO EN EL PAIS SI ☐ NO ☐

SI EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE JUSTIFIQUELO:

SEÑALE PRECAUCIONES, CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS, Y TOXICIDAD ASOCIADA AL USO O ABUSO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO:

CITE QUE TIPO DE CONTROLES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REQUIERE EL PACIENTE PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y QUE PERIODICIDAD DEBEN TENER:

CLINICAL SPA

Derecho para todo el cuerpo

Maria Constanza Bastidas C.

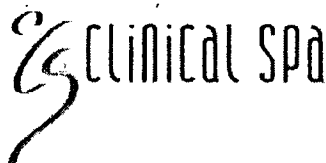
Anestesiologa

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

RM.

NOTA: PARA EL TRAMITE DE ESTA SOLICITUD ES OBLIGATORIO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y ANEXAR LOS DOCUMENTOS INDICADOS. LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ESTA SUJETA A LA APROBACIÓN DEL COMITE TECNICO-CIENTIFICO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 5061 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1997.

148



CLINICAL SPA

CR 41 17A 95
7317070

Paciente: CC 87070084 OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Admisión: 27267 Fecha de Nacimiento: 21/6/1985 Ubicación del Paciente: -
Estado Civil: SOLTERO(A) Edad: 28 a 1 m 14 d Sexo: Masculino
Dirección: MZ D CASA 16 PANORAMICO 1
Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Ciudad: PASTO Telefono: 3185014291
Religión: NO APLICA Ocupación: EMPLEADO
APBs: PARTICULARES Sucursal: PARTICULARES
Contrato: CLINICAL SPA Tipo de vinculación: Cotizante/Afiliado

CONTROL MEDICINA DEL DOLOR

Fecha y Hora de atención:
08/03/2013 3:43 p.m.

Profesional: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA Especialidad: MEDICINA DEL DOLOR Tp Admisión: AMBULATORIO
Hora Ingreso: 08/03/2013 2:12 p.m.

Datos de la Consulta - Datos de la Consulta
Motivo Consulta - PACIENTE ACUDE A CONTROL

Evolucion - Datos de Evolucion

Evolucion del Paciente - PACIENTE AUN NO HA SIDO VALORADO POR CIRUGIA DE COLUMNA PARA DEFINIR CONDUCTA QUIRURGICA. PACIENTE A PRESENTADO RECAIDAS, CON HEMATURIA Y TENESMO VESICAL. EN ESPERA DE VALORACION POR UROLOGIA. PACIENTE SE ESTA MANEJANDO CON PREGABALINA 150 MGR CADA 12 HORAS. CODEINA MAS ACETAMINOFEN 1 TABLETA CADA 8 HORAS CON LO QUE MEJORA EL CONTROL NALGESICO.

Conducta - Plan de Tratamiento

Plan de Tratamiento - PREGABALINA 150 MGR CADA 12 HORAS
CODEINA MAS ACETAMINOFEN 30/500 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA
OMEPRAZOLE 40 MGR EN AYUNAS
CONTROL EN 2 MESES.

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: M511 Nombre: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS* CON RADICULOPATIA
Tipo: CONFIRMADO REPETIDO Categoria: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Información Complementaria

Finalidad de la Consulta Causa externa Finalidad del Procedimiento
DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO ENFERMEDAD GENERAL

Maria C. Bastidas

Profesional que clausura: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

CC 36998539 R.M. 2232/89

Profesional que elabora: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA CC 36998539 R.M. 2232/89

Fecha y hora del registro: 08/03/2013 3:57 p.m.

8/08/2013

MD DOL

Paciente programado para revisión de columna
lumbal, vía posterior o posterolateral con inyección
e instrumentalización. En espera de ordenes.
Hasta tanto de cualquier manera a
actinurosin.
- Pregabalina 150 mg
- Codeína + Acetaminofen 30/500 1 c/8h
Control 3 meses

Fecha y hora de inscripción: 08/03/2013 04:16 28p.m.

CLINICAL SPA
Belleza y Salud de tu Cuerpo
Maria Constanza Bastidas
Anestesióloga
R.M. 016562-01

rptConsultarHC SingColumn.rpt

HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Cerrada

Fecha Cirugía Día 28 Mes 8 Año 2012

Cama No. SHEC 1 71 No. Hoja 1143203

Centro de Atención Clínica Los Andes - Pasto

Paciente CC 87070084

Andres Felipe Obando Belalcazar
EPS: Saludcoop ARP Clinica Los Andes Pos Evento

Edad 27 años 2 meses 6 días

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Z000 Examen medico general, Z000 Examen medico genera

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA

COMPLICACIONES

SANGRADO

-MINIMO-Adriana EsmeraldaVega Cordoba Aug 28 2012 11:17AM

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 47271 BLOQUEO PERIDURAL

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: No Aplica

Acto Qx: BÁSICA

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Maria Constanza Bustidas Campana - Cirujano Principal

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-ASEPSIA ANTISEPSIA

CAMPO QUIRURGICO

SE LOCALIZA ESPACIO PERIDURAL A NIVEL DE L3 Y L4

DOSIS DE PRUEBA CON 3 CC DE XILOCAINA CON EPINEFRINA NEGATIVOS PARA SANGRE Y LIQUIDO

SE APLICAN 40 MG DE DEPOMEDROL + 40 MG DE XILOCAINA

SIN COMPLICACIONES

-Adriana EsmeraldaVega Cordoba Aug 28 2012 11:17AM

OBSERVACIONES



San Juan de Pasto, Julio 15 de 2011

No. DE AUTORIZACION: ARP- PAS-113

Doctor:

**VICTOR HUGO BASTIDAS
PASTO**

7227894

SINIESTRO No
FECHA AT/EP:

Apreciados Señores.

A través de la presente nos permitimos solicitar la prestación de servicios asistenciales correspondientes A: **VALORACION MEDICA LABORAL** Del trabajador (a) **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** Identificado con cedula No. **87070084** por accidente de trabajo y/o enfermedad profesional, quien labora en la empresa **IMPULSO Y MERCADEO** Afiliada a **ARP COLPATRIA**.

Así mismo solicitamos sea enviada la cuenta de cobro por los servicios prestados a nombre de **SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA NIT 860002183-9**- individual por paciente y radicar en calle 22 Norte #5BN-102 piso 1. **ESTA ORDEN TIENE VIGENCIA DE 15 DIAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.**

FAVOR ENVIARNOS CONCEPTO MEDICO A LA FECHA PARA CIERRE DE CASO

Cordialmente,

**A.R.P. COLPATRIA
REGIONAL PASTO**

FACILITAMOS LA PRODUCTIVIDAD DE SU EMPRESA

Señor usuario le informamos que de acuerdo a lo establecido en el decreto 1295 art. 22 y en el art. 55: "Las entidades administradoras de riesgos profesionales suspenderán el pago de prestaciones económicas establecidas en el presente decreto cuando el afiliado o el pensionado NO se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenado, o que rehuse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios o para su rehabilitación física y profesional de su trabajo". Razón por la cual usted debe cumplir con el tratamiento medico propuesto.

ACEPTO:

FIRMA USUARIO

Andres Felipe Obando
87070084

San Juan de Pasto, Septiembre de 2013.

Edo
Adm. nce.
5-09-13
JJ: 309.12

Señores

JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO.

E.

S.

D.

Referencia: Solicitud Acción de tutela No 2013-0049.

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR, Mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con CC No 87.070.084 de Pasto, obrando en calidad de accionante dentro del proceso de la referencia, me dirijo a ustedes con debido respeto con el fin de manifestarle que en cumplimiento de la acción de tutela la **ARP POSITIVA**, se comunico con el suscrito el día 4 de septiembre de 2013 a las 7:00 pm para informarme que debía acercarme el día de hoy 5 de septiembre de 2013 a las once de la noche para viajar hasta la ciudad de Cali, a fin de que se me realice el examen con el médico laboral, en cumplimiento a lo ordenado por la sentencia del 14 de agosto de 2013.

Sin embargo la persona que se comunico conmigo en representación de la ARP POSITIVA, no se identifico y no me informo nada mas, ni quien iba a cubrir mis gastos de transporte urbano, alimentación, hospedaje en caso de requerirlo y no se me informo si teniendo en cuenta mi condición de limitación física podía llevar un acompañante.

Pese a que informe que la situación de Nariño aun sigue siendo complicada por el Para Agrario, por los bloqueos en la vía panamericana que de Pasto conduce a la Ciudad de Cali, esta persona no me dio ninguna solución, y colgó, por lo anterior y siendo imposible mi desplazamiento hasta la ciudad de Cali, por lo expuesto anteriormente, le ruego se sirva ordenar a la entidad accionada se sirva realizar en otra fecha el examen programado repentinamente y se atienda mi petición de que sea con un acompañante, así mismo le solicito se considere que no cuento con ningún recurso económico para solventar ningún tipo de gasto menos en otra ciudad.

Agradecido anticipadamente

Me suscribo a usted.

Atentamente.

Andres Obando B.

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR,

CC No 87.070.084 de Pasto

SC CENTRAL ESPECIALISTAS SANTA BIBIANA
CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

ROGRAMADA - HOSPITALARIA

ogotá D.C. 2013/05/22

Por medio del presente documento autorizo al Doctor(a) Jorge Eduardo Guzman Prenk y a sus asistentes de su elección en la IPS SC Central Especialistas Santa Bibiana a realizar en mí o en el (la) paciente ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR la(s) siguiente (s) intervención (es) quirúrgica (s):

EFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON
FIJERTO E INSTRUMENTACION

El Doctor Jorge Eduardo Guzman Prenk con CC - 79435405 de la IPS SC Central Especialistas Santa Bibiana me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, implicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse:

Dolor Sanguinolento Inesperado

Así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo requiere necesario.

4. En caso de ser requerido a criterio y por orden del médico tratante, autorizo a la IPS SC Central Especialistas Santa Bibiana para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos (tejidos y fluidos) que sean retirados de mi cuerpo previa toma de muestras con destino a exámenes de diagnóstico.

5. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. He sido advertido que en este documento se contiene el Consentimiento Informado ordenado legalmente en las normas transcritas al pie de página; pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito. El consentimiento de los riesgos propios de la intervención, me permite aceptarlos en forma consciente en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se puedan asegurar los resultados.

Por Favor agregar el parentesco si firma una persona que no es el paciente.

Firma del Paciente o Responsable

Firma Testigo

C.C.

De

C.C.

De

Para Diligenciar Únicamente por el Médico Tratante:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral uno (1), y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me han formulado.

Firma del Profesional, Número de C.C. y Registro

Artículo 15 Ley 23 de 1981

[Firma manuscrita]
R.M. 78
Pontificia Universidad Boliviana

BOLETA DE SOLICITUD SALA DE CIRUGIA

SC Central Especialistas Santa Bibiana

Fecha Diligenciamiento 2013/05/22 **Valoración No.:** 1608428

Identificación: CC - 87070084 **Nombre Usuario:** ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Tipo Afiliado: COTIZANTE **Edad:** 27 años 11 meses 0 días **Telefono:** 7293381
Convenio: Convenio Sc Central Especialistas Santa Bibiana - Pos Contributivo **Duración Total:** 240 Min.
IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte **Nivel Salarial:** 1

PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR

☒ REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

Lateralidad No Aplica

Tipo de Cirugia: PROGRAMADA - **Tipo de Herida:** Limpia

Estancia: HOSPITALARIA
Ayudantia
Cama

Requiere:

Observaciones: caja capstone para oplif y midlf

Fecha Programación Cirugia:

IPS: _____

Profesional Jorge Eduardo Guzman Prenk

Documento Identidad CC - 79435405

Registro Medico: 79435405

[Firma]
Firma
Dr. Jorge E. Guzmán Prenk
R.M. 79435405
Foniticia Universidad de Pasto

PREPARACIONES
AUTORIZACION DE SERVICIOS No.

96577648



| | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE andres felipe obando belalcazar | | TIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE IDENTIFICACION cedula ciudadania | IDENTIFICACION 87070084 |
| NIVEL COTIZANTE 1 | PLAN pos contributivo | IPS QUE SOLICITA corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | FECHA 2013/05/22 |
| IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte | | | | |
| Código | PROCEDIMIENTO | Observaciones | | |

NIVEL COTIZANTE

refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

honorario de cirujano para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

honorario de anestesioologo para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

honorario de ayudante para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

derechos de sala para refusion de columna lumbar, via posteriox o posterolateral, con injerto e instrumentacion

material de sutura para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

Primera Vez Historia Consulta Externa

No. 233214059

Inicio Atención: 2013/05/22 08:51:00

Fin Atención: 2013/05/22 09:20:29

IPS Atención: SC Central Especialistas Santa Bibiana

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Ciudad: Bogotá D.C.

Sexo: MASCULINO

Edad: 27 Años 11 Meses 1 Días

Identificación: CC 87070084

Estado Civil: SOLTERO

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Fecha Nac: 1985/06/21

Grupo Atención: Otros

Fecha Ingreso: 2013/05/22

Hora Ingreso: 07:04:42

Nro Cuenta: 36165770

Regional:

Ocupación: MERCADERISTA

Dirección: MZ D CASA 16

Teléfono: 7293381

Convenio: Convenio Sc Central Especialistas Santa Bibiana - Tipo Afiliado: COTIZANTE

Ambito Realización: AMBULATORIO

Causa Externa: ACCIDENTE DE TRABAJO

Finalidad: NO APLICA

Acompañante:

Tel:

Responsable del Usuario:

Tel:

Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: se cayo de 4 metros de alto con carga en 2010 y tiene unas hernias

Enfermedad Actual: en el dosmil 10 se cayo y estuvo 8 dias en cama y le sacaron unas resonancia y le dijeron que tenia unas hernias y le dijeron que no eran de operaduion y las hernias se han agrandado y le dicen que tiene vejiga neurogenica y radiculopatía derecha

RECOMENDACIONES: paciente no tiene patologia traumatica espinal tyiene discopatias degenerativos cronico no traumatico que se representa graficamente con inestabilidad ligamentaria de la vertebra l5. Esta entidad requiere tratamiento quirurgico pero es claro que esto no solucionara los sintomas de vejiga neurogena ni de radiculopatía hacia la pierna derecha

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Sistema | Variable | Observaciones |
|---------|----------|---------------|
|---------|----------|---------------|

Neurológico y Psíquico

Órganos de los sentidos

Piel y Fanereas

Sistema Cardiovascular

Sistema Colágeno

Sistema Endocrino

Sistema Gastrointestinal

Sistema Genital

Sistema Linfático

Sistema Muscular

Sistema Osteoarticular

Sistema Respiratorio

Sistema Sanguíneo

Sistema Urinario

DIAGNOSTICOS

| Nombre | Tipo | CIE10 | Tipo Dx | Observaciones |
|-------------------|-----------------------|-------|---------------------|---------------|
| Espondilolistesis | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | M431 | CONFIRMADO REPETIDO | |

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

| Nombre | Observaciones |
|--|--------------------------|
| CREATININA | valoracion prequirurgica |
| TIEMPO DE PROTROMBINA [PT] | valoracion prequirurgica |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] | valoracion prequirurgica |
| CUADRO HEMATICO COMPLETO (HB, HTO, REC. TOTAL Y DIFERENCIAL) | valoracion prequirurgica |
| MORFOLOGIA) PyP | |

REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

tlif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

INTERCONSULTAS

| Nombre | Especialidad | Observaciones |
|--|---|--------------------------|
| Anestesiología Consulta | INTERCONSULTAS - ANESTESIA | valoracion prequirurgica |
| BOLETA Qx. | Id Valoración: 1608428 | |
| Tipo Herida: Limpia | Complejidad: | |
| IPS Sugerida: SC Central Especialistas Santa Bibiana | Tipo Cirugía: PROGRAMADA - HOSPITALARIA | |

Ciudad: Bogotá D.C.

Observaciones: caja capstone para oplif y midlf

Procedimientos

REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

Motivo Aum. Tiempo

No Definido

Otro Motivo

Estancia

Ayudantia

Cama

Observaciones

Primera Vez Historia Consulta Externa

No. 233214059

Inicio Atención: 2013/05/22 08:51:00

Fin Atención: 2013/05/22 09:20:29

IPS Atención: SC Central Especialistas Santa Bibiana

Ciudad: Bogotá D.C.

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Identificación: CC 87070084

Estado Civil: SOLTERO

Sexo: MASCULINO

Edad: 27 Años 11 Meses 1 Días

Fecha Nac: 1985/06/21

Grupo Atención: Otros

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Regional:

Fecha Ingreso: 2013/05/22

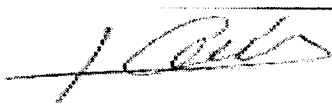
Hora Ingreso:

07:04:42

Nro Cuenta:

36165770

Ocupación: MERCADERISTA



Profesional: Jorge Eduardo Guzman Prenek

Especialidad: NEUROCIRUGIA


Identificación: 79435405

Registro Profesional: 79435405

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |

157

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | | | |
|---|--|--|--|
|  jorge eduardo guzman prenk PROFESIONAL QUE AUTORIZA | | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| | | clínica jorge pineros corpas | |
| | | DIRECCION: autopista norte numero 104 33 | |
| | | TELEFONO: 6544006 | |

79435405
REGISTRO PROF.

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

Clara Santa
Bibiana
Sir Jorge R. Pineros
No. 104 33
Primera

158

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | jorge eduardo guzman prenk | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| CAUSA EXTERNA | accidente de trabajo | DX. PRINCIPAL: | m431 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22
capstone para olif

'tlf 14 15 y 15 s1 con midlf y caja

honorario de cirujano para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22
capstone para olif

'tlf 14 15 y 15 s1 con midlf y caja

honorario de anestesiologo para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22
capstone para olif

'tlf 14 15 y 15 s1 con midlf y caja

honorario de ayudante para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22
capstone para olif

'tlf 14 15 y 15 s1 con midlf y caja

derechos de sala para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22
capstone para olif

'tlf 14 15 y 15 s1 con midlf y caja

material de sutura para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22
capstone para olif

'tlf 14 15 y 15 s1 con midlf y caja



HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS

NIT 891200274-2
CALLE 15 42C - 35
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE
IDENTIFICACION: 87070084
FECHA DE NACIMIENTO: 1985-06-21 (28 AÑOS)
DIRECCION: PASTO
FECHA DE INGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE EGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE REGISTRO: 2013-08-23 06:53:07

MEDICO TRATANTE: MONICA REYES
ENTIDAD: SALUDCOOP EPS
REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE USUARIO: COTIZANTE
NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

HOJA DE INGRESO

Via de ingreso: Consulta externa Triage: Triage4

Informante

paciente

Edad: 28 años Ocupacion: cesante, previamente bodeguero

Escolaridad: secundaria completa Estado Civil : Soltero

Procedencia

natural de pasto procedente de pasto

Viene Remitido?: No

Institucion de la que viene remitido o a la que se remite

saludcoop

Departamento Entidad Remite: Municipio Entidad Remite:

Motivo de Consulta

remitido por psicología por síntomas depresivos

Origen de la atencion

Enfermedad general

Enfermedad actual

Refiere que en octubre de 2010 presentó caída de tres metros, con posterior dificultad para movilizarse, refiere que posterior a eso y relacionado a la situación actual presenta tristeza, no ha presentado hipobulia, ha presentado anhedonia, ha presentado ideas de muerte, no ideas de suicidio, ha presentado insomnio de conciliación, ha presentado fluctuaciones en el apetito, ha aumentado 10 kilos en el último año, ha tenido ideas de minusvalía, refiere que terminó con su pareja porque no le gustaba que lo vieran así, ha aumentado irritabilidad, ha tendido a aislarse, refiere que también ha presentado ansiedad, inquietud motora, refiere que le gustaría que no lo vieran así, le molesta que tengan que asistirlo en cuanto a su cuidado, alimentación, siente que le tienen lástima y que ha perdido la independencia. Refiere que hace un mes lo despidieron por lo cual ha aumentado la tristeza ya que se observa que no tiene dinero.

Historia Personal y Familiar

Vive con: madre, padre y una tía
Ocupación: bodeguero, actualmente cesante posterior a accidente
Soltero
Escolaridad Bachiller
Religión católico

Tiene dos hermanos mayores, un hermano de 30 años y otro de 35 años, refiere una buena relación, pero distante. Con sus madre (ama de casa) refiere que es buena y estrecha, pero prefiere no contarle algunas cosas pues considera que se puede enfermar y siente que la afecta negativamente, y con el padre (trabaja en un almacen de telas) tiene una relación distante. Se sienta apoyado por sus padres, y sobretodo por una tía que lo ha apoyado en tramites y en acompañarlo.

Refiere que como bodeguero había estado trabajando desde hace 8 años, y en el último lugar 1 mes.
El mayor tiempo en un trabajo es tres años.

Personalidad Premorbida

Responsable, sociable, en ocasiones malgeniado.

Experiencias Emocionalmente perturbadoras

La muerte de una tía, refiere que intento apoyar a su madre y él se apoyo en su abuela y su hermano mayor, racionalización.

Antecedentes Medicos

Hernias discales, compresión medular, en L5, con inestabilidad ligamentaria, con vejiga neurogena y radiculopatía en pierna derecha
gastritis

Antecedentes Quirurgicos

Niega

Antecedentes Farmacologicos

Lirica
Acetaminofén compuesto
tramadol
omeprazol

Antecedentes Toxicolergicos

Fuma 2 cigarrillos al día desde hace 6 años
Niega consumo de licor

Antecedentes Familiares

Niega

Antecedentes Psiquiatricos

Está en tratamiento por psicología desde hace 5 meses, 1 consulta por mes.

Revision por sistemas

lo referido en la enfermedad actual

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|---------------------------------|-----|--------------------------|--------|----------------------------------|-----|
| Frecuencia cardiaca: | 86 | Frecuencia Respiratoria: | 20 | Presion Arterial: | 130/90 | Temperatura: | 36 |
| Peso: | 102 | Talla: | 175 | IMC: | 33 | Circunferencia Abdominal: | 112 |

Cabeza y cuello

sin hallazgos positivos

CardioPulmonar

sin hallazgos positivos

Abdomen

sin hallazgos positivos

Genito Urinario

no se explora

Extremidades

sin hallazgos positivos

EXAMEN NEUROLOGICO

sin hallazgos positivos

Piel

sin hallazgos positivos

Sistema Endocrinologico

no se explora

Sintomatico Respiratorio: NO **Sintomatico de Piel:** NO

Aspecto General

cuidado

Estado de Conciencia

alerta

Orientacion

orientado

Atencion

euprosexico

Afecto

constreñido, triste

Pensamiento

con adecuado curso, con ideas de muerte no ideas de suicidio

Sensopercepcion

niega alucinaciones

lenguaje

eulalico

Conducta Motora

normobulico, normoquinetic

Memoria

sin alteraciones evidentes

Inteligencia

impresiona promedio

Introspeccion

parcial

Prospeccion

incierto

Juicio y Raciocinio

conservado

Riesgo de Suicidio: ☐ **Riesgo de Heteroagresion:** ☐ **Riesgo de Fuga:** ☐

Analisis

Paciente de 28 años, con síntomas depresivos que configuran un episodio depresivo leve, en tratamiento con psicoterapia con persistencia de síntomas por lo que se decide iniciar tratamiento farmacológico, como precipitante de síntomas presenta perdida de funcionalidad asociada a accidente laboral

Diagnostico

| | | | |
|-------------------|-------------|-------------------------|------------------------------|
| Diagnostico Eje I | F320 | EPISODIO DEPRESIVO LEVE | Impresion diagnostica |
|-------------------|-------------|-------------------------|------------------------------|

| | | | |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|-----------|
| Causa Externa: | Enfermedad general | Finalidad Consulta: | No aplica |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|-----------|

Diagnostico Eje II

diferido

Diagnostico eje IV

red activa

Diagnostico Eje V (GAF)

65/100

Otros Diagnosticos Medicos

Conducta suicida: ☐ **Capacidad de Autodeterminacion:** Adecuada

Hospitalizar ?

NO

Paraclínicos Solicitados (Justificación)

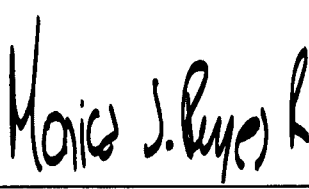
s.s. TSH Y T 4 LIBRE

Plan de Manejo (conducta farmacológica, signos de alarma y recomendaciones, Plan Casero; Interconsultas; próximo Control)

1. Se realiza psicoeducación y encuadre terapéutico
2. se inicia sertralina 50 mg día, trazodona 50 mg día
3. control por psiquiatría en 3 meses
4. continuar psicoterapia por psicología

Destino del paciente

Domicilio

| |
|--|
| MONICA REYES |
|  |
| PSIQUIATRA |
| REGISTRO MEDICO 1522-09 |



HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS

NIT 891200274-2
CALLE 15 42C - 35
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE
IDENTIFICACION: 87070084
FECHA DE NACIMIENTO: 1985-06-21 (28 AÑOS)
DIRECCION: PASTO
FECHA DE INGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE EGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE REGISTRO: 2013-08-23 07:31:17

MEDICO TRATANTE: MONICA REYES
ENTIDAD: SALUDCOOP EPS
REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE USUARIO: COTIZANTE
NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

FORMULACION EXTERNA

Nota: s.s. TSH Y T4 LIBRE

Diagnostico

| | | | |
|----------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|
| Diagnostico | F320 | EPISODIO DEPRESIVO LEVE | Impresion diagnostica |
| Causa Externa: | Enfermedad general | Finalidad Consulta: | No aplica |

MONICA REYES

Monica J. Reyes R

PSIQUIATRA

REGISTRO MEDICO 1522-09

**HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO**
HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOSNIT 891200274-2
CALLE 15 42C - 35
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE
IDENTIFICACION: 87070084
FECHA DE NACIMIENTO: 1985-06-21 (28 AÑOS)
DIRECCION: PASTO
FECHA DE INGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE EGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE REGISTRO: 2013-08-23 07:31:09

MEDICO TRATANTE: MONICA REYES
ENTIDAD: SALUDCOOP EPS
REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE USUARIO: COTIZANTE
NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

FORMULACION EXTERNA

Nota: Control por psiquiatría en 3 meses

Diagnostico

| | | | |
|----------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|
| Diagnostico | F320 | EPISODIO DEPRESIVO LEVE | Impresion diagnostica |
| Causa Externa: | Enfermedad general | Finalidad Consulta: | No aplica |

MONICA REYES

PSIQUIATRA

REGISTRO MEDICO 1522-09



HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS

NIT 891200274-2
CALLE 15 42C - 35
TELEFONOS 7362680 - 7235144

NOMBRE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE
IDENTIFICACION: 87070084
FECHA DE NACIMIENTO: 1985-06-21 (28 AÑOS)
DIRECCION: PASTO
FECHA DE INGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE EGRESO: 2013-08-23 00:00:00
FECHA DE REGISTRO: 2013-08-23 07:32:38

MEDICO TRATANTE: MONICA REYES
ENTIDAD: SALUDCOOP EPS
REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE USUARIO: COTIZANTE
NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

FORMULA EXTERNA

Medicamento:

Sertralina tableta 50mg, #90 ,Tomar una tableta después del desayuno, via oral

Trazodona tableta 50mg, #90 ,Tomar una tableta 20 minutos antes de acostarse, via oral

Nota:

Formula por 90 días, se contrarremite primer nivel para entrega mensual del medicamento

Diagnostico

CIE-10 F320 EPISODIO DEPRESIVO LEVE Impresion diagnostica

Causa Externa: Enfermedad general Finalidad Consulta: No aplica

MONICA REYES

Monica J. Reyes R

PSQUIATRA

REGISTRO MEDICO 1522-09

100

SERVICIOS AUTORIZADOS
SC Central Especialistas Santa Bibiana

No Autorización: 233214059

Fecha Atención: 2013/05/22

Profesional : Jorge Eduardo Guzman Prenk

Registro Profesional: 79435405

Convenio: Convenio Sc Central Especialistas Santa Bibiana - Pos Contributivo

Paciente: 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Nivel Salarial: 1

Tipo Afiliado : COTIZANTE

Tipo Plan : POS Contributivo

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundarios:

M431

LABORATORIO CLÍNICO

Nivel del Procedimiento: 1

Codigo Procedimiento

22770 CUADRO HEMATICO COMPLETO (HB, HTO, REC.
TOTAL Y DIFERENCIAL, MORFOLOGIA) PyP

Cant.

Finalidad

Lateralidad


Observación:

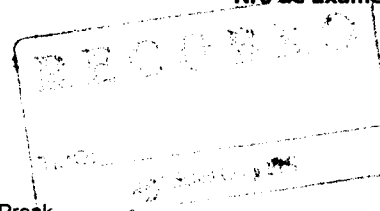
1 DETECCION TEMPRANA DE
ENFERMEDAD GENERAL

valoracion prequirurgica

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA |
|-----------------|-------------|--------|------------------|
| EPS | % + USUARIO | PORC % | |
| 0.00 | 0 | 0 | 0 |

Nro de Exámenes Solicitados: 1


Profesional Jorge Eduardo Guzman Prenk
Registro 79435405



Documento no valido como autorización para red externa

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648

ORIGINAL

16 J

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECUBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | jorge eduardo guzman prenk | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| CAUSA EXTERNA | accidente de trabajo | DX. PRINCIPAL: | m431 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

19290 creatinina

1 deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'valoracion prequirurgica'

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|--|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 2.300,00 | 0 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION**INSTITUCION A LA QUE SE REMITE**clinica los andes
nota: "la toma de la muestra se debe realizar en la ips de atención o en la ips asignada al usuario"**DIRECCION:****TELEFONO:**

jorge eduardo guzman prenk

79435405

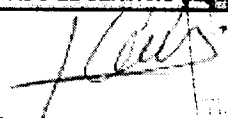
PROFESIONAL QUE AUTORIZA**REGISTRO PROF.****IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION**

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obapdo belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | ENTIDAD RECOBRO |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | | Usuario que Transcribe |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | | jorge eduardo guzman prenk |

| | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | accidente de trabajo | DX. PRINCIPAL: | m431 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

| | | | | | |
|-------|--|---|--|------------------------------|----------------------------|
| 19827 | tiempo de protrombina [pt] | 1 | deteccion temprana de enfermedad general | fecha aprobación: 2013/05/22 | 'valoracion prequirurgica' |
| 19958 | tiempo de tromboplastina parcial [ptt] | 1 | deteccion temprana de enfermedad general | fecha aprobación: 2013/05/22 | 'valoracion prequirurgica' |

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|--|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |

| | |
|---|-----------------------|
| PRESTADO EL SERVICIO (E AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION | |
|  | |
| INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| clinica los andes nota: "la toma de la muestra se debe realizar en la ips de atención o en la ips asignada al usuario" | |
| DIRECCION: | |
| PROFESIONAL QUE AUTORIZA | REGISTRO PROF. |
| jorge eduardo guzman prenk | 79435405 |
| TELEFONO: | |

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

SERVICIOS AUTORIZADOS
SC Central Especialistas Santa Bibiana

No Autorización: 233214059 Fecha Atención: 2013/05/22

Profesional : Jorge Eduardo Guzman Prenk Registro Profesional: 79435405
Convenio: Convenio Sc Central Especialistas Santa Bibiana - Pos Contributivo
Paciente: 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR Nivel Salarial: 1
Tipo Afiliado : COTIZANTE Tipo Plan : POS Contributivo
IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Diagnóstico Principal:
M431

Diagnósticos Secundarios:

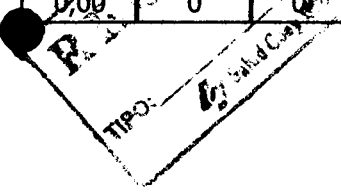
LABORATORIO CLÍNICO

| Codigo | Procedimiento | Cant. | Finalidad |
|--------|--|-------|--|
| 22770 | CUADRO HEMATICO COMPLETO (HB, HTO, REC. TOTAL Y DIFERENCIAL, MORFOLOGIA) PyP | 1 | DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL |

Nivel del Procedimiento: 1
Observación: valoración prequirurgica

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | |
|-----------------|-------------|--------|------------------|--|
| EPS | % + USUARIO | PORC % | | |
| 0,00 | 0 | 0 | 0 | |

Nro de Exámenes Solicitados: 1



Profesional Jorge Eduardo Guzman Prenk
Registro 79435405

Documento no valido como autorización para red externa

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648

ORIGINAL

170

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | jorge eduardo guzman prenk | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| CAUSA EXTERNA | accidente de trabajo | DX. PRINCIPAL: | m431 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

19290 creatinina

1 deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'valoracion prequirurgica'

| | | | | |
|--|--------------------|-------------------|-------------------------|--|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 2.300,00 | 0 |
| PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION | | | | |

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

clinica los andes nota: "la toma de la muestra se debe realizar en la ips de atención o en la ips asignada al usuario"

DIRECCION:**TELEFONO:**

jorge eduardo guzman prenk

79435405

PROFESIONAL QUE AUTORIZA**REGISTRO PROF.****IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION**

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648

ORIGINAL

177

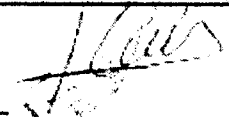
| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | | |
| Usuario que Transcribe | | | | | |
| jorge eduardo guzman prenk | | | | | |
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | | DX. PRINCIPAL: | | DX. SECUNDARIO: | |
| accidente de trabajo | | m431 | | | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Can | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

| | | | | | |
|-------|--|---|--|------------------------------|----------------------------|
| 19827 | tiempo de protrombina [pt] | 1 | deteccion temprana de enfermedad general | fecha aprobación: 2013/05/22 | 'valoracion prequirurgica' |
| 19958 | tiempo de tromboplastina parcial [ptt] | 1 | deteccion temprana de enfermedad general | fecha aprobación: 2013/05/22 | 'valoracion prequirurgica' |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS | |
|-----------------|-------------|------------|------------|---------------------------------|--|
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | MODERADORA | | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEREMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | | | |
|--|--|---|--|
|  jorge eduardo guzman prenk 79435405 PROFESIONAL QUE AUTORIZA REGISTRO PROF. | | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| | | clinica los andes nota: "la toma de la muestra se debe realizar en la ips de atención o en la ips asignada al usuario" | |
| | | DIRECCION: | |
| | | TELEFONO: | |

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 96577648



ORIGINAL

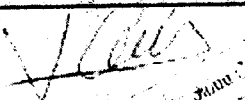
172

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | jorge eduardo guzman prenk | |
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | | DX. PRINCIPAL: | DX. SECUNDARIO: | | |
| accidente de trabajo | | m431 | | | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |
| | | | | | |

36100 anestesiologia consulta

1 deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'valoracion prequirurgica'

| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | |
|---|-------------|------------|--|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 2.300,00 | 0 |
| PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRÓ ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION | | | | |
|  jorge eduardo guzman prenk 79435405 PROFESIONAL QUE AUTORIZA REGISTRO PROF. | | | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| | | | clinica los andes <i>clinica Santa Bibiana</i> | |
| | | | DIRECCION: | carrera 42 no 16 a 56 |
| | | | TELEFONO: | 7993780- <i>6514000-</i> |
| IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION | | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

PROGRAMADA - HOSPITALARIA

Bogotá D.C. 2013/05/22

1. Por medio del presente documento autorizo al Doctor(a) Jorge Eduardo Guzman Prenk y a los asistentes de su elección en la IPS SC Central Especialistas Santa Bibiana a realizar en mí o en el (la) paciente ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR la(s) siguiente (s) intervención (es) quirúrgica (s):

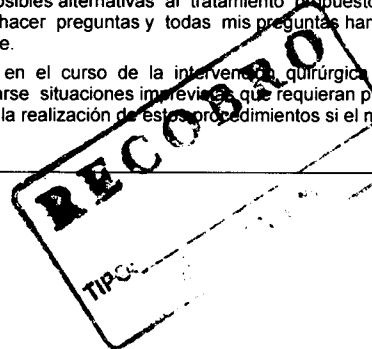
REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

2. El Doctor Jorge Eduardo Guzman Prenk con CC - 79435405 de la IPS SC Central Especialistas Santa Bibiana me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse:

Dolor, Sangrado, Infección

así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico arriba mencionado lo juzga necesario.



4. En caso de ser requerido a criterio y por orden del médico tratante, autorizo a la IPS SC Central Especialistas Santa Bibiana para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos (tejidos y fluidos) que sean retirados de mi cuerpo previa toma de muestras con destino a exámenes de diagnóstico.

5. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. He sido advertido que en este documento se contiene el Consentimiento Informado ordenado legalmente en las normas transcritas al pie de página; pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito. El consentimiento de los riesgos propios de la intervención, me permite aceptarlos en forma consciente en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se puedan asegurar los resultados.

Por Favor agregar el parentesco si firma una persona que no es el paciente.

Firma del Paciente o Responsable

Firma Testigo

C.C.

De

C.C.

De

Para Diligenciar Únicamente por el Médico Tratante:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral uno (1), y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me han formulado.

Firma del Profesional, Número de C.C. y Registro

Artículo 15 Ley 23 de 1981

Dr. Jorge E. Guzmán Prenk
R.M. 79435405
Neurocirujano
Pontificia Universidad Católica

174

BOLETA DE SOLICITUD SALA DE CIRUGIA

SC Central Especialistas Santa Bibiana

Fecha Diligenciamiento

2013/05/22

Valoración No.: 1608428

Identificación: CC - 87070084

Nombre Usuario: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Tipo Afiliado: COTIZANTE

Edad: 27 años 11 meses 0 días

Telefono: 7293381

Convenio: Convenio Sc Central Especialistas Santa Bibiana - Pos Contributivo

Duración Total: 240 Min.

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Nivel Salarial: 1

PROCEDIMIENTO(S) A REALIZAR

☒ REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

Lateralidad No Aplica

Tipo de Cirugia: PROGRAMADA -
HOSPITALARIA

Tipo de Herida: Limpia

Estancia: Ayudantia
Cama

Requiere:

Observaciones: caja capstone para oplif y midif

Fecha Programación Cirugia:

IPS:

Profesional

Jorge Eduardo Guzman Rreak

Documento Identidad

CC - 79435405

Registro Medico:

79435405

RECIBIDO
Dr. Jorge E. Guzman Rreak
R.M. 79435405
Neurocirugia
Pontificia Universidad Javeriana
Firma

| | | | | | |
|---|------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| andres felipe obando belalcazar | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 87070084 | 28 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | ENTIDAD RECUBRO | |
| 1 | pos contributivo | SC IPS Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | Usuario que Transcribe | |
| corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | | | jorge eduardo guzman prenk | |

| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| CAUSA EXTERNA | accidente de trabajo | DX. PRINCIPAL: | m431 | DX. SECUNDARIO: | |
| Código | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |

refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'lif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

honorario de cirujano para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'lif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

honorario de anestesioologo para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'lif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

honorario de ayudante para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'lif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

derechos de sala para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1

deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'lif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

material de sutura para refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

1


deteccion temprana de enfermedad general

fecha aprobación: 2013/05/22 'lif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif

| RAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 |

776

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEREMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION


 jorge eduardo guzman prenk 79435405
 PROFESIONAL QUE AUTORIZA REGISTRO PROF.

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| clinica jorge pineros corpae | |
| DIRECCION: | autopista norte numero 104-333 |
| TELEFONO: | 654-4000 |

Dr. Jorge R.M. Pineros
Neurocirujano
Universidad de la Sabiduria

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EMISION

PREPARACIONES
AUTORIZACION DE SERVICIOS No.

96577648



177

| | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE andres felipe obando belalcazar | | TIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE IDENTIFICACION cedula ciudadania | IDENTIFICACION 87070084 |
| NIVEL COTIZANTE 1 | PLAN pos contributivo | IPS QUE SOLICITA corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana especialistas | | FECHA 2013/05/22 |
| IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte | | | | |
| Código | PROCEDIMIENTO | Observaciones | | |

NIVEL COTIZANTE

refusion de columna lumbar, via posterior o posterolateral, con
injerto e instrumentacion

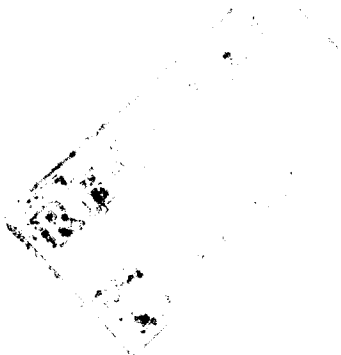
honorario de cirujano para refusion de columna lumbar, via
posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

honorario de anestesioologo para refusion de columna lumbar,
via posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

honorario de ayudante para refusion de columna lumbar, via
posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

derechos de sala para refusion de columna lumbar, via
posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion

material de sutura para refusion de columna lumbar, via
posterior o posterolateral, con injerto e instrumentacion



Inicio Atención: 2013/05/22 08:51:00

Fin Atención: 2013/05/22 09:20:29

IPS Atención: SC Central Especialistas Santa Bibiana

Ciudad: Bogotá D.C.

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Identificación: CC 87070084

Estado Civil: SOLTERO

Sexo: MASCULINO

Edad: 27 Años 11 Meses 1 Días

Fecha Nac: 1985/06/21

Grupo Atención: Otros

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Regional:

Fecha Ingreso: 2013/05/22

Hora Ingreso: 07:04:42

Nro Cuenta: 36165770

Ocupación: MERCADERISTA

Dirección: MZ D CASA 16

Teléfono: 7293381

Convenio: Convenio Sc Central Especialistas Santa Bibiana - Tipo Afiliado: COTIZANTE

Ambito Realización: AMBULATORIO

Causa Externa: ACCIDENTE DE TRABAJO

Finalidad: NO APLICA

Acompañante:

Tel:

Responsable del Usuario:

Tel:

Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: se cayo de 4 metros de alto con carga en 2010 y tiene unas hernias

Enfermedad Actual: en el dosmil 10 se cayo y estuvo 8 dias en cama y le sacaron unas resonancia y le dijeron que tenia unas hernias y le dijeron que no eran de operaduion y las hernias se han agrandado y le dicen que tiene vejiga neurogenica y radiculopatía derecha

RECOMENDACIONES: paciente no tiene patologia traumatica espinal tyiene discopatias degenerativos cronico no traumatico que se representa graficamente con inestabilidad ligamentaria de la vertebra l5. Esta entidad requiere tratamiento quirurgico pero es claro que esto no solucionara los sintomas de vejiga neurogena ni de radiculopatía hacia la pierna derecha

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Sistema | Variable | Observaciones |
|--------------------------|----------|---------------|
| Neurológico y Psíquico | | |
| Órganos de los sentidos | | |
| Piel y Fanereas | | |
| Sistema Cardiovascular | | |
| Sistema Colágeno | | |
| Sistema Endocrino | | |
| Sistema Gastrointestinal | | |
| Sistema Genital | | |
| Sistema Linfático | | |
| Sistema Muscular | | |
| Sistema Osteoarticular | | |
| Sistema Respiratorio | | |
| Sistema Sanguíneo | | |
| Sistema Urinario | | |

DIAGNOSTICOS

| Nombre | Tipo | CIE10 | Tipo Dx | Observaciones |
|-----------------|-----------------------|-------|---------------------|---------------|
| condilolistesis | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | M431 | CONFIRMADO REPETIDO | |

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

| Nombre | Observaciones |
|---|--|
| CREATININA | valoracion prequirurgica |
| TIEMPO DE PROTROMBINA [PT] | valoracion prequirurgica |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] | valoracion prequirurgica |
| CUADRO HEMATICO COMPLETO (HB, HTO, REC. TOTAL Y DIFERENCIAL MORFOLOGIA) PyP | valoracion prequirurgica |
| REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION | tlif l4 l5 y l5 s1 con midlf y caja capstone para olif |

INTERCONSULTAS

| Nombre | Especialidad | Observaciones |
|--|---|--------------------------|
| Anestesiología Consulta | INTERCONSULTAS - ANESTESIA | valoracion prequirurgica |
| BOLETA Qx. | Id Valoración: 1608428 | |
| Tipo Herida: Limpia | Complejidad: | |
| IPS Sugerida: SC Central Especialistas Santa Bibiana | Tipo Cirugía: PROGRAMADA - HOSPITALARIA | |

Ciudad: Bogotá D.C.

Observaciones caja capstone para oplif y midlf

Procedimientos

REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

Motivo Aum. Tiempo

No Definido

Otro Motivo

Estancia

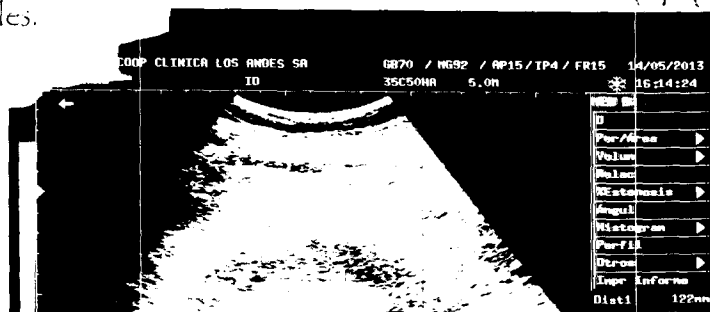
Observaciones

Ayudantía

Cama

fecha MAYO 14 DE 2013
Nombre ANDRES FELIPE OBANDO
Documento 87070084
Estudio ECOGRAFIA RENAL

Riñón derecho 12.2x5.7 cm.
Cortical media 20 mm.
Riñón izquierdo 12.2x6.1 cm.
Cortical media 20 mm.
No hay hidronefrosis quistes ni cicatrices corticales.
Relación cortico medular conservada.
Debe correlacionarse con la clínica.



181

Facility: UROLAN
 Physician: CARLOS A BENAVIDES, M.D
 Referring Physician: JORGE LUIS PAZ M.D

Study date: 6/26/2013 1:20:45 PM
 Clinician:
 Phone: 731-0888

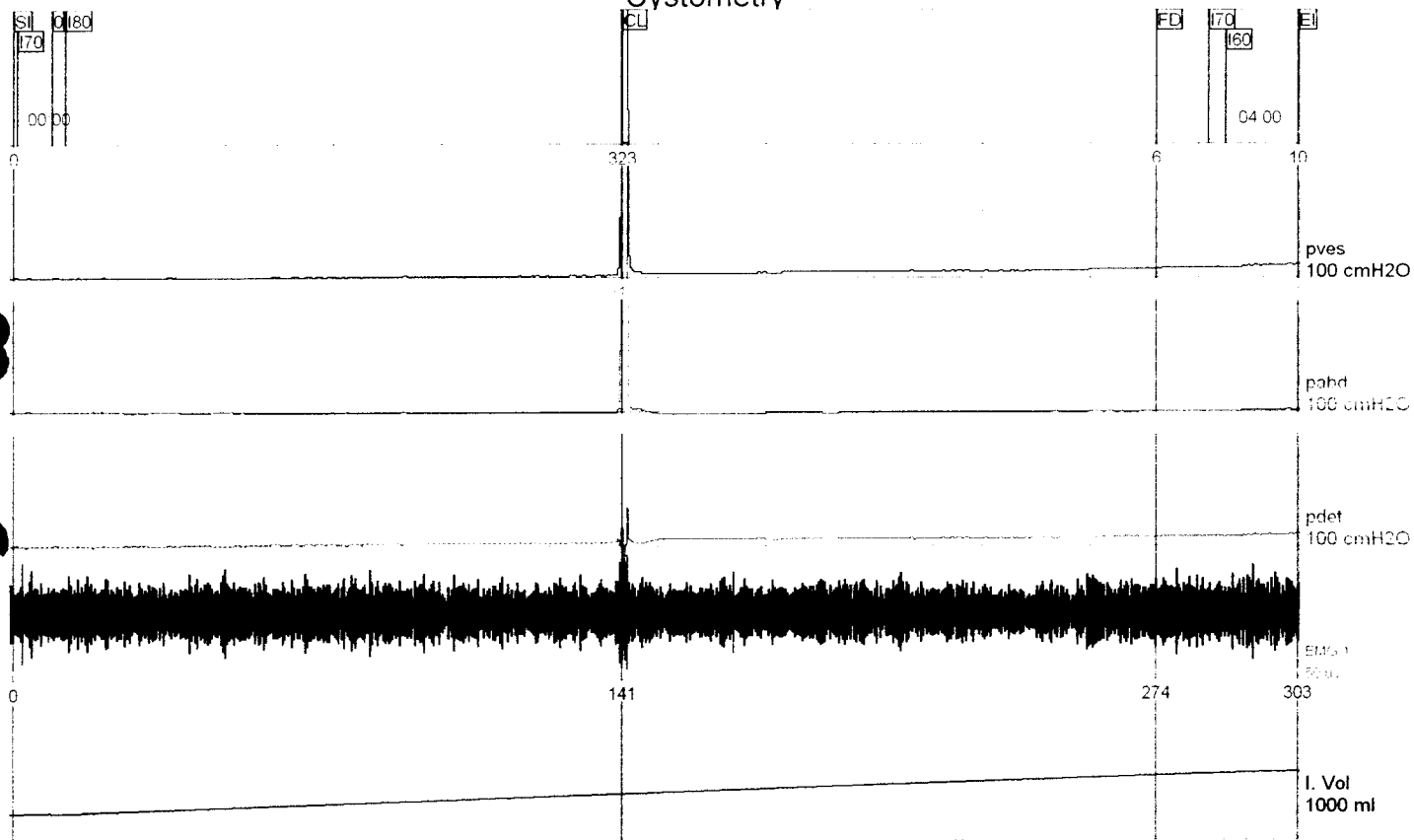
Urodynamic Evaluation

Patient: OBANDO, ANDRES
 Birth Date: 6/21/1985
 Patient #: 1827

Sex: M
 Age: 28

Complaint: other
 Diagnosis:
 Record #: 87070084

Cystometry



| | Test Desire | Normal Desire | Strong Desire | Urgency | pinax @ | Infused vol |
|-----------------------|-------------|---------------|---------------|-------------|---------|-------------|
| Vesical Pressure | 6 cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | 323 | 141 |
| Abdominal Pressure | 0 cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | 141 | 142 |
| Detrusor Pressure | 6 cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | 29 | 143 |
| Urethral Pressure | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | -- | -- |
| Urethral Closure Pres | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | ++ cmH2O | -- | -- |
| Infused Volume | 274 ml | ++ ml | ++ ml | ++ ml | -- | -- |
| Compliance | 46 ml/cmH2O | ++ ml/cmH2O | ++ ml/cmH2O | ++ ml/cmH2O | -- | -- |

| | | | | | |
|--------------------|--|-------------------------|----------|------------------------|--------|
| Infusion Medium | H2O | Max. Cysto Capacity | ++ ml | Max. Infused Capacity | 303 ml |
| Infusion rate | 60 ml/min | Min. Valsalva Leak Pres | cmH2O | Min. Vesical Leak Pres | cmH2O |
| Position | supine | Voiding Coordination | synergic | EMG Activity | normal |
| Sensation | normal | Compliance | low | Detrusor | stable |
| Orin Ora Relax | no | Contraction inhibited | no | | |
| Catheter Type | 8Fr - 3 lumen | Provocation | cough | | |
| EMG Electrode Type | surface | EMG Electrode Position | perineal | | |
| Comment | FLUXION LO FALLE DE LAJAJA CAPACIDAD 1300 CC | | | | |

182

Facility: UROLAN
Physician: CARLOS A BENAVIDES, M.D
Referring Physician: JORGE LUIS PAZ M.D

Study date: 6/26/2013 1:09:39 PM
Clinician:
Phone: 731-0888

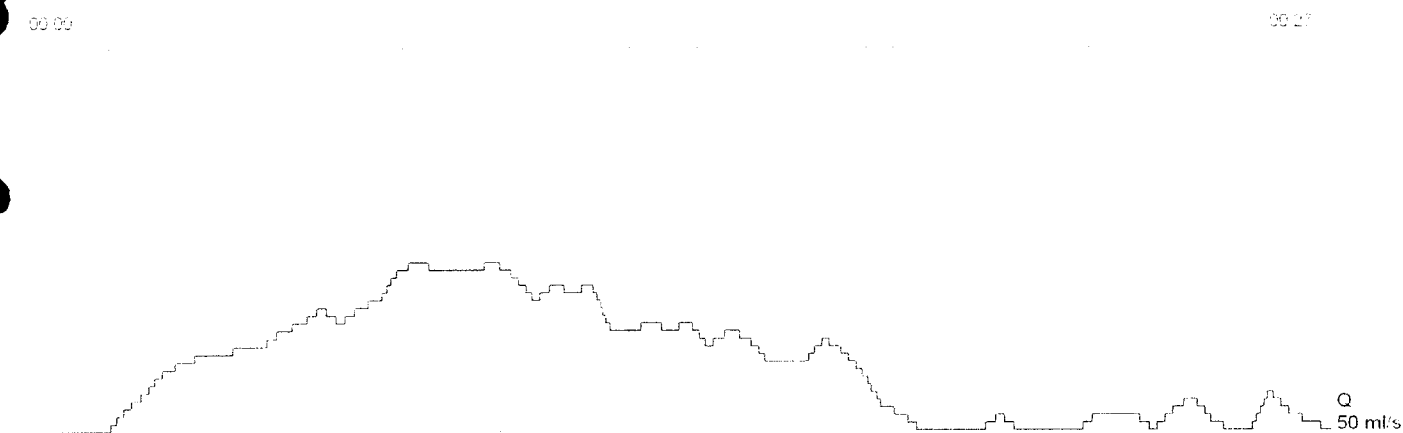
Urodynamic Evaluation

Patient: OBANDO, ANDRES
Birth Date: 6/21/1985
Patient #: 1827

Sex: M
Age: 28

Complaint: other
Diagnosis:
Record #: 87070084

Uroflowmetry



Maximum Flow: 22 ml/s
Average Flow: 10 ml/s
Voided Volume: 200 ml
Residual Volume: 50 ml

Flow Time: 20.4 s
Voiding Time: 24.8 s
Time to Maximum Flow: 6.8 s

Pattern: intermittent
Conclusion: normal

Comment:

UROFLOW: NORMAL



Clinica SaludCoop LOS ANDES

Sucursal: PRIORITARIAS PASTO

| | | | |
|---------------|---------------------|-----------------|---|
| Sede / Orden: | 99 / 0000148210 | Paciente: | 9376763 - OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE |
| Médico: | N/A | Identificación: | CC: 87070084 |
| Ubicación: | | Sexo: | Masculino |
| Convenio: | ESPECIALISTAS | Años: | 27 M: 10 D: 19 |
| Entrada: | 09/05/2013 09:00:49 | Teléfono: | |
| Servicio: | | Tipo Paciente: | EXTERNO |
| Salida: | 14/05/2013 15:59:55 | | |

MAYOR DE 90.0 ESTADIO 1

CAMBIO DE VALORES DE REFERENCIA A PARTIR DEL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012

Patty &

Dra. Pilar Cristina Eraso Parra
c.c.59.177.756 Bact. U. Católica de
Manizales Validación: ORINAS

Patricia Ortiz O.
Bacteriologa U. Javeriana
Reg:52537-98 Validación:



Clinica SaludCoop LOS ANDES

Sucursal: PRIORITARIAS PASTO

Sede / Orden: 99 / 0000148210

Médico: N/A

Ubicación:

Convenio: ESPECIALISTAS

Entrada: 09/05/2013 09:00:49

Servicio:

Salida: 14/05/2013 15:59:55

Paciente: 9376763 - OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Identificación: CC: 87070084

Sexo: Masculino

Años: 27 M: 10 D: 19

Teléfono:

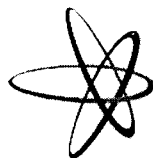
Tipo Paciente: EXTERNO

UROCULTIVO

Fecha Hora Validación: 13/05/2013 11:52:06

MUESTRA ORINA

CULTIVO GERMESES RCTO 0 UFC/ML HASTA LAS 48 HORAS DE INCUBACIÓ


MEDINUCLEAR®

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

 Mejores imágenes. Mejores resultados
 NIT. 800223618-0

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL
EDAD: 26 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 124635
FECHA: 30 de Enero de 2012

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía y EG T2 observando:

Existe rectificación en la lordosis cervical.

No se observan lesiones óseas destructivas ni cambios degenerativos en las vértebras cervicales.

Los discos intervertebrales conservan su altura y contenido hídrico usual.

En el nivel C4-C5 se observa una muy pequeña protrusión discal focal parasagital derecha que genera muy ligero efecto compresivo al contorno anterior del saco tecal.

En los restantes segmentos valorados no se observan alteraciones epidurales significativas.

Agujeros de conjunción amplios.

El cordón medular tiene diámetro, morfología e intensidad de señal normal sin signos de edema, isquemia, lesiones neoplásicas ni otras alteraciones.

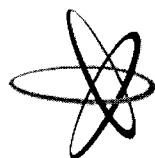
Los tejidos blandos paravertebrales son normales.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
 Médico Radiólogo
 RM 45198

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mora

JORGE

**MEDINUCLEAR®**

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Mejores imágenes. Mejores resultados
NIT. 800223618-0

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR
EDAD: 26 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 124635
FECHA: 30 de Enero de 2012

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2, secuencias de mielografía observando:

La intensidad de señal de las vértebras lumbares es normal.

No se observan cambios degenerativos ni lesiones óseas destructivas a nivel lumbar.

Pequeña hernia intra ósea de Schmorl en el platillo vertebral inferior de D11.

Los discos intervertebrales L4-L5 y L5-S1 presenta signos de deshidratación.

En el nivel L5-S1 se observa una clara hernia discal de base amplia central y posterolateral izquierda que contacta y comprime ligeramente el saco tecal y afecta francamente la raíz de S1 izquierda en el receso lateral.

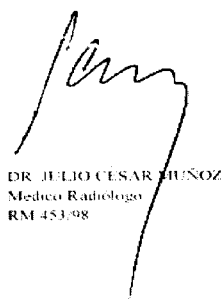
En el nivel L4-L5 se observa un discreto abombamiento discal difuso posterior predominantemente central y posterolateral izquierdo con signos de desgarró anular que comprime levemente el saco tecal.

Los agujeros de conjunción son amplios.

El cono medular es normal.

Los tejidos blandos paravertebrales posteriores no muestran alteraciones relevantes.

Atte.



DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 453/98

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE



MEDINUCLEAR®

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Mejores imágenes. Mejores resultados
NIT. 800223618-0

187

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL
EDAD: 26 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 124635
FECHA: 30 de Enero de 2012

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía observando:

La intensidad de señal de las vértebras dorsales es normal.

Se aprecian pequeñas hernias intra óseas de Schmorl en los platillos vertebrales inferiores del segmento dorsal medio y bajo.

Los discos intervertebrales D7-D8 y D8-D9 presentan signos de deshidratación.

En el nivel D8-D9 se observa un leve abombamiento discal difuso posterior con ligera asimetría derecha que presenta discreto efecto compresivo al contorno anterior del saco tecal.

En el nivel D7-D8 se observa una pequeña protrusión discal focal posterolateral izquierda que comprime levemente el saco dural.

Agujeros de conjunción amplios.

Recesos laterales libres.

El cordón medular en todo el segmento dorsal tiene diámetro, morfología e intensidad de señal normal.

Los tejidos blandos paravertebrales posteriores no muestran alteraciones.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 453098

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE



188

MEDINUCLEAR S.A.S.
Nit 800223618-0
Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Atríz
Carrera 34 No. 11* 12 Barrio Aurora
Pasto - Nariño

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 105308
FECHA: 17 de Enero de 2011

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía observando:

Discreta rectificación de la lordosis cervical.

No se evidencian lesiones óseas destructivas ni cambios degenerativos relevantes en los cuerpos vertebrales y arcos posteriores explorados.

Los discos intervertebrales C3-C4, C4-C5 y C5-C6 presentan muy leve signos de deshidratación.

En los niveles previamente descritos se visualizan mínimos abombamiento discal difusos posteriores que generan muy ligera indentación del contorno anterior del saco tecal sin afectar el cordón medular.

Agujeros de conjunción y recesos laterales libres.

El cordón medular en todo el segmento cervical tiene diámetro morfológico e intensidad de señal normal sin signos de edema, isquemia, lesiones neoplásicas intramedulares ni otros hallazgos patológicos.

Los tejidos blandos para vertebrales posteriores son normales.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 453/98

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE

**MEDINUCLEAR S.A.S.**

Nit 800223618-0

Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Atriz

Carrera 34 No. 11* 12 Barrio Aurora

Pasto - Nariño

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 103586
FECHA: 06 de Diciembre de 2010

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía sobre la columna dorsal observando:

La intensidad de señal de las vertebrales dorsales es normal.

Se aprecian múltiples y pequeñas hernias intra óseas de Schmorl en los platillos vertebrales predominantemente inferiores del segmento dorsal medio y bajo.

Los discos intervertebrales del segmento dorsal medio presentan algunos signos de deshidratación.

En el nivel D6-D7 se observa una pequeña protrusión parasagital izquierda del disco intervertebral, que comprime ligeramente el saco tecal.

En el nivel D7-D8 se observa un leve abombamiento discal difuso posterior con ligera asimetría derecha que comprime libremente saco tecal.

Recesos laterales libres.

Agujeros de conjunción amplios.

El cordón medular en todo el segmento dorsal tiene diámetro morfología e intensidad de señal normal sin signos de edema, isquemia, lesiones neoplásicas intramedulares ni otras alteraciones.

Los tejidos blandos paravertebrales son normales.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 453/98

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE

Paciente: CC 87070084 OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Admisión: 23116

Fecha de Nacimiento: 21/6/1985

Ubicación del Paciente: -

Estado Civil: SOLTERO(A)

Edad: 27 a 2 m 3 d

Sexo: Masculino

Dirección: MZ D CASA 16 PANORAMICO 1

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ciudad: PASTO

Telefono: 3185014291

Religión: NO APLICA

Ocupación: EMPLEADO

APBs: PARTICULARES

Sucursal: PARTICULARES

Contrato: CLINICAL SPA

Tipo de vinculación: Cotizante/Afiliado

CONTROL MEDICINA DEL DOLOR

Fecha y Hora de atención:

24/08/2012 4:36 p.m.

Profesional: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

Especialidad: MEDICINA DEL DOLOR

Tp Admisión: AMBULATORIO

Hora Ingreso: 24/08/2012 4:13 p.m.

Datos de la Consulta - Datos de la Consulta

Motivo Consulta - PACIENTE REFIERE QUE TUVO MEJORIA TEMPORAL DE DOLOR LUMBAR, SECUNDARIO A TRAUMA EN SITIO DE TRABAJO. ACTUALMENTE DOLOR LUMBAR SEVERO IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES QUE SE PRESENTO LUEGO DE EXPOSICION A FRIJO EXTREMO EN SITIO DE TRABAJO.

Evolucion - Datos de Evolucion

Evolucion del Paciente - AL E FISICO:

MARCHA DIFICIL CON BASTON POR DOLOR

CONTRACTURA MUSCULAR PARAESPINAL LUMBAR, PUNTOS CIATICOS POSITIVOS EN MIEMBROS INFERIORES

DISESTESIAS Y PARESTESIAS BILATERALES.

Conducta - Plan de Tratamiento

Plan de Tratamiento - VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA

BLOQUEO PERIDURAL DE CORTICOIDES

PREGABALINA 150 MG CADA 12 HORAS

CODEINA MAS ACETAMINOFEN 30/500 1 TABLETA CADA 8 HS

DICLOFENACO 75 MG 1 AMPOLLA IM DIA POR 5 DIAS

BETADUO 2ML IM UNA SOLA VEZ

RECOMENDACIONES LABORALES

VALORACION POR MEDICINA LABORAL PARA MANEJO DE INCAPACIDADES

CONTROL EN 20 DIAS

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: M511

Nombre: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS* CON RADICULOPATIA

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO

Categoría: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Información Complementaria

Finalidad de la Consulta
Causa externa
Finalidad del Procedimiento

DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Maria Constanza Bastidas

Profesional que clausura: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

CC 36998539 R.M. 2232/89

Profesional que elabora: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA CC 36998539 R.M. 2232/89

Fecha y hora del registro: 24/08/2012 4:54 p.m.

CONSULTORIO DE FISIOTERAPIA

Nombre: Andres Felipe Obando Fecha: 12-09-2011

R/p. Paciente con Dx de Mielopatía quien lleva 12 terapias físicas en las cuales se trabaja manejo de dolor AMA propiocepción estiramiento reeducación de la marcha. Se observa mejoría del dolor ocasional. No se observa mejoría en AMA y marcha. Se continúa manejo según diagnóstico médico.

Fanny Torres Gamba
FISIOTERAPEUTA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
RES No 52-2252

CARRERA 37 N° 19 - 28 BARRIO PALERMO TELEFONO 7316488



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, julio 29 de 2011.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 25 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses.

Paciente con restricciones que no permiten su reinserción al trabajo.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

Se prorroga incapacidad temporal por 30 días apartir del 30 de julio de 2010.

Atentamente

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

01 AGO 2011 E = 20 d. 30 julio al 18 agosto/2
P = 10 d.

E = 10 d. 19 agosto - 28 Agos

19 AGO 2011

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO



San Juan de Pasto, Julio 15 de 2011

No. DE AUTORIZACION: ARP- PAS-113

Doctor:

**VICTOR HUGO BASTIDAS
PASTO**

7227894

**SINIESTRO No
FECHA AT/EP:**

Apreciados Señores.

A través de la presente nos permitimos solicitar la prestación de servicios asistenciales correspondientes A: **VALORACION MEDICA LABORAL** Del trabajador (a) **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** Identificado con cedula No. **87070084** por accidente de trabajo y/o enfermedad profesional, quien labora en la empresa **IMPULSO Y MERCADEO** Afiliada a **ARP COLPATRIA**.

Así mismo solicitamos sea enviada la cuenta de cobro por los servicios prestados a nombre de **SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA NIT 860002183-9**- individual por paciente y radicar en calle 22 Norte #5BN-102 piso 1. **ESTA ORDEN TIENE VIGENCIA DE 15 DIAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.**

FAVOR ENVIARNOS CONCEPTO MEDICO A LA FECHA PARA CIERRE DE CASO

Cordialmente,

**A.R.P. COLPATRIA
REGIONAL PASTO**

FACILITAMOS LA PRODUCTIVIDAD DE SU EMPRESA

Señor usuario le informamos que de acuerdo a lo establecido en el decreto 1295 art. 22 y en el art. 55: "Las entidades administradoras de riesgos profesionales suspenderán el pago de prestaciones económicas establecidas en el presente decreto cuando el afiliado o el pensionado NO se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenado, o que rehuse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios o para su rehabilitación física y profesional de su trabajo". Razón por la cual usted debe cumplir con el tratamiento medico propuesto.

ACEPTO:

FIRMA USUARIO

Andres Felipe Obando
87070084

Víctor Hugo Bastidas López

Médico cirujano Esp. Salud Ocupacional

3:15 pm.

Lic. 1318/09

22-Julio/2011

Andrés Felipe Obaudo Belalcazar

cc 87070084. 26 años de edad

Paciente con Antecedente de Trauma cervical
dorsolumbar en Accidente de trabajo en
Octubre de 2010.

EF: SV y normales.
Obesidad.

OSTEOMUSCULAR: dolor en pts. Cervicales - dorsa-
les y lumbares, Hipostesia en miembro inf.
derecho, ↓ Fuerza miembro inf. derecho y
Reflejo patelar derecho disminuido

Parasclínicos: RMN: 23 OCT 2010 = protrusiones
en C4-C5 C5-S1

RMN: 6 - XII - 2010 = protrusiones en
D6-D7 D7-D8

RMN: 17 - I - 2011 = Abombamientos
discales C3-C4. C4-C5. C5-C6.

EMG y NCS 30 - XII - 2010: compromiso
plexo medular afectando el lado derecho y
radicular C6-C7 derecho "

Urodinamia: "vejiga de baja capacidad" →

VÍCTOR HUGO BASTIDAS LÓPEZ
Médico cirujano. Esp., en Salud Ocupacional

→ Dx: Obesidad G.I.
discoptacion varicos.

plan: Concept de Mexico tratante
para Definición de Comorbidos.
Y/ Secuelas. Y Pronostico

VICTOR H. BASTIDAS L.
MEDICO
OCUPACIONALISTA
R.M. 000 L. 1915-08

Empresa: IML Impulso y Mercadeo
Pre-ingreso: _____ Periódico: _____ Egreso: _____ otro: _____
EPS: Salud coop ARP: _____
Fecha de reconocimiento: Año: 2011 Mes: 07 Día: 22 Ciudad: PASTO Dpto: NARIÑO

1- IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | |
|---|---------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: <u>ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR</u> | Sexo: <u>F</u> <u>M</u> <u>X</u> |
| Documento de identificación: <u>87070084 DE PASTO</u> | Edad: <u>26 AÑOS</u> |
| Lugar y fecha de nacimiento: <u>21 - JUN - 1985 PASTO</u> | Estado civil: <u>SOLTERO</u> |
| Profesión u ocupación: <u>BODEGUERO</u> | Teléfono: <u>7293381 - 3195014291</u> |
| Residencia: <u>B1 PANORAMICO N2 76 CASA 1</u> | |

2- INFORMACIÓN OCUPACIONAL

| | |
|---|---------------------------------|
| Fecha ingreso a la Empresa: Año: _____ Mes: _____ Día: _____ | Antigüedad: <u>"NO Precisa"</u> |
| Nombre del cargo actual o a desempeñar: <u>bodeguero</u> | Área: _____ |
| Turno: <u>Diurno</u> <u>Nocturno</u> <u>Rotativo</u> <u>X</u> | |
| Descripción de cargo: <u>recepción - surtido - entrega mercancías</u> | |

3- ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Anterior: _____ Actual: X

| FACTORES DE RIESGO | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------|---|---|---|----------|----|----|----------|---|---|
| Empresas: | Tiempo: | F | Q | B | E | PS | EL | M | L | O |
| <u>Fr: carga Física</u> | | | | | <u>✓</u> | | | <u>✓</u> | | |
| <u>gato hidráulico</u> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

F: Físico - Q: Químico - B: Biológico - E: Ergonómico - PS: Psicosocial - EL: Eléctrico - M: Mecánico - L: Locativo - O: Otros

Observaciones: _____

Usa EPP: Si No ✓ Puede aclarar: dice si: "dotación"

4- ACCIDENTES DE TRABAJO

Accidentes de trabajo (AT): Si X No Enfermedad Profesional (EP): Si No X

| Fecha | Empresa | Causa | Tiempo de lesión | Parte Afectada | Días de Incapacidad | Enfermedad Profesional - Indemnización |
|-------------------|------------|--------------------------|---|------------------------------|---------------------|--|
| <u>19-08-2010</u> | <u>IML</u> | <u>Cayó desde altura</u> | <u>Trauma lumbar, cervical y dorsal</u> | <u>incapacidad: 260 días</u> | | |

5- ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre Hipertensión y diabetes

6- ANTECEDENTES PERSONALES

"Solo lo refrendo en accidente de trabajo"
patías por lo cual refiere presencia de disco
ha recibido tto.

7- ANTECEDENTES GINECOBISTÉTRICOS

Citología: Si NA Fecha: Año: 2011 Mes: enero Día: 1 Resultado: fuera de rango (+)
Hábitos Tóxicos: no
Inmunizaciones: no
Actividad Física y/o Deportes: no Frecuencia: 1 x semana
hasta antes del accidente.

8- REVISIÓN POR SISTEMAS

refiere dolor en area cervical.
dorsal y lumbar y poliquiuria.

9- EXAMEN FÍSICO

Aspecto General: Bueno.
Impresión Psicológica: normal
Tensión Arterial: 130/80. mm/Hg. Frecuencia Cardíaca: 72 /min. Frecuencia Respiratoria: 22 /min.
Temperatura: N. CG Peso: 96 Kg. Talla: 1.72 metros IMC: 32.5 Diestro: X Zurdo:

| | N | A | NE | Hallazgo |
|----------------|---|---|----|----------------------------|
| Cabeza | / | | | |
| Ojos | / | | | |
| O.R.L. | / | | | |
| Cavidad Oral | / | | | |
| Cuello | / | | | |
| Columna | / | | | <u>Pbs Cervicales.</u> |
| Tórax | / | | | <u>Dorsales y lumbares</u> |
| Senos | / | | | <u>dolorosos.</u> |
| Cardiopulmonar | / | | | |

| | N | A | NE | Hallazgo |
|-----------------|---|---|----|---------------------------|
| Abdomen | / | | | |
| Genitales Ext. | | | / | |
| Miembros Sup. | / | | | |
| Miembros Inf. | / | | | |
| Vascular Perif. | / | | | |
| Neurológico | | / | | <u>Hipostenia en Míem</u> |
| Osteomuscular | | / | | <u>inferior derecho</u> |
| Piel y Anexos | / | | | <u>↓ fuerza en Míem</u> |

Énfasis - Hallazgo Positivo N= normal A= anormal NE= no se explora INE derecho
ROT patelar derecho
disminuido.

Sistema Osteomuscular: Alturas: Otros:

Audiometría: Otros: (1) Urodiagnia = Vejiga de

Visiometría: baja capacidad

(2) EMG y NC : compromiso mixto medular todo derecho y radicular C6-C7

10- IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

(3) RMN : Abombamiento discal y disco

CIE: Dx : DISCOPATIA Cervical.
Dorso lumbal y posttraumatica.
Obesidad GI.

11- CRITERIO DE APTITUD

Apto: Apto con limitación funcional: Aplazado: No Apto: Otra indicación:
Observaciones: Plan: Concepto de medico tratante para
Definición de Condición y Serenidad
y pronóstico

Examen de Egreso: Satisfactorio: No Satisfactorio: Observaciones:

12- RECOMENDACIONES

Cumplir normas de salud Ocupacional: Estilo de vida Saludable: Otros:

VICTOR E. BASTIEN: S.L.
MEDICO
Ocupacionalista
R.M. 644 L. 1318-00
MEDICO OCUPACIONALISTA
Lic. 1318/09
Andres Felipe Chardo PO.
FIRMA DEL EVALUADO
C.C. 1.870.70084

Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
Dolor y Rehabilitación de
Columna, Nervio, Músculo y Hueso
Electromiografía y Neuroconducción
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.



Fecha:

Nombre:

13.7.11

Andrés Obando

Bastón Consoliente #1

1102 700 51
R/B
7227700
CX+
135.

DR. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.
P. 638/91

Carrera 42 No. 18A-56 - PBX: 7314300 - Teléfonos: 7314473 - 7314474
Clínica de los Andes - Consultorio 608 - San Juan de Pasto



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

HISTORIA CLINICA DE NEUROLOGIA

No. H. C. 87070084 - 5704

FECHA 11/07/2011 08:23

| | | | |
|-------------|---------------------------------|----------|---------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | Doc. Id. | CC - 87070084 |
| E. Civil | | Edad | 26 Años |
| Ocupación | NO ESPECIFICADA | Sexo | MASCULINO |
| Procedencia | PASTO | Barrio | URBANO |
| Dirección | | Teléfono | 3185014299 |
| Acompañante | | Teléfono | |
| Empresa: | SALUDCOOP EPS | | |

EXAMEN FISICO NEUROLOGICO

DIAGNÓSTICOS

| | |
|---------------|---|
| Principal | G442 - CEFALEA TENSIONAL |
| Tipo dx | 2 - CONFIRMADO NUEVO |
| Causa Externa | 13 - Enfermedad general |
| Relacionado 1 | M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS- CON RADICULOPATIA |
| Relacionado 2 | - |
| Complicación | - |
| Observación | |

PLAN

| PLAN DE TRATAMIENTO - EXAMENES | | | |
|--|---|------------------|----------|
| Código | Descripción | Fecha - Hora | Cantidad |
| 931000 | FISIOTERAPIA SESION. | 11/07/2011 09:41 | 15 |
| | OBSERVACION: ESPASMO MUSCULAR CERVICAL | | |
| 904904 | TSH TIROIDEA ESTIMULANTE | 11/07/2011 09:41 | 1 |
| PLAN DE TRATAMIENTO - FÓRMULAS MÉDICAS | | | |
| Código | Descripción | Fecha - Hora | Cantidad |
| MD100154 | METOCARBAMOL TABLETAS 750 MG. | 11/07/2011 09:41 | 45 |
| | DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | | |
| MD100055 | TRAZODONA TABLETAS 50 MG. | 11/07/2011 09:41 | 60 |
| | DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL EN LA NOCHE, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | | |
| MD000513 | FLUOXETINA 20 mg (TABLETA O CAPSULA). | 11/07/2011 09:41 | 120 |
| | DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL DESAYUNO, TRATAMIENTO PARA 04 MESES | | |
| MD100058 | NIMODIPINO TABLETAS 30 MG. | 11/07/2011 09:41 | 120 |
| | DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL ALMUERZO, TAMIENTO PARA 04 MESES | | |
| MD100009 | VITAMINA B12 AMPOLLAS 1 MG. | 11/07/2011 09:41 | 8 |
| | DOSIS: 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR 2 VECES EN SEMANA POR 01 MES | | |

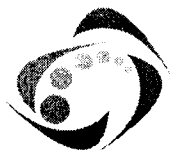
EVOLUCIÓN

| Fecha - Hora | Medico | Descripción |
|------------------|---------------------------|---|
| 11/07/2011 08:23 | JOHN PABLO MEZA BENAVIDES | PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DISCOPATIA LUMBAR EN MANEJO CON NEUROCIRUGIA, VIENE POR CUADRO DE CEFALEA TRAE REPORTE DE EXAMENES PARA LA EVALUACION, TAC CEREBRAL S/C DE MAYO 31 DE 2011: NORMAL, NIVELES DE VITAMINA B12: 258 NORMAL BAJO, VDRL: NO REACTIVA. CLINICAMENTE: ALERTA, ORIENTADO, SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO DE PARES O VIAS LARGAS, HAY MARCHA ANTIALGICA Y COJERA POR SU CUADRO DISCAL LUMBAR PREVIO. SE DEJA TRATAMIENTO PARA CEFALEA TENSIONAL Y SE CIATA A CONTROL POR NEUROLOGIA EN 03 MESES Y MEDIO |

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico
Electroencefalografía
RMS 551594
Tel: 731 6599

DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
R.M. 551594

Nota: Esta historia al ser impresa se convierte en copia susceptible de modificación o alteraciones del documento original.



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

No. H. C. 87070084

FECHA 11/jul/2011

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|------|------|------|--|-----------|---------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | | | DOC. ID. | CC - 87070084 |
| Entidad | SALUDCOOP EPS | | | | | DOMICILIO | |
| Diagnostico | G442 | DXR1 | M511 | DXR2 | | DXR3 | |
| | | | | | | TELÉFONO | 3185014299 |

| CODIGO | CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO | CANTIDAD | FECHA HORA |
|--------|------------------------------------|----------|------------------|
| 904904 | TSH TIROIDEA ESTIMULANTE | 1 | 11/07/2011 09:41 |
| | | | |
| | | | |

DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599

DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
R.M. 551594

Nota: Los cambios registrados en las moléculas, presentaciones, dosis, procedimientos o exámenes ordenados serán de estricta responsabilidad de quien realice dichas modificaciones y no del médico firmante de esta orden. Decreto 2200 de 2005 artículo 20 Min. Protección Social

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

NIT:800250119

-estado del tramite: Sin

Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 01-agosto-2011

N° : 6901693

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| N° IDENTIFICACIÓN | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Obando Belalcázar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | |
|-----------------------|----------------------|
| N° DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO 1 |

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

| | |
|-------------------|---------------------------|
| CODIGO DX CIE 10: | M510 |
| FECHA INICIAL: | 30-Julio-2011 |
| FECHA FINAL: | 18-Agosto-2011 |
| DÍAS OTORGADOS: | 20 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 270 |
| ORIGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | PRORROGA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria No Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 01-Agosto-2011 |
| FECHA ATP: | 19-Octubre-2010 |

Observaciones:

Dr. Sigifredo Suarez medico laboral. INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.

El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 (2000).

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que Expide: Cruz Rocio Tovar Chamorro


FIRMA AUTORIZADA

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No 62254217



SaludCoop



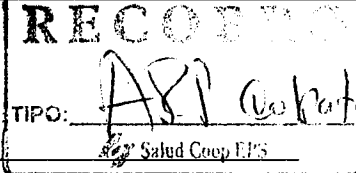
ORIGINAL

| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|----------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clinica Los Andes | | | | Cielo Yaqueline Arciniegas | |
| ENTIDAD RECOBRO ARP A R P | | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------|----------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | | ACCIDENTE DE TRABAJO | DX. PRINCIPAL: M545 | DX. SECUNDARIOS | |
| ODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 29112 | Fisioterapia | 20 | terapeutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2011/07/15 |

| | | | |
|-------------------------|-------------|------------------|---------------------------------|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | |
| AGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| PS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | |
| | 0 | 0 | 0.00 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN



TIPO:

Salud Coop EPS

| | |
|---|--|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| NI 814002026 ASOCIACION TERAPEUTICA CRECER LTDA | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 31 NO. 20-56 LAS CUADRAS Pasto Pasto |
| TELÉFONO | 7311363 |

MÉDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MÉDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN

Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 21-julio-2011

Nº : 6855628

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| Nº IDENTIFICACIÓN | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Obando Belaizcazar Andres Felipe |
| TPO AFILIADO | COTIZANTE |
| TPO DE COTIZANTE | Cotizante Dependiente |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nº DE IDENTIFICACIÓN | 800028659 |
| RAZON SOCIAL | IMPULSO Y MERCADEO 1 |

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

| | |
|------------------|---------------------------|
| CODIGO DX CIE 10 | M510 |
| FECHA INICIAL | 20-Julio-2011 |
| FECHA FINAL | 29-Julio-2011 |
| DÍAS OTORGADOS | 10 |
| DÍAS ACUMULADOS | 260 |
| ORIGEN | Accidente De Trabajo |
| TIPO | PRORROGA |
| AMBITO | Ambulatoria No Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN | 21-Julio-2011 |
| FECHA ATP | 19-Octubre-2010 |

Observaciones:

de sigfredo suarez medicina laboral. INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

- Este Certificado **NO** es valido para descuento por auto-liquidación o reclamación de la prestación economica. La liquidación de la prestación economica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 dias hábiles.
- El reconocimiento de la prestación economica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2004

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN CLINICA DE LOS ANDES
Jsuano que Expide Cruz Rocio Tovar Chamorro

FIRMA AUTORIZADA

He

TOT



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

E HIGIENE INDUSTRIAL

DERECHO LABORAL

PASTO

Pasto. Marzo 4 de 2011.

CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN MEDICINA LABORAL SALUCOOP

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 25 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de 210 días.

Pacientes continúa con restricciones que no permiten su reincorporación a su trabajo normal.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Trastornos urológicos.

Conducta:

1.- Se prorroga incapacidad temporal por 30 días a partir del 30 de junio de 2011.

2.- Proceso de determinación de origen ya realizado.

Atentamente,

**DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ**

MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

Gerente de Riesgos Industriales

Auditor: HSEQ ENVIRONMENTAL AND SAFETY

RM.35538-TP-1602/03-30 25400

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

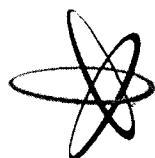
PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 7314763 Cel 315 5825965

PASTO

*#20 días 01 JUL. 2011
pendiente
#10 días
20 julio
E = 10 d*

**MEDINUCLEAR®**

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Mejores imágenes. Mejores resultados
NIT. 800223618-0

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR
EDAD: 26 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 124635
FECHA: 30 de Enero de 2012

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2, secuencias de mielografía observando:

La intensidad de señal de las vértebras lumbares es normal.

No se observan cambios degenerativos ni lesiones óseas destructivas a nivel lumbar.

Pequeña hernia intra ósea de Schmorl en el platillo vertebral inferior de D11.

Los discos intervertebrales L4-L5 y L5-S1 presenta signos de deshidratación.

En el nivel L5-S1 se observa una clara hernia discal de base amplia central y posterolateral izquierda que contacta y comprime ligeramente el saco tecal y afecta francamente la raíz de S1 izquierda en el receso lateral.

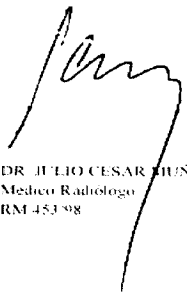
En el nivel L4-L5 se observa un discreto abombamiento discal difuso posterior predominantemente central y posterolateral izquierdo con signos de desgarramiento anular que comprime levemente el saco tecal.

Los agujeros de conjunción son amplios.

El cono medular es normal.

Los tejidos blandos paravertebrales posteriores no muestran alteraciones relevantes.

Atte.


DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 45398

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE



MEDINUCLEAR S.A.S.
Nit 800223618-0
Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Atríz
Carrera 34 No. 11ª 12 Barrio Aurora
Pasto - Nariño

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 105308
FECHA: 17 de Enero de 2011

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía observando:

Discreta rectificación de la lordosis cervical.

No se evidencian lesiones óseas destructivas ni cambios degenerativos relevantes en los cuerpos vertebrales y arcos posteriores explorados.

Los discos intervertebrales C3-C4, C4-C5 y C5-C6 presentan muy leve signos de deshidratación.

En los niveles previamente descritos se visualizan mínimos abombamiento discal difusos posteriores que generan muy ligera indentación del contorno anterior del saco tecal sin afectar el cordón medular.

Agujeros de conjunción y recesos laterales libres.

El cordón medular en todo el segmento cervical tiene diámetro morfología e intensidad de señal normal sin signos de edema, isquemia, lesiones neoplásicas intramedulares ni otros hallazgos patológicos.

Los tejidos blandos para vertebrales posteriores son normales.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 45398

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE

**MEDINUCLEAR S.A.S.**

Nit 800223618-0

Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Atriz

Carrera 34 No. 11ª 12 Barrio Aurora

Pasto - Nariño

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 103586
FECHA: 06 de Diciembre de 2010

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía sobre la columna dorsal observando:

La intensidad de señal de las vertebrales dorsales es normal.

Se aprecian múltiples y pequeñas hernias intra óseas de Schmorl en los platillos vertebrales predominantemente inferiores del segmento dorsal medio y bajo.

Los discos intervertebrales del segmento dorsal medio presentan algunos signos de deshidratación.

En el nivel D6-D7 se observa una pequeña protrusión parasagital izquierda del disco intervertebral, que comprime ligeramente el saco tecal.

En el nivel D7-D8 se observa un leve abombamiento discal difuso posterior con ligera asimetría derecha que comprime libremente saco tecal.

Recesos laterales libres.

Agujeros de conjunción amplios.

El cordón medular en todo el segmento dorsal tiene diámetro morfología e intensidad de señal normal sin signos de edema, isquemia, lesiones neoplásicas intramedulares ni otras alteraciones.

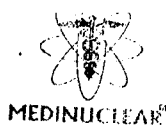
Los tejidos blandos paravertebrales son normales.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RNE 453-98

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

JORGE



MEDINUCLEAR S.A.S.
NIT 806225618-0
Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Ariz
Carrera 34 No. 11B 12 Barrio Aurora
Pasto - Nariño

206

PACIENTE: OBANDO BIELA CAZAR ANDRÉS
EXAMEN: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: CLINICA FATIMA
RECIBO: 101194
FECHA: 23 DE OCTUBRE DE 2010

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía observado:

La intensidad de señal de las vértebras lumbares es normal. No se observan acuminamientos vertebrales ni otro tipo de lesiones destructivas a nivel lumbar.

Los discos intervertebrales L4 L5 y L5 S1 presentan signos de deshidratación.

En el nivel L5 S1 se observa una protrusión discal central de bajo tamaño con línea anterior derecha que comprime el saco fecal y podría contactar la raíz de L1 derecha.

En el nivel L4 L5 se observa una leve protrusión discal central de pequeño tamaño que comprime ligeramente el saco fecal.

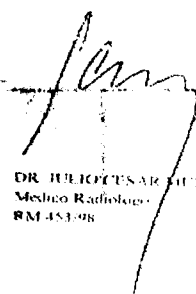
En protrusiones previamente descritas se observan signos de degeneración anular.

Agujeros de conjunción amplios.

El cono medular tiene características normales en cuanto a su estructura e intensidad de señal.

Los tejidos blandos paracspinales no muestran alteraciones.

Atte.


DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 451-98

Reporte, aprobación electrónica radiólogo: Julio César Muñoz Mera

ANEXOS

Sede Aurora: 736 1256 - 729 4062. - Sede Valle de Ariz: 7314783 - 7314139. www.medinuclearsas.com

| | | |
|--|---|--|
| | DERECHOS, POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO | |
|--|---|--|

| Contraremitencias | | |
|-------------------|-----------|------------------|
| Fecha de atención | Proveedor | Tipo de servicio |

| Revisión Sistemas | | |
|-------------------|-------------|----------------|
| Sistema cuerpo | Descripción | Fecha revisión |

| Examen Físico | | | | | |
|--------------------|------------|-------|------|--------------|---------------|
| Ind. masa corporal | Dominancia | Talla | Peso | Tensión sist | Tensión diast |

| Diagnóstico COD-CIE10 | Descripción | Fecha registro |
|-----------------------|-------------------------|----------------|
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 2011/08/24 |

| Planes de Manejo | |
|------------------|---|
| Plan Manejo | PENDIENTE REALIZAR MMPI, VALORACION CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO. |

Elaborado por

LEDESMA BOLAÑOS EDITH
MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA REGIONAL CALI

ARP COLPATRIA CONCEPTO
MÉDICO DE APTITUD LABORAL



| Datos de Impresión | | |
|--------------------|----------|---------|
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/08/25 | 09:42:35 | SREYM |
| REGIONAL CALI | | |

CALI 2011/08/25

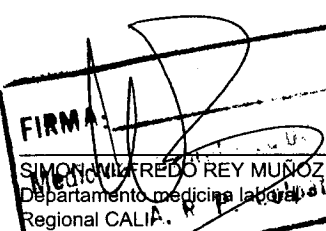
Empresa IMPULSO Y MERCADEO S A Nit 800028659
Trabajador ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR Documento 87070084

Concepto APTO CON RECOMENDACIONES Tipo Examen RETORNO LABORAL
Vigencias Recomendaciones 2013/01/14

Observaciones

Trabajador que como consecuencia de accidente laboral, ocurrido el 2010/10/19 , debe realizar su labor teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ** ALTERNAR POSTURA SEDENTE CON LA DE PIE MINIMO CADA 30 MINUTOS.
- ** CAMINAR MAXIMO 30 MINUTOS CADA 4 HORAS.
- ** PUEDE REALIZAR DESPLAZAMIENTOS PUNTUALES POR TERRENOS IRREGULARES TOMANDO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR LESIONES SOBRE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA.
- ** MANIPULACION DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 5 KGS.
- ** LEVANTAMIENTO DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 5 KG.
- ** TRANSPORTE DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 10 KG.
- ***** TRABAJADOR QUE PUEDE HACER LABORES EN UN PUESTO DE TRABAJO EN DONDE NO SEA NECESARIO LA FLEXION-EXTENSION FRECUENTE DE COLUMNA DORSOLUMBAR DURANTE EL TURNO***** PUEDE HACER LABORES CON MANIPULACION DE PESOS LIVIANOS***** PUEDE HACER TRABAJOS EN LOS QUE NO TENGA QUE HACER DESPLAZAMIENTOS DE MANERAFRECUENTE EN EL TURNO Y PUEDA ALTERNAR A LIBRE DISPOSICION SU POSTURA SENTADO-DEPIES-
- **RECIBIR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, CON ÉNFASIS EN SALUD OCUPACIONAL.
- **CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL QUE SE HAN ESTABLECIDO POR LA EMPRESA DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO.
- **UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO.
- **EXTENDER EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS RECOMENDACIONES A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FUERA DEL TRABAJO.

FIRMA: 
SIMON WILFREDO REY MUÑOZ
Departamento medicina laboral
Regional CALIA.

Andrés Felipe Obando
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE
C.C. 87 070 084

Ley 776 de 2002 Artículo 4°, reincorporación al trabajo. Al terminar el periodo de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado de la misma categoría.

Si su empresa requiere asesoría para el retorno al trabajo, la puede solicitar a través del CallCenter 4235757 opción 5 - Fuera de Bogotá 01-800-0514045

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN
SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

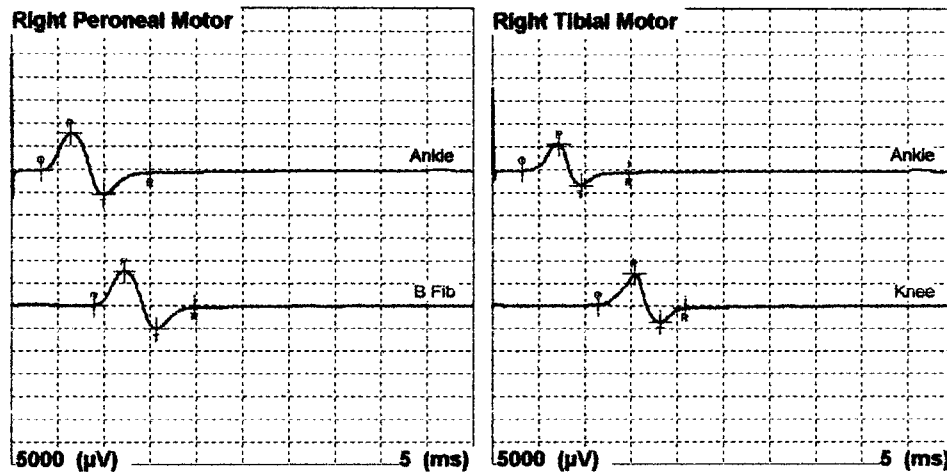
Tel: 721 4525 - 721 4526 Ext. 220

Paciente: Obando Belalcazar, Andres
Id#: 87070084
E.P.S / A.R.S: Colpatria

Edad: 26 year
Talla: 1.72mt

Médico: M. Moreno
Sexo: Male

GRÁFICOS



EMG

| Side | Muscle | Nerve | Root | Ins Act | Fibs | Psw | Amp | Dur | Poly | Recrt | Int Pat | Comment |
|-------|-------------|-------------|--------|---------|------|-----|-----|-----|------|-------|---------|---------|
| Right | AbdHallucis | MedPlantar | S1-2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | LatGastroc | Tibial | S1-2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | MedGastroc | Tibial | S1-2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | AntTibialis | Dp Br Peron | L4-5 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | ExtHallLong | Dp Br Peron | L5, S1 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | BicepsFemL | Sciatic | L5-S2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | VastusMed | Femoral | L2-4 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | L5 Parasp | Rami | L5 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | S1 Parasp | Rami | S1 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |

Motor Nerves

| Site | NR | Onset (ms) | Norm Onset (ms) | O-P Amp (mV) | Norm Amp (mV) | Neg Dur (ms) | Segment Name | Delta-O (ms) | Dist (cm) | Vel (m/s) | Norm Vel (m/s) |
|-----------------------------|----|------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|----------------|
| Right Peroneal (EDB) | | | | | | | | | | | |
| Ankle | | 3.28 | <5.5 | 7.88 | >2.5 | 5.39 | B Fib-Ankle | 5.70 | 32 | 56.14 | >40.0 |
| B Fib | | 8.96 | | 7.46 | | 5.39 | | | | | |
| Right Tibial (AHB) | | | | | | | | | | | |
| Ankle | | 3.20 | <6.0 | 5.80 | >3.0 | 5.31 | Knee-Ankle | 8.28 | 40 | 48.31 | >41.0 |
| Knee | | 11.48 | | 6.92 | | 5.39 | | | | | |

Patient: Obando Belalcazar, Andres

Test Date: 8/30/2011

p. 2

210

Sensory Nerves

| Site | NR | Peak (ms) | Norm Peak (ms) | P-T Amp (μ V) | Norm Amp (μ V) | Segment Name | Delta-P (ms) | Dist (cm) | Vel (m/s) | Norm Vel (m/s) |
|--------------------------------|----|--------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|--------------|----------------------|
| Right Sup Peron (Ant Lat Mall) | | | | | | | | | | |
| 14 cm | | 2.34 | <4.6 | 30.74 | >5.0 | 14 cm-Ant Lat Mall | 2.34 | | | |

Historia del Paciente:

Solicitan EMG y VNC de miembro inferior derecho

Hallazgos:

1. Neuroconducciones: Latencias, amplitudes y velocidades de potenciales sensitivo y motores de nervios explorados dentro de parametros normales.
2. Electromiografía: Actividad de inserción, potencial de unidad motora, reclutamiento y patrón de interferencia dentro de parámetros normales.

Conclusiones:

ESTUDIO NORMAL

Negativo para lesión de nervio periférico o intrínseco de fibra muscular en miembro inferior derecho.


Dr. MARTIN MORENO GONZALEZ
Medico Fisiatra
T.P 538-91



Programación de las citas

COLPATRIA

- ✦ valoración por Neuro cirugía Dr. parra
Miércoles 24 de agosto hora 10 :am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 →
- ✦ valoración por FISIATRIA Dr. Saa
Miércoles 24 de agosto hora 10 :am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA)
- ✦ valoración por medicina laboral Dra. Edith
Miércoles 24 de agosto hora 2:00 pm en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA)
- ✦ valoración por grupo interdisciplinario
Jueves 25 de agosto 8:00am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA).
- ✦ NOTA por favor informa al usuario debe estar en 'COLPATRIA ARP EL miércoles 24 de agosto a primera hora puesto que los médicos vendrán solo a realizar la consulta a colpatria , si no esta se reprograman nuevamente en otras fechas y el usuario perdería la venida
- ✦ el hospedaje se le cuadro con hogar santanita para la noche del miércoles 24 de agosto , por cita d calificación del jueves
- ✦ gracias
- ✦ solo son dos días martes noche (cena) y miércoles con alimentación el jueves la cita es 8:am y ese mismo día sale
- ✦ HOSPEDAJE SANTA ANITA AV 6 BN # 28-N-33 TEL 6804724
DIEGO SANCHEZ O ALEXANDRA

| Sinistro | | | | | | | |
|---------------|-------------|---------------|--|---------------|----|----------------|------------|
| Nro. sinistro | 20101017557 | Fecha reporte | | Tipo sinistro | AT | Fecha sinistro | 2010/10/19 |

| Antecedentes Laborales |
|------------------------|
|------------------------|

| Antecedentes Personales | Descripción | Fecha de Registro |
|-------------------------|-------------|-------------------|
|-------------------------|-------------|-------------------|

| Paraclinicos | | | |
|----------------------|------------------|---|-------------------|
| Tipo de servicio | Fecha del examen | Descripción | Tipo de resultado |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2010/10/23 | RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5/S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL | ALTERADO |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2010/12/06 | RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DE SCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL | ALTERADO |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2011/01/17 | RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUE GENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR | ALTERADO |
| ELECTRODIAGNOSTICO | 2010/12/30 | EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL, AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR | NORMAL |

CONSULTA MEDICA ARP COLPATRIA



| Datos de Impresión: | | |
|---------------------|----------|-----------|
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/08/25 | 09:57:55 | ELEDESMAB |
| REGIONAL CALI | | |

| | | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Empresa | IMPULSO Y MERCADEO S A | Nit | 800028659 |
| Trabajador | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Documento | 87070084 |
| Fecha /Hora Consulta | 2011/08/24 15:23:32 | Asistió | Si |

Circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurrió el accidente

AT EL DIA 19/10/2010 SEGUN FURAT "SE CAYO DE LA ESCALERA TIPO AVION QUE UTILIZAN EN LA BODEGA Y SE GOLPEO LA ESPALDA, EL HOMBRO Y LA CADERA."


Motivo Consulta y Enfermedad Actual

DRA EDITH LEDESMA/ML: PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN TRABAJA PARA IMC # CARREFOUR DESDE OCTUBRE 2010 EN EL CARGO OPERATIVO (MENEJO DE BODEGA Y SURTIR MERCANCIA)***** PRESENTO AT EL DIA 19/10/2010 SE ENCONTRABA BAJANDO UNAS CAJAS DE ACEITE, HABIA BAJADO 30 CAJAS UNA TRAS OTRA, UTILIZANDO UNA ESCALERA TIPO AVION, CUANDO BAJABA LAS ESCALERAS CON DOS CAJAS PIERDE EL EQUILIBRIO, RESBALAY CAE (#RODANDO POR LAS ESCALERAS, GRADA POR GRADA#) DE UNA ALTURA DE 3 MTS, CON POSTERIOR SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO ***** VALORADO EN CLINICA FATIMA DONDE SOLICITAN VALORACIÓN CON NEUROCIRUJANO, TOMAN RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5,S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DESCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL. RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUE GENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR. EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL, AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIORE INFERIOR DERECHOS, POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO.**** HA REALIZADO 80 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA SIN PRESENTAR MEJORIA. PERSISTE SINTOMATICO, REFIERE ESTAR ACTUALMENTE INCAPACITADO, TOMA 70 # 80 GOTAS DE TRAMADOL SEGÚN DOLOR.***** VALORADO POR FISIATRIA (24/08/2011): ENCUENTRA PACIENTE ANSIOSO, CIRCUNSTANCIAL, CONCIENTE, PARES CRANEALES NORMALES, PESO 92KG, OSTEOMUSCULAR: AMAS NORMALES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR DE EXTREMIDADES NORMALES, NO ATROFIAS, COLUMNA: FLEXION GRADO 2, REALIZA EXTENSIÓN CON BUEN EQUILIBRIO, NEUROLÓGICO: ROT NORMALES ++/+++, FUERZA MUSCULAR 4/5, MARCHA AUMENTO BASE SUSTENTACIÓN NO CONCORDANTE A MARCHA SEMIOLOGICAMENTE, ESPECIFICA DE PATOLOGÍA MUSCULAR. REFIERE DOLOR Y LIMITACIÓN MOVIMIENTOS GENERAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. DA DX DE DORSOLUMBALGIA POSTRAUMÁTICA SIN HALLAZGOS ESPECIFICOS DE TIPO TRAUMATICO EN RMN NI EMG. DOLOR INESPECÍFICO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO NO MEDIADO POR SIMPATICO, SOLICITA MMPI, CONTROL D DOLOR CON TRAMADOL + ACETAMINIFEN***** VALORADO POR NEUROCIRUGÍA (24/08/2011): ENCUENTRA NEUROLÓGICO: NORMAL, AMAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES NORMALES, ROTACIONES NORMALES, TONO, TROFISMO, FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMALE, LIMITACIÓN VOLUNTARIA A LOS AMAS DE MIEMBROS INFERIORES, RESTO DEL EXAMEN MEDICO NORMAL, DA DX DE LUMBAGO INESPECÍFICO, MAGNIFICACIÓN DEL CUADRO CLINICO, POR NEUROCIRUGÍA NO HAY TRATAMIENTO MEDICO NI QUIRÚRGICO. SE LE HAN REALIZADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS INDICADOS Y COHERENTES SIN ALIVIO, NO ES NECESARIO REALIZAR PARACLINICOS (IMÁGENES DX), ALTA MEDICA POR NEUROCIRUGÍA Y RETORNO LABORAL CON RECOMENDACIONES. NO SE DEBEN EXPEDIR MAS INCAPACIDADES, CONTROL EN 3 MESES, CONTROL CON MEDICINA LABORAL, LIMITACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS FLEJO # EXTENSIÓN DE LA COLUMNA LUMBO-SACRA***** SE PASA A GRUPO INTERDISCIPLINARIO PARA EVALUAR EL CASO.

Detalle de las ABC y AVD

DOLOR EN PIERNA DERECHA Y LIMITACION DE MOVIMIENTO EN PIE DERECHO

213

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------|
|  | Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A. | CODIGO: FO-HC-029 |
| | | VERSION: 1.0 |
| | INCAPACIDAD | VIGENCIA: |
| | | PAGINA 1/1 |

Número: 0000003958

Fecha: 19/10/2010

INFORMACION DEL PACIENTE

Identificación: 87070084 Historia: 87070084 Ingreso: 0000063768

| | |
|--|--|
| Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION Contrato: ARP COLPATRIA Plan: RIESGOS PROFESIONALES Causa Externa: ACCIDENTE DE TRABAJO Procedimiento: Ambulatorio | Edad: 25 Años Sexo: MASCULINO Tipo Paciente: Otro Cama: Motivo: Reproducción |
| Acumulado de días por prorrogas 0 | |

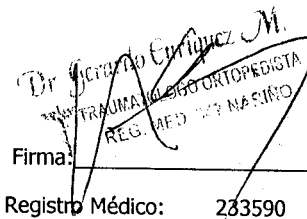
A Partir del : martes, 19 octubre 2010 Hasta el: jueves, 28 octubre 2010 Número de Días: 10

con la siguiente descripción medica :

TRAUMA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Médico: GERARDO ALFREDO ENRIQUEZ MARTINEZ

Especialidad 1 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA


 Dr. GERARDO ALFREDO ENRIQUEZ M.
 TRAUMATOLOGO ORTOPEDISTA
 REG. MED. DEL MASIMO
 Firma: _____
 Registro Médico: 233590

714



Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
UROLAN
Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524
HISTORIA CLÍNICA

Fecha : 29-Abr-2011

Paciente : ANDRES FELIPE OBANDO

Identificación : 87070084

Edad : 26 Años

Género : Masculino

Página 1 de 1

Entidad : EPS SALUDCOOP

Evolución :

Asiste a Fisioterapia, esta con sus medicamentos,
La incapacidad vigente hasta mañana, se renueva por un mes.
Acusa cefalea, se recomienda valoración por neurología

Plan de manejo : Médico

Control : No

Carlos A. Benavides Dulce
MD. Fisiatra R.M. 158

Urología y Fisiatría a su servicio



Fecha Abril 29/11
Nombre Andrés Osando

275

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Victor E. Suárez L'Hoste
Urólogo

Enrique A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

Cita a
neurología

10 MAY 2019

Urología y Fisiatría a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

Inicio Atención: 2011/03/03 09:26:00

Fin Atención: 2011/03/03 09:31:53

IPS Atención: SC Clinica Los Andes Ciudad: Pasto
Paciente: Andres Felipe Obando Belalcazar Identificación: CC 87070084 Estado Civil: SOLTERO
Sexo: MASCULINO Edad: 25 Años 8 Meses 10 Días Fecha Nac: 1985/06/21 Grupo Atención: Otros
IPS Primaria: Regional:
Fecha Ingreso: 2011/03/03 Hora Ingreso: 09:26:00 Nro Cuenta: 36165770 Ocupación: EMPLEADO A
Dirección: MZ D CASA 16 Teléfono: 7293381
Convenio: Convenio Clinica Los Andes - Pasto - Tipo Afiliado: Ambito Realización: AMBULATORIO
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad: NO APLICA
Acompañante: Tel:
Responsable del Usuario: Tel:
Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: asiste a control

Enfermedad Actual: paciente con aumento de fu y sensacion de adormecimiento en perina hernias discales multiples

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Sistema | Variable | Observaciones |
|--------------------------|----------|---------------|
| Sistema Urinario | | |
| Sistema Sanguíneo | | |
| Sistema Respiratorio | | |
| Sistema Osteoarticular | | |
| Sistema Muscular | | |
| Sistema Linfático | | |
| Sistema Genital | | |
| Sistema Gastrointestinal | | |
| Sistema Endocrino | | |
| Sistema Colágeno | | |
| Sistema Cardiovascular | | |
| Piel y Fanereas | | |
| Órganos de los sentidos | | |
| Neurológico y Psíquico | | |

EXAMEN FISICO

| Parte del Cuerpo | Variable | Observaciones |
|------------------------------|----------|---------------|
| a. Cabeza y Cráneo | Normal | |
| k. Sistema Genital Masculino | Normal | |
| g. Torax | Normal | |
| i. Abdomen | Normal | |

DIAGNOSTICOS

| Nombre | Tipo | CIE10 Tipo Dx | Observaciones |
|---|-----------------------|----------------------------|---------------|
| disfunciones neuromusculares de la vejiga | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | N318 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | |

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

| Nombre | Observaciones |
|---|---------------|
| Ecografia Renal (Riñones, bazo o aorta) | |

PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO PyP

INTERCONSULTAS

| Nombre | Especialidad | Observaciones |
|------------------|--------------|---------------|
| Urologia Control | UROLOGIA | |

RECOMENDACIONES: se solicitan exámenes

PLAN TERAPEUTICO:

Profesional: Jorge Luis Paz Bastidas

Identificación: 12982914

Especialidad: UROLOGIA
Registro Profesional: 18051

217

No. 154557172

Inicio Atención: 2011/03/03 09:26:00

Fin Atención: 2011/03/03 09:31:53

IPS Atención: SC Clínica Los Andes

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Ciudad: Pasto

Identificación: CC 87070084

Estado Civil: SOLTERO

Sexo: MASCULINO

Edad: 25 Años 8 Meses 10 Días

Fecha Nac: 1985/06/21

Grupo Atención: Otros

IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte

Regional:

Fecha Ingreso: 2011/03/03

Hora Ingreso: 09:16:32

Nro Cuenta:

36165770

Ocupación: EMPLEADO A

Dirección: MZ D CASA 16

Teléfono: 7293381

Convenio: Convenio Clínica Los Andes - Pasto - Tipo Afiliado: COTIZANTE

Ambito Realización: AMBULATORIO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad: NO APLICA

Acompañante:

Tel:

Responsable del Usuario:

Tel:

Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: asiste a control

Enfermedad Actual: paciente con aumento de fu y sensacion de adormecimiento en perine hernias discales multiples

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Sistema | Variable | Observaciones |
|---------|----------|---------------|
|---------|----------|---------------|

Neurológico y Psíquico

Trastornos de los sentidos

Reflexos y Faneareas

Sistema Cardiovascular

Sistema Colágeno

Sistema Endocrino

Sistema Gastrointestinal

Sistema Genital

Sistema Linfático

Sistema Muscular

Sistema Sanguíneo

Sistema Urinario

Sistema Osteoarticular

Sistema Respiratorio

EXAMEN FISICO

| Parte del Cuerpo | Variable | Observaciones |
|------------------|----------|---------------|
|------------------|----------|---------------|

a. Cabeza y Cráneo Normal

k. Sistema Genital Masculino Normal

g. Torax Normal

i. Abdomen Normal

DIAGNOSTICOS

| Nombre | Tipo | CIE10 | Tipo Dx | Observaciones |
|--|-----------------------|-------|-----------------------|---------------|
| Trastornos disfunciones neuromusculares de la vejiga | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | N318 | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | |

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

| Nombre | Observaciones |
|--------|---------------|
|--------|---------------|

Ecografia Renal (Riñones, bazo o aorta)

PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO PyP

INTERCONSULTAS

| Nombre | Especialidad | Observaciones |
|------------------|--------------|---------------|
| Urología Control | UROLOGIA | |

RECOMENDACIONES: se solicitan exámenes

PLAN TERAPEUTICO:

Jorge Luis Paz Bastidas

Profesional: Jorge Luis Paz Bastidas

Identificación: 12982914

Especialidad: UROLOGIA

Registro Profesional: 18051



Clinica SaludCoop LOS ANDES

Sucursal: PRIORITARIAS PASTO

Sede / Orden: 99 / 0000094041

Médico: N/A

Ubicación:

Convenio: ARP

Entrada: 04/03/2011 10:00:52

Servicio:

Salida: 08/03/2011 15:49:14

Paciente: 9376763 - OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Identificación: CC: 87070084

Sexo: Masculino

Años: 25 M: 8 D: 14

Teléfono:

Tipo Paciente: EXTERNO

PARCIAL DE ORINA

ANALISIS FISICO-QUIMICO

COLOR:

AMARILLO

ASPECTO:

LIGERAMENTE TURBIO

DENSIDAD ORINA:

1.025

PH:

5.0

LEUCOCITOS:

Negativo

NITRITOS:

Negativo

PROTEINAS:

Negativo

GLUCOSA:

Normal

CUERPOS CETONICOS:

Negativo

UROBILINOGENO:

Normal

BILIRRUBINA:

Negativo

ERITROCITOS:

Negativo

ANALISIS MICROSCOPICO

LEUCOCITOS:

4 x uL

HEMATIES:

15 x uL

HEMATIES FRESCOS:

100

BACTERIAS:

+

CELULAS EPITELIALES:

4 X uL

MOCO:

+++

Fdo Reina

FERNANDO REINA ORTIZ
Bact.- Lab. Clínico-UCM-TP 5238098
Validación: PARCIAL DE ORINA



Paciente:
Identificación:
Empresa:
Ciudad:
Fecha:

OBANDO BELALCAZAR ANDRES
87070084
SALUDCOOP E.P.S. NIT
PASTO
23/03/2011

Factura: 106237
Admisión: 104307
Edad: 25 Años
Sexo: Masculino
Teléfono: 7293381

DR. JUAN CARLOS ALVEAR S.
Medico Radiologo
Hospital Militar Santa Fe de Bogotá
Vall D' Ebron Barcelona - España



ESTUDIO: ECOGRAFÍA RENAL Y VIAS URINARIAS

Estudio realizado con equipo digital de alta resolución y sonda de 3.5 Mhz.

HALLAZGOS:

Los riñones tienen forma, tamaño, ecogenicidad y posición normales. No hay ectasia, litiasis ni colecciones peri - renales. Relación corticomedular normal.

Medidas: Riñón derecho 114x60 mm.
Riñón izquierdo 100x57 mm.

Uréteres no identificados.

Vejiga urinaria distendida, de paredes delgadas, sin lesiones en su interior.

Prostata de tamaño usual, mide 34X28X44 de 26 grs.

CONCLUSION:
- ESTUDIO NORMAL

Atentamente,

DR. JUAN CARLOS ALVEAR
MEDICO RADIOLOGO
R.M.13368



Imágenes y Servicios que revelan un compromiso continuo para preservar la seguridad del paciente!

NUEVA TECNOLOGIA DIGITAL EN RADIOLOGIA Y MAMOGRAFIA
TAC - ECOGRAFIA 3D - 4D DOPPLER COLOR - BIOPSIA

* PASTO: Cra. 38 No. 18-123 - Tels: 7314674 - 7315226 - 7311169 - Clínica de Especialidades Las Américas: Cra. 32 No. 17-32 - Servicio 24 Horas (RX y TAC)
* IPIALES: Cra. 5 No. 9-28 - Tels: 7 730 781 * TUQUERRES: Cra. 14 No. 20-21 - Tel: 7 282 492 * LA UNION: Cra. 2 No. 17-21 - Tel: 7 442 014

Instalación, facilidad UROLAN
 Médico: CARLOS A BENAVIDES . M.D
 Médico de referencia JORGE LUIS PAZ M.D

Fecha del estudio 4/6/2011 12:25:51 PM
 Clinician:
 Teléfono: 731-0888

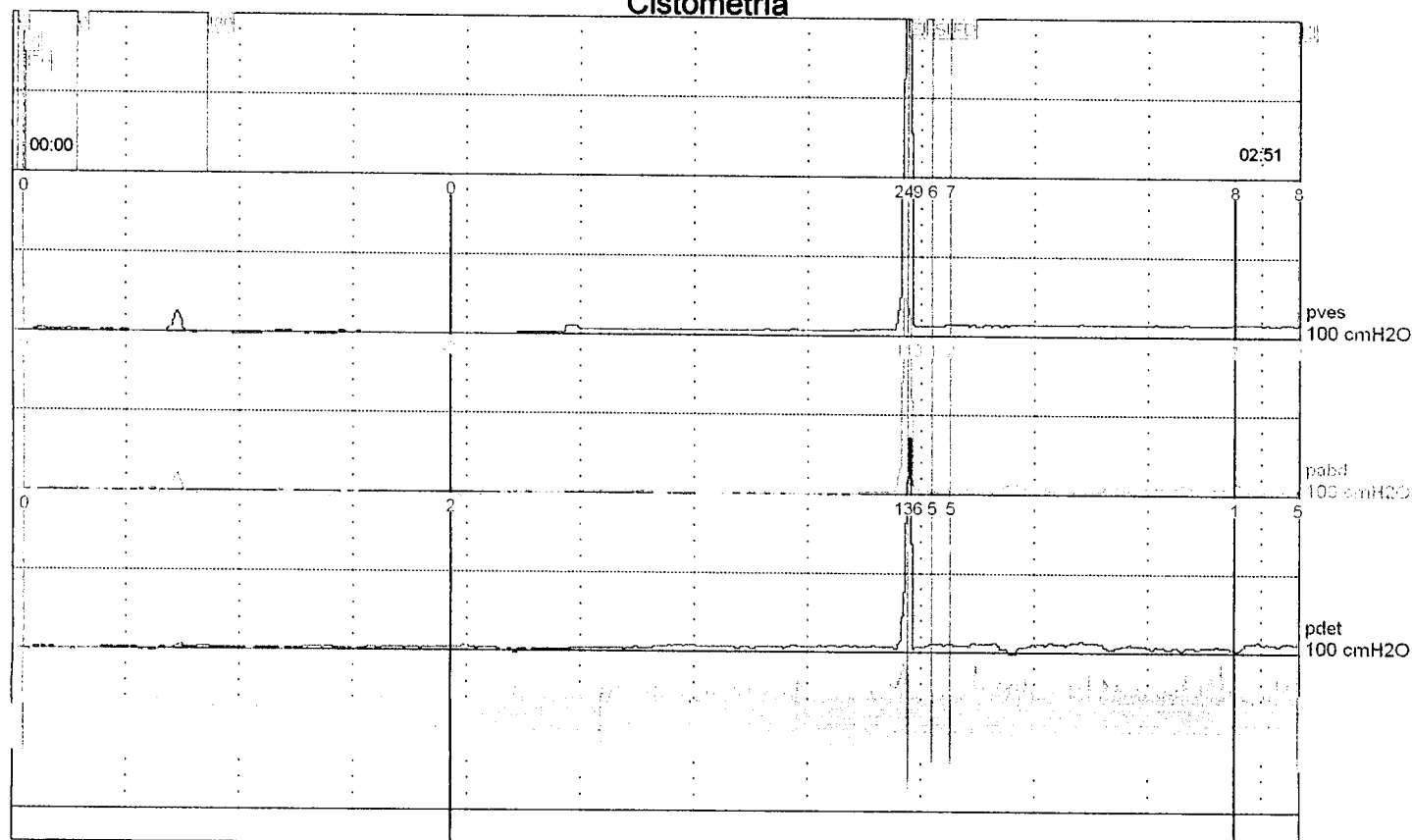
Evaluación urodinámica

Paciente OBANDO, ANDRES
 Fecha de nacimiento 07/11/1985
 Patient #: 917

Sexo: M
 Edad: 25

Molestia, queja: other
 Diagnóstico
 Record #:

Cistometría



| | Primer deseo | Deseo normal | Deseo intenso | Urgency | pmax | @lumen infundic |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|------|-----------------|
| Presión vesical: | 7 cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | 249 | 144 |
| Presión abdominal | 2 cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | 124 | 144 |
| Detrusor Pressure: | 5 cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | 136 | 144 |
| Urethral Pressure: | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- | -- |
| Ure. Closure Prs.: | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- cm H2O | -- | -- |
| Infused Volume: | 148 ml | -- ml | -- ml | -- ml | -- | -- |
| Cumplimentación: | 30 ml/cmH2O | -- ml/cmH2O | -- ml/cmH2O | -- ml/cmH2O | -- | -- |

| | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Medio de infusión: H2O | Capacidad cisto. máx: -- ml | Max. Infused Capacity: 209 ml |
| Velocidad de infusión: 80 ml/min | Min. Valsalva Leak Prs: cm H2C | Presión mínima pérdida: cm H2C |
| Posición: supine | Coordinación de EMG synergic | Actividad de EMG normal |
| Sensación normal | Cumplimentación: low | Detrusor stable |
| Unih Ura Relax: no | Contraction inhibited: no | |
| Tipo de catéter: 8fr - 1 lumen | Provocación: cough | |
| Tipo de electrodo de EMG surface | EMG Electrode Position: perineal | |
| Comentario: | | |

VEJIGA ESTABLE DE BAJA CAPACIDAD (MENOS DE 200 CC) ESFINTER SINERGICO.

ción, facilidad U R O L A N
 alco: CARLOS A BENAVIDES . M.D
 médico de referencia JORGE LUIS PAZ M.D

Fecha del estudio 4/6/2011 12:15:03 PM
 Clinician:
 Teléfono: 731-0888

Evaluación urodinámica

Paciente OBANDO, ANDRES

Fecha de nacimiento 6/21/1985

Patient #: 917

Sexo: M

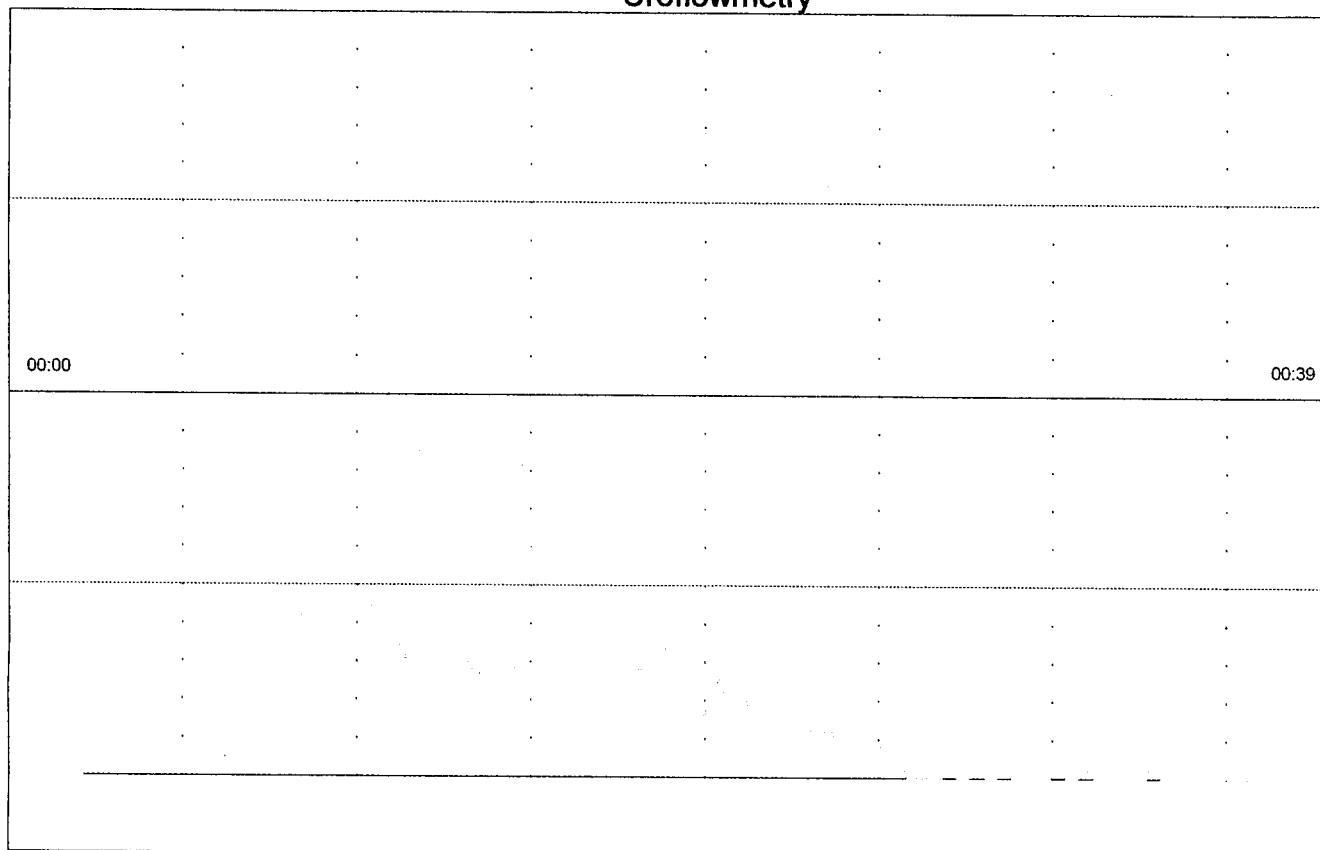
Edad: 25

Molestia, queja: other

Diagnóstico

Record #:

Uroflowmetry



Maximum Flow: 23 ml/s
 Average Flow: 12 ml/s
 Volumen de vaciado: 334 ml
 Residual Volume: 0 ml

Tiempo de flujo: 26.4 s
 Hora de micción / vaciada: 31.6 s
 Tiempo hasta flujo máximo: 7.2 s

Posición: standing
 Patrón: intermittent
 Conclusión: normal

Comentario:

UROFLUJO LIBRE NORMAL

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.



Urocan
 Urología y Urología
 Urología y Urología

Fecha Marzo 29 de 2011

Nombre Andres P. Obando B.

87070084

Carlos Benavides Dulce
 Urología

R/.

Edgar España López
 Urología

Jorge Luis Paz Bastidas
 Urología

Victor E. Suárez L'Huerta
 Urología

Endara A. Vallada Paredes
 Urología

OTC
 3

1- Pregabalina 75 mg # 60
 setenta

dos al día

2- Acetaminifen 2b x 500 mg
 # 50

Cincuenta

2 al día.

chito 500
 de Cef/for

[Handwritten signature]

Urología y Urología a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311534

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 11 02 11 | Fecha de Entrega: AA MM DD | Nombre del Paciente: Andres Obando |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No. de Documento 87070084 | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | | |
| IPS: | | |

DIAGNOSTICO

Velocidad Electromiográfica

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Diagnóstico Principal | Diagnósticos Secundarios |
| | |

SERVICIOS SOLICITADOS

| PROCEDIMIENTO | Cantidad | OBSERVACIONES |
|---------------|----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Corporación IPS
Saludcoop
NIT 830.106.376-1

FORMULA MÉDICA No. 248494

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 10 12 14 | Fecha de Entrega: AA MM DD | Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No. de Documento 87070084 | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | | |
| IPS: | | |

Recetario

| Medicamentos | Cantidad | Posología |
|---|----------|--|
| Velocidades de Neuroconductor en las 4 extremidades | 7 | electromiografía Reflejos H. Onda F |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Fecha de Atención: AA MM DD 11 02 11 | Fecha de Entrega: AA MM DD [][][] | Nombre del Paciente: Andres Obando |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI [][][][][][][][] | No. de Documento 87070084 | Nivel: 1 [] 2 [] 3 [] |
| Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | | |
| IPS: | | |

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal

Diagnósticos Secundarios

Velocidad Electromiográfica

SERVICIOS SOLICITADOS

| PROCEDIMIENTO | Cantidad | OBSERVACIONES |
|---------------|----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Corporación IPS
Saludcoop
NIT 830.106.376-1

FORMULA MÉDICA No. 248494

| | | |
|--|--|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 10 12 14 | Fecha de Entrega: AA MM DD [][][] | Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI [][][][][][][][] | No. de Documento 87070084 | Nivel: 1 [] 2 [] 3 [] |
| Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | | |
| IPS: | | |

Recetario

| Medicamentos | Cantidad | Posología |
|--|----------|---|
| Velocidades de Neuroconductor en las 4 extremidades. | 7 | electromiografía Reflejos H. Ondas F |
| | | |
| | | |



Fecha Mayo 31 /11
Nombre Andrés Obando

87070084

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Victor E. Suárez L'Hoste
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

Inspección

lebral por

un mes

Oxígeno medido

— Secuelas

#20
pendiente
10 días

Cargar a partir
del 21
calaver
por 28

Urología y Fisiatría a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

Fecha

Febrero 24/11

Nombre

Andrés F Olando

227

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Victor E. Suárez L'Hoeste
Urólogo

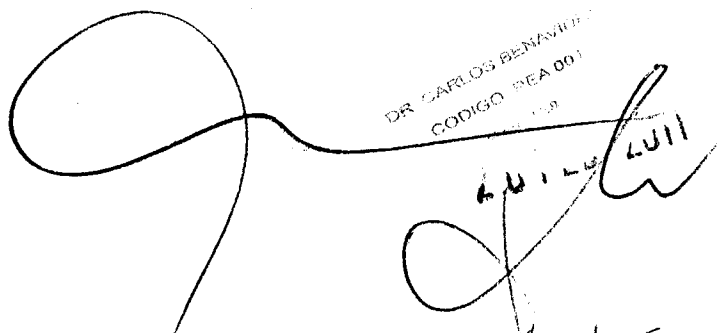
Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

Valerín por

Urología

Veziga Neurogénica



DR. CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001

Med. Generali.

7319800

Urología y Fisiatría a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.



Fecha Abril 6/11
Nombre Andrés Obando

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Víctor E. Suárez L'Hoeste
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

Amiguetina

08 ABR. 2011. *Caps + 50000*
10

Una c/8 hrs

[Circular stamp: UNIDAD MEDICA UROLOGICA DE NARIÑO, 08 ABR 2011]



Fecha

Nombre

229
Mazo. / 11
Ande F. Osando

8707008 X

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Víctor E. Suárez L'Hueste
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

Tramadol

5. # 30

(Tramadol)

✓

DR. CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
Rm 158

7310800

Urología y Fisiatría a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 58195632

 SaludCoop ORIGINAL

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Narino - Rasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clinica Los Andes | | | | RITHA ZENEIDA TORO RIOS | |
| ENTIDAD RECOBRO ARP COLPATRIA | | | | | |
| TIPO: PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA ACCIDENTE DE TRABAJO EPS | | | | | |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO(S) | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 29112 | Fisioterapia | 10 | terapeutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2011/04/14 |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION | NOMBRE IPS |
|-----------------|-------------|------------|------------------|----------------------|------------|
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | | |
| 0 | | 0 | 0,00 | | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN



MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

| | |
|--|---------------------|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Eat Servicios Especializados De Rehabilitacion | |
| DIRECCIÓN | Carrera 31 No 18-28 |
| TELÉFONO | 7312454 |

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION



Fecha Febrero 24/11
 Nombre Andrés F Osando

87-070084

Fisioterapia

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Victor E. Suárez L'Hoele
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

*Dx Lesión medula
Cervical
Hemiparesia de*

*Dx Fartelcer
m. superior,
m. inferior derecho
mancha*

20 lesiones

*Febr 29
2017*

Urología y Fisioterapia a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.



Fecha Febrero 24/11
Nombre Andrés F Ocampo

- Carlos Benavides Dulce
Fisiatra
- Edgar España López
Urólogo
- Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo
- Victor E. Suárez L'Hoste
Urólogo
- Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/ Fisioterapia

*Dx Lesión medula
Cervical
Hemiparesia de*

*Dx Faltan
m. supina,
m. inflexión derecha
manera*

20 sesiones

Urología y Fisioterapia a la servicio
Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524
Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

*Dx Lesión medula
Cervical
Hemiparesia de*

Corporación IPS

Saludcoop

NIT 830.106.376-1

SOLICITUD DE SERVICIOS No.

110470

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 11 01 31 | Fecha de Entrega: AA MM DD | Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando Belalcazar |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No. de Documento 87070084 | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | | |

IPS:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal

Diagnósticos Secundarios

SERVICIOS SOLICITADOS

| PROCEDIMIENTO | Cantidad | OBSERVACIONES |
|---|----------|----------------------------|
| Valorar x Fisiológico | | |
| | | |
| | | |
| Nombre del Médico: Dr. Andrés Felipe Obando Belalcazar Médico General | | No. de Registro Médico |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 10 12 14 | Fecha de Entrega: AA MM DD | Nombre del Paciente: Andres Felipe Olando |
| Tipo de Documento: TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No. de Documento: 87070084 | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | | |
| IPS: | | |

Recetario

| Medicamentos | Cantidad | Posología |
|---|----------|--|
| Velocidades de Neuroconductor en las 4 extremidades. | | 7 electroencefalograma Reflejos H. Ocular F |
| | | |
| | | |
| | | |

14 DIC. 2014

Dr. Fernando Casanova

Nombre del Médico:

No. de Registro Médico

233

SERVICIOS AUTORIZADOS

CLINICA LOS ANDES - PASTO

No Autorización: 32716254

Fecha Atención: 2010/11/01

Profesional : Efren Esteban Cerón Muñoz

Registro Profesional: 5204402007

Convenio: Convenio Saludcoop Evento Clinica Los Andes - Pos Contributivo

Paciente: 87070084 — Andres Felipe Obando Belalcazar

Nivel Salarial: 1

IPS Primaria: Pasto norte Corporacion ips saludcoop Nariño

Diagnóstico Principal:

S341

Diagnósticos Secundarios:

FISIOTERAPIA

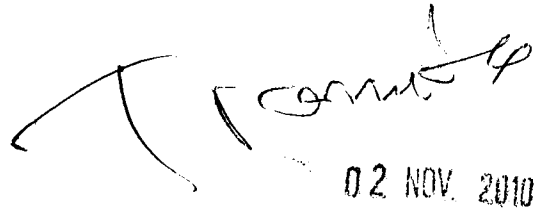
Codigo Procedimiento
1964 Fisioterapia

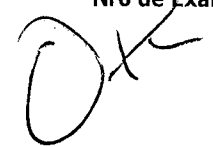
Cant. Finalidad
1 DIAGNOSTICO

Nivel del Procedimiento: 2

Observación:
5 SESIONES

Nro de Exámenes Solicitados: 1


02 NOV. 2010



Efren Esteban Cerón Muñoz
Registro Médico: 5204402007

| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|--------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belaicazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 25 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clínica Los Andes | | | | Dayana Elizabeth Narvaez | |
| ENTIDAD RECOBRO | | OTRA REGIONAL | | | |

| | | | | | |
|---|---|--------------------|-------------|----------------------|------------------------------|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA | | ENFERMEDAD GENERAL | | DX. PRINCIPAL: JM511 | DX. SECUNDARIOS |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| | Resonancia Nuclear Magnetica (RNM) Columna toracica | 1 | diagnostico | No Aplica | FECHA APROBACION: 2010/12/03 |

| | | | | |
|-------------------------|-------------|------------------|------|---------------------------------|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

Maria Del Pilar Suarez Ramirez 62192988

MEDICO QUE AUTORIZA REGISTRO MEDICO

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Medinuclear Ltda | |
| DIRECCION | CARRERA 42 No 18 B -94 |
| TELEFONO | 73147845 |

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

NIT. 830.106.376-1

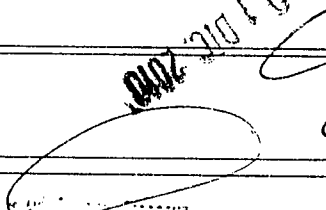
| | | | |
|--|--|--|--|
| Fecha de Atención: AA MM DD 10 11 30 | | Nombre del Paciente: Andres Felipe Obando | |
| Tipo de Documento TI CC RC TI MSI CE PA ASI <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | No. de Documento 87070084 | Nivel: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| IPS: | | Tipo de Plan: POS CONTRIBUTIVO | |

Diagnóstico

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Diagnóstico Principal | Diagnósticos Secundarios |
| | |

Servicios Solicitados

| Procedimiento | Cantidad | Observaciones |
|-------------------------------------|----------|---------------|
| Resonancia magnetica columna dorsal | | |
| | | |
| | | |

Nombre del Médico: 

No. de Registro Médico:

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

NIT:800250119

-estado del tramite: Sin

Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 25-abril-2011

Nº : 6470982

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Nº IDENTIFICACIÓN: | 87070084 |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Obando Belalcazar Andres Felipe |
| TIPO AFILIADO: | COTIZANTE |
| TIPO DE COTIZANTE: | Cotizante Dependiente |

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

| | |
|-----------------------|----------------------|
| Nº DE IDENTIFICACIÓN: | 800028659 |
| RAZÓN SOCIAL: | IMPULSO Y MERCADEO 1 |

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

| | |
|-------------------|---------------------------|
| CÓDIGO DX CIE 10: | M510 |
| FECHA INICIAL: | 21-Abril-2011 |
| FECHA FINAL: | 30-Abril-2011 |
| DÍAS OTORGADOS: | 10 |
| DÍAS ACUMULADOS: | 170 |
| ORÍGEN: | Accidente De Trabajo |
| TIPO: | PRORROGA |
| ÁMBITO: | Ambulatoria No Quirúrgica |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 25-Abril-2011 |
| FECHA ATP: | 15-Marzo-2011 |

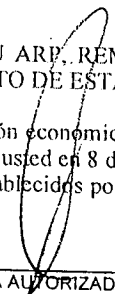
Observaciones:

CARLOS BENAVIDES, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

- Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
- El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

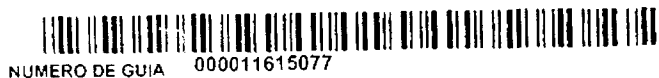
OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Corporacion Ips Nariño - Pasto Sur
 Usuario que Expide: Ayde Esperanza Erazo Mosquera


 FIRMA AUTORIZADA





Aerolíneas del Continente Americano S.A. Avianca NIT: 890.100.577-6
Habilitación del Servicio Postal de Mensajería Express del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Res No. 001769 del 7 de septiembre de 2010. Licencia de Transporte Terrestre No. 0075 de 19 de agosto de 2004 del Ministerio de Transporte. Permiso de Operación Aeronáutica Civil de Colombia



NUMERO DE GUIA 000011615077

OFICINA: ESTACION BUCHELI

ATENDIDO POR ANDRADE ADRIANA

FECHA Y HORA 27/01/2012 11:10

REMITENTE NOMBRE O RAZON SOCIAL ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

IDENTIFICACION 87070084

DIRECCION MZ 25 CASA # 1 LA MINGA

TELEFONO 73053455

ORIGEN PASTO

DEPTO./ESTADO NARIÑO

PAIS COLOMBIA

DESTINATARIO NOMBRE O RAZON SOCIAL JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION MARIA CRISTINA TOBARES

TELEFONO 5930036

DIRECCION CL 5E # 42A-05 BRR TEQUENDAMA

PAIS COLOMBIA

DESTINO CALI

DEPTO./ESTADO CO-VALLE DEL CAUCA

DICE CONTENER DOCUMENTOS

CODIGO POSTAL

CONDICIONES ESPECIALES DE MANEJO

Bolsa: 44968634

PESO VOLUMETRICO

PESO(REAL KG): 0.03Kgr. PESO COB: 0.03Kgr.

FORMA DE PAGO

EFFECTIVO

VALOR ASEGURADO

\$50000.00

CARGO POR MANEJO

500

VALOR DEL SERVICIO

\$7000.00

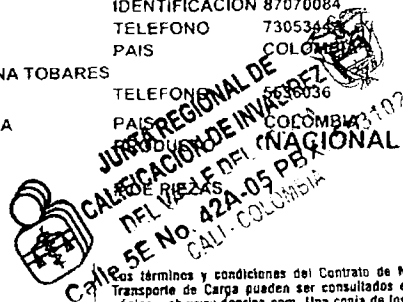
DESCUENTO

0

TOTAL

\$7500.00

PRUEBA DE ENTREGA



Los términos y condiciones del Contrato de Mensajería o del Contrato de Transporte de Carga pueden ser consultados en el punto de venta o en la página web www.deprisa.com. Una copia de los mismos puede ser solicitada en el punto de venta. Contactos: Peticiones, Quejas o Reclamos (PQR) ó rastreo de envíos por el remitente o el destinatario: (i) www.deprisa.com (ii) líneas de atención al Cliente. Bogotá 423 7000, resto del país 01 800 519 393 (iii) correo electrónico servicioalcliente@deprisa.com

Andrés Felipe Obando Belalcázar 30/01/2012 1000
DD MM AA HH MM

ACEPTACIÓN CLIENTE

FIRMA DESTINATARIO

Con su firma el remitente confirma el conocimiento de los términos y condiciones del Contrato de Mensajería Express o del Contrato de Transporte de Carga, de acuerdo al servicio contratado.



Aerolíneas del Continente Americano S.A. Avianca NIT: 890.100.577-6
Habilitación del Servicio Postal de Mensajería Express del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Res No. 001769 del 7 de septiembre de 2010. Licencia de Transporte Terrestre No. 0075 de 19 de agosto de 2004 del Ministerio de Transporte. Permiso de Operación Aeronáutica Civil de Colombia



NUMERO DE GUIA 000011864238

Avianca DEPRISA

Aerovías del Continente Americano S.A. Avianca NIT: 890.100.577-5
Habilitación del Servicio Postal de Mensajería Expressa del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Res No. 001769 del 7 de septiembre de 2010. Licencia de Transporte Terrestre No. 0075 de 19 de agosto de 2004 del Ministerio de Transporte. Permiso de Operación Aeronáutica Civil de Colombia.
Avenida Calle 26 # 59-15 Piso 8 Bogotá D.C.



1000010046268

| | | | | |
|--------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|--------------------|
| OFICINA | ATENDIDO POR MARIA NOHEMI FENAO ARCE | | FECHA Y HORA | 02/01/2012 15:29 |
| REMITENTE | JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION | CENTRO COSTO | TELEFONO | 5531020 |
| DIRECCION | CALLE 5E No.42A-05 B/TEQUENDAMA | | PAIS | COLOMBIA |
| CIUDAD | CALI | DEPTO./ESTADO VALLE | | |
| DESTINATARIO | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | | TELEFONO | 3185014291-7363589 |
| DIRECCION | CALLE 18 NO. 27- 74 | | PAIS | COLOMBIA |
| CIUDAD | CALI | DEPTO./ESTADO VALLE | PRODUCTO | DEPRISA |

NOTAS SOBRE 52296026
DIMENSIONES
FORMA DE PAGO
VALOR DECLARADO
COPIA DESTINATARIO

PESO FIS: Kgr PESO COB: Kgr
CREDITO \$0

19 01 12

CARGO DE MANEJO
VALOR DOMICILIO
OTROS CARGOS
TARIFA
DESCUENTO
TOTAL

Los términos y condiciones del Contrato de Mensajería o del Contrato de Transporte de Carga pueden ser consultados en el punto de venta o en la página web www.deprisa.com. Una copia de los mismos puede ser solicitada en el punto de venta. Contactos: Peticiones, Quejas o Reclamos (PQR) ó rastreo de envíos por el remitente o el destinatario: (i) www.deprisa.com, (ii) líneas de atención al Cliente. Bogotá 423 7000, resto del país 01 8000 519 393 (iii) correo electrónico servicioalcliente@deprisa.com

ACEPTACIÓN CLIENTE

DD MM AA

FIRMA DESTINATARIO

FIRMA DESTINATARIO

Con su firma el remitente confirma el conocimiento de los términos y condiciones del Contrato de Mensajería Expressa o del Contrato de Transporte de Carga, de acuerdo al servicio contratado.

NUMERO DE GUÍA 000011615077

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------|
| OFICINA | ESTACION BUCHELI | ATENDIDO POR | ANDRADE ADRIANA |
| REMITENTE: NOMBRE O RAZON SOCIAL | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | | |
| DIRECCION | MZ 25 CASA # 1 LA MINGA | DEPTO./ESTADO | NARIÑO |
| ORIGEN | PASTO | | |
| DESTINATARIO: NOMBRE O RAZON SOCIAL | JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION | | MARIA CRISTINA TOBARES |
| DIRECCION | CL 5E # 42A-05 BRR TEQUENDAMA | DEPTO./ESTADO | CO-VALLE DEL CAUCA |
| DESTINO | CALI | CODIGO POSTAL | |
| DICE CONTENER | DOCUMENTOS | Bolsa: 44968634 | |
| CONDICIONES ESPECIALES DE MANEJO | | PESO (REAL KG): | 0.03Kgr. PESO COB: 0.03Kgr. |
| PESO VOLUMETRICO | | | |
| FORMA DE PAGO | EFFECTIVO | CARGO POR MANEJO | 500 |
| VALOR ASEGURADO | \$50000.00 | | |

FECHA Y HORA 27/01/2012 11:10
IDENTIFICACION 87070084
TELEFONO 7305344
PAIS COLOMBIA
TELEFONO 5536036
PAIS COLOMBIA
PRODUCTO NACIONAL
DE PIEZAS 1



1000010051785

| | | | | |
|--------------------------------|---------------|------------------------|--------------|------------------------|
| OFICINA | ATENDIDO POR | MYRIAM CHACON GUERRERO | FECHA Y HORA | 10/02/2012 13:04 |
| JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION | CENTRO COSTO | | TELEFONO | 5531020 |
| TEQUENDAMA | DEPTO./ESTADO | VALLE | PAIS | COLOMBIA |
| | | | TELEFONO | 730 5344 - 318501 4291 |

Información y Servicio al Cliente desde Bogotá 4 237000 y resto del país 01 8000 51 93 93
www.deprisa.com

Señor
Andrés Felipe Obando Belalcázar
CC N° 87070084
Manzana 25 Casa N° 1
Barrio Minga
Teléfono: 730 5344 318 501 4291
Pasto - Nariño

ASUNTO: RECURSO DE REPOSICION EN SUBSIDIO DE APELACION
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR - CC N° 87070084

La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca resuelve no darle trámite al Recurso de Reposición en Subsidio de Apelación a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida al señor **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** identificado con la CC N° 87070084, en Dictamen N° 79811211 de fecha 26 de diciembre de 2011 mediante acta N° 56-2011; de conformidad con el artículo 33 del Decreto 2463/2001: **RECURSO DE REPOSICIÓN**: "...Contra el dictamen emitido por la Junta podrá interponerse directamente el cual podrá interponerse directamente dentro de los diez (10) días al término de fijación, y al emperándonos en el inciso 4° del Art. 32 se concluye que los diez (10) días se vencieron el **24 de enero /2012**, habiendo presentado su escrito el día 30 de enero de 2012, por lo que al no ser presentado en tiempo, el secretario así lo informó en la sesión del 31 de enero /2012 quedando en firme el dictamen proferido.

No obstante, de acuerdo con el Parágrafo del Art. 34, que dice: "... Cuando la junta regional de calificación de invalidez, por cualquier causa se abstenga de dar trámite al recurso de apelación, el interesado podrá acudir directamente ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual ordenará la remisión de la documentación y decidirá lo que sea del caso ...".

Atentamente,

MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Secretaria Técnica – Sala N° 1

COLPATRIA ARP – DRA MONICA OSORIO VELEZ – CALLE 22 N N° 5 BN-102 TELÉFONO: 4481919 CALI
Expediente- Consecutivo

Myriam G.F.

Calle 5E No.42A-05 B/ Tequendama PBX 5531020 fax 5531020 EXT 112 Cali-Colombia
Cuenta de Ahorros No. 0173 0010 2021 Banco D vivienda-Cali



245

AUTO # S1-12-0099

Declárese legalmente ejecutoriado el Dictamen N° 79811211 de fecha 26 de diciembre de 2011- Acta N° 56-2011, de Calificación de pérdida de capacidad laboral del Señor(a), **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **87070084**.

CUMPLASE

Santiago de Cali, febrero 07 de 2012

MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Secretaria Técnica – Sala N° 1

COPIA: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR - MANZANA 25 CASA N° 1 BARRIO
MINGA - TEL: 3185014291-7363589 - PASTO

COLPATRIA - CALI

Myriam G.H.

| | | | | | | | |
|---|-------------|--|-------------|---|------------------|--|--|
| AUTORIZACION | | TURA No | | NOMBRE IPS Clínica Los Andes - Pasto | | CODIGO IPS 814003898 | |
| PRIMER APELLIDO Olando | | SEGUNDO APELLIDO Belalcázar | | NOMBRES Andrés Felipe | | TIPO IDENTIFICACION CC | |
| OCUPACION MERCADERISTA | | DIRECCION DEL PACIENTE MZ D CASA 16 | | TEL 7293381 | | | |
| GESTANTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | TRIMESTRE <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | | VIA DE EGRESO | | | |
| FECHA Y HORA EGRESO 17 03 2012 12 22 | | DE MONITORIO DE LA COMPLICACION CIE-VICENTE | | ESTADO AL SALIDA VIVO | | CIN SUBABASCADE (AMBITO (NOMBRE Y COD)) CIE-VICENTE | |
| TERNA | | NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO | | COD CIE-VICENTE | | CAUSA DE EGRESO | |
| DAD GENERAL | | PRINCIPAL Lumbago no especificado | | M 5 4 5 | | DISC APACITADO | |
| | | RELACIONADO 1 | | | | | |
| | | RELACIONADO 2 | | | | INC APACITADO No 801010000101273 | |
| | | RELACIONADO 3 | | | | DESC: 28 2 2011 HASTA: 2 3 2011 | |
| PESO AL NACER | PESO EGRESO | TALLA | APGAR 5 min | EDAD GESTACIONAL | CONTROL PRENATAL | | |
| CAUSA MUERTE (Si ocurrió en las primeras 24 horas) | | FECHA DE MUERTE RECIENTE NACIDO | | | | | |

ADO A MIEMBRO INFERIOR DERECHO, VALORADA POR MEDICINA DEL DOLOR Y PROGRAMADA PARA BLOQUEO

ACION

TROL POR CONSULTA EXTERNA DRA BASTIDAS EN 20 DIAS

296

247



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-03-21

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 7865542

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M510
FECHA INICIAL: 2012-03-19
FECHA FINAL: 2012-03-28
DÍAS OTORGADOS: 10
DÍAS ACUMULADOS: 94
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-03-21

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Cruz Rocio Tovar Chamorro


FIRMA AUTORIZADA



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-02-29

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 7783555

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M510
FECHA INICIAL: 2012-02-28
FECHA FINAL: 2012-03-18
DÍAS OTORGADOS: 20
DÍAS ACUMULADOS: 74
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-02-29

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Ayde Esperanza Erazo Mosquera

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 71270015



| | | | | | |
|--|------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andrés Felipe Obando Belalcázar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporación Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Corporación Ips Nariño - Pasto Sur | | | | Mayra Alejandra Jojoa Vivas | |
| ENTIDAD RECOBRO OTRA REGIONAL ARP COLPATRIA RAD 141 AM | | | | | |

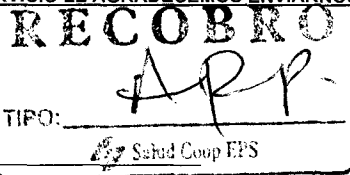
PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR

| | | | | | |
|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------|-------------|------------------------------|
| CAUSA EXTERNA | ACCIDENTE DE TRABAJO | DX. PRINCIPAL: M548 | DX. SECUNDARIOS | | |
| CODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant. | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 890202 | Neurocirugía Consulta | 1 | terapeutico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2012/02/17 |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | | |
|-----------------|-------------|------------------|----------------------|------------|
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION | NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 2,200.00 | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEREMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN



| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Clínica Los Andes | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 42 No 18 A-56 |
| TELÉFONO | 7333780 |

MÉDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MÉDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN

Costanza en la
CASA Blanca

buz



250

**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, febrero 7 de 2012.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 25 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 20 días a partir del 8 de febrero 2011.
- 2.- CONTINUAR TRATAMIENTO CON FISIATRIA.

Atentamente,


SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

251

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

N°801010000129001

Fecha 4/16/2012 10:54:14 AM

| | | | | | |
|--------------------|--|-------------------|------------------|----------------|-----------|
| Paciente: | CC 87070084 Andres Felipe Obando Belalcazar | | | Tipo Afiliado: | COTIZANTE |
| Convenio: | Convenio Saludcoop Evento Clinica Los Andes - Pos Contributivo | | | Teléfono: | 7293381 |
| Nivel Salarial: | 1 | Tipo Plan: | POS Contributivo | | |
| IPS Primaria: | IPS PASTO NORTE | | | | |
| Tipo Incapacidad: | Ambulatoria No Quirúrgica | N° Inc. Anterior: | 0 NUEVA | Edad | 0 |
| Fecha Inicial Inc. | 15/04/2012 | Fecha Final Inc. | 19/04/2012 | Gestacional: | |
| | | | | Días | 5 |
| | | | | Incapacidad: | |

| Concepto Incapacidad | Observaciones | Estado Incapacidad |
|----------------------|---------------|--------------------|
| Enfermedad General | | SIN LIQUIDAR |
| Diagnóstico | M544 | |



Profesional
Registro Profesional

Jose Leonel Jurado Salazar
5282/2004

Impreso por: SALUDCOOP\jurados 4/16/2012 10:54:22 AM

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

NOMBRES Y APELLIDOS

Andres Felipe Obando Behelesor

EPS A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO

No. IDENTIFICACION

87.070.084

No. AFILIACION

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual, Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y fecha de próximo control si lo hay.

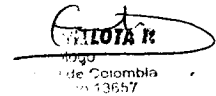
Die. 20/2011

26. Años

Accidente de trabajo \Rightarrow rodillo para = de
más de 10 años. \Rightarrow Accidente Tr. a
VCA incurrió en una lesión de
unión ósea. Tr = 11 x 9.
Deformación ósea.

S. F. = Unión con apoyo de 6.0 x 1.0 x

S.S. = 1.00 - 6.00 - 1.00
Unión = unión - poca capacidad
R. 25 -
= Unión Anulada =



I - 25/2012

Ecografía del 7.00.00 = Normal.

P. de = 1.00

Unión = 1.0

Gl. = 81.

R. 25 -
Unión = 25 - 100
Unión = 25 - 100

Unión = 3 meses.

Andres



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, enero 18 de 2012.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 25 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.
Cervicalgias postraumática.
Dorsalgia postraumática.
Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 20 días a partir del 19 de enero 2011.
- 2.- CONTINUAR TRATAMIENTO CON FISIATRIA.
- 3.- Para próxima consulta traer resultados de nueva RM.

Atentamente,
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Doctor
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

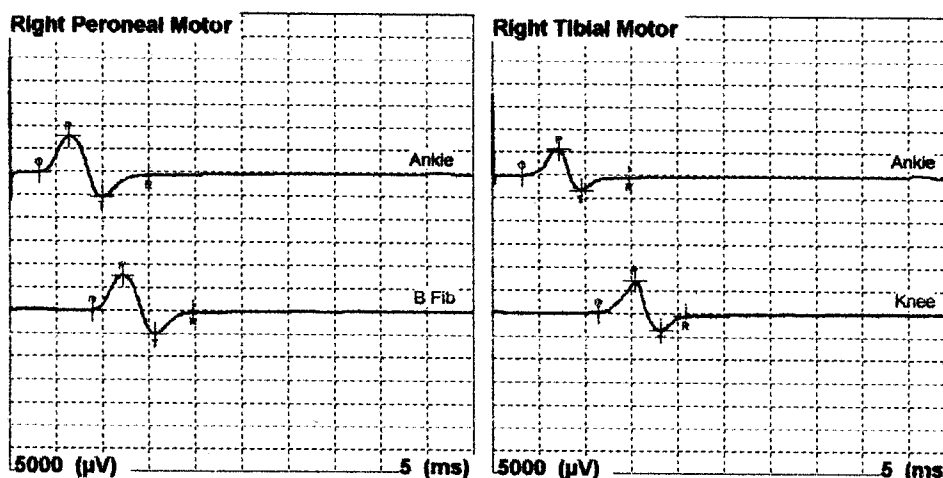
INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

07 FEB 2012
Control # 4
propu art 601
— 0 —

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN
SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
 Tel: 721 4525 - 721 4526 Ext. 220

Paciente: Obando Belalcazar, Andres **Edad:** 26 year **Médico:** M. Moreno
Id#: 87070084 **Talla:** 1.72mt **Sexo:** Male
E.P.S / A.R.S: Colpatria

GRÁFICOS



EMG

| Side | Muscle | Nerve | Root | Ins Act | Fibs | Psw | Amp | Dur | Poly | Recrt | Int Pat | Comment |
|-------|-------------|-------------|--------|---------|------|-----|-----|-----|------|-------|---------|---------|
| Right | AbdHallucis | MedPlantar | S1-2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | LatGastroc | Tibial | S1-2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | MedGastroc | Tibial | S1-2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | AntTibialis | Dp Br Peron | L4-5 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | ExtHallLong | Dp Br Peron | L5, S1 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | BicepsFemL | Sciatic | L5-S2 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | VastusMed | Femoral | L2-4 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | L5 Parasp | Rami | L5 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |
| Right | S1 Parasp | Rami | S1 | Nml | Nml | Nml | Nml | Nml | 0 | Nml | Nml | |

Motor Nerves

| Site | NR | Onset (ms) | Norm Onset (ms) | O-P Amp (mV) | Norm Amp (mV) | Neg Dur (ms) | Segment Name | Delta-O (ms) | Dist (cm) | Vel (m/s) | Norm Vel (m/s) |
|-----------------------------|----|------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------|----------------|
| Right Peroneal (EDB) | | | | | | | | | | | |
| Ankle | | 3.28 | <5.5 | 7.88 | >2.5 | 5.39 | B Fib-Ankle | 5.70 | 32 | 56.14 | >40.0 |
| B Fib | | 8.96 | | 7.48 | | 5.39 | | | | | |
| Right Tibial (AHB) | | | | | | | | | | | |
| Ankle | | 3.20 | <6.0 | 5.80 | >3.0 | 5.31 | Knee-Ankle | 8.28 | 40 | 48.31 | >41.0 |
| Knee | | 11.48 | | 6.92 | | 5.39 | | | | | |

255

ent: Obando Belalcazar, Andres

Test Date: 8/30/2011

p. 2

Sensory Nerves

| Site | NR | Peak (ms) | Norm Peak (ms) | P-T Amp (μ V) | Norm Amp (μ V) | Segment Name | Delta-P (ms) | Dist (cm) | Vel (m/s) | Norm Vel (m/s) |
|---------------------------------------|----|--------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|--------------|----------------------|
| Right Sup Peron (Ant Lat Mall) | | | | | | | | | | |
| 14 cm | | 2.34 | <4.6 | 30.74 | >5.0 | 14 cm-Ant Lat Mall | 2.34 | | | |

Historia del Paciente:

Solicitan EMG y VNC de miembro inferior derecho

Hallazgos:

1. Neuroconducciones: Latencias, amplitudes y velocidades de potenciales sensitivo y motores de nervios explorados dentro de parametros normales.
2. Electromiografia: Actividad de inserción, potencial de unidad motora, reclutamiento y patrón de interferencia dentro de parámetros normales.

Conclusiones:

ESTUDIO NORMAL

Negativo para lesión de nervio periférico o intrínseco de fibra muscular en miembro inferior derecho.


Dr. MARTIN MORENO GONZALEZ
 Medico Fisiatra
 T.P 538-91

756

**ORDENES MEDICAS
UNIDOSIS
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

IPS: Clinica Los Andes - Pasto

Nombre: Obando Belalcazar Andres Felipe

Tipo Documento: Cédula Ciudadanía

Numero Documento: 87070084

Edad: 26 años 9 meses 24 dias

Ingreso: 32347445

Fecha Impresión: 4/15/2012 2:28:42PM

Habitación: POR DEFINIR

Cama:

Profesional: Portilla Montenegro Luis Carlos

Registro: 13069598

| Lista | Orden | Fecha Orden | Código | Descripción | Unido. | Unidad | Periodi. | Form | Ent. | Dev. | Solicitud |
|-----------|-----------|--------------------------|--------|---|--------|------------|----------|------|------|------|-----------|
| 255478398 | 272189334 | 04/15/2012 2:23:31 pm | 165.0 | DEXAMETASONA FOSFATO SOL. INY. x8mg AMP. x2ml (AMP) [AMPOLLA] | 8 | Miligramos | 1 VEZ | 1.00 | 1.00 | 0.00 | |

| Empresa | Bodega | Lote | Cantidad |
|-----------|--------|---------|----------|
| EPSIFARMA | 8806 | 1110473 | 1 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|--------------------------|-------|--|---|--------|-------|------|------|------|--|
| 255478395 | 272189331 | 04/15/2012 2:23:31 pm | 391.0 | DIPIRONA SODICA SOL. INY. x1g AMP. x2ml (AMP) [AMPOLLA] | 2 | Gramos | 1 VEZ | 2.00 | 2.00 | 0.00 | |
|-----------|-----------|--------------------------|-------|--|---|--------|-------|------|------|------|--|

| Empresa | Bodega | Lote | Cantidad |
|-----------|--------|-----------|----------|
| EPSIFARMA | 8806 | 1642V1214 | 2 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|--------------------------|--------|--|------|------|-------|------|------|------|--|
| 255478393 | 272189329 | 04/15/2012 2:23:31 pm | 3514.0 | CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x1000ml (BLS) [BOLSA] | 1000 | C.C. | 1 VEZ | 1.00 | 1.00 | 0.00 | |
|-----------|-----------|--------------------------|--------|--|------|------|-------|------|------|------|--|

| Empresa | Bodega | Lote | Cantidad |
|-----------|--------|---------|----------|
| EPSIFARMA | 8806 | SX12CL7 | 1 |

Recibi Medicamento:

Hora

HH MM

En caso de medicamentos NO POS
adjuntar el formato FT102-1

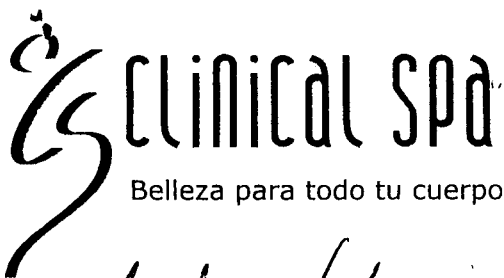
☐ Para ser diligenciado por la
farmacia

Firma

SI EL MEDICAMENTO ES NO POS SOLICITE JUSTIFICACIÓN Y COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Formular

Insumos



Belleza para todo tu cuerpo

3 Meses -

- Cirugía Plástica
- Dermatología
- Odontología
- Centro de Estética
- Farmacia
- Medicina del Dolor

Nombre:

Andrés Felipe Obando

Fecha:

12.04.2012

R ~~Gregoldine~~ x 100g fol # 90
Tom 1 tableta al acostarse

- Tramadol 50g f # 4
Tom 15 gotas según dolor.

- Acetaminofen x 100g fol # 200
Tom 2 tabletas c/6h Validado

- Omeprazole x 20g fol # 90
1 en ayuno.

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 70 70
San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

Clinical SPA
Belleza para todo tu cuerpo
María Constanza Bastidas C.
Anestesióloga

ENTREGADO 13.04.2012

Vicente Robledo



NIT: 800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 7542805

FECHA DE IMPRESIÓN: 2011-12-30

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M510
FECHA INICIAL: 2011-12-30
FECHA FINAL: 2012-01-18
DÍAS OTORGADOS: 20
DÍAS ACUMULADOS: 14
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2011-12-30

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que expide : Ayde Esperanza Erazo Mosquera

FIRMA AUTORIZADA



Clinica SaludCoop LOS ANDES

Sucursal: PRIORITARIAS PASTO

Sede / Orden: 99 / 0000115418

Médico: N/A

Ubicación:

Convenio: ESPECIALISTAS

Entrada: 12/01/2012 08:33:36

Servicio:

Salida: 24/01/2012 15:27:15

Paciente: 9376763 - OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Identificación: CC: 87070084

Sexo: Masculino

Años: 26 M: 6 D: 22

Teléfono:

Tipo Paciente: EXTERNO

PARCIAL DE ORINA

ANALISIS FISICO-QUIMICO

| | |
|--------------------|--------------------|
| COLOR: | AMARILLO |
| ASPECTO: | LIGERAMENTE TURBIO |
| DENSIDAD ORINA: | <u>1.025</u> |
| PH: | <u>5.0</u> |
| LEUCOCITOS: | Negativo |
| NITRITOS: | Negativo |
| PROTEINAS: | Negativo |
| GLUCOSA: | Normal |
| CUERPOS CETONICOS: | Negativo |
| UROBILINOGENO: | Normal |
| BILIRRUBINA: | Negativo |
| ERITROCITOS: | Negativo |

ANALISIS MICROSCOPICO

| | |
|----------------------|---------|
| LEUCOCITOS: | 0 x uL |
| BACTERIAS: | ESCASAS |
| CELULAS EPITELIALES: | 8 x uL |

CREATININA: 1.0 mg/dl (0.7 - 1.3)

**METODO ENZIMATICO. PRESENTA INTERFERENCIA CON MEDICAMENTOS
COMO LA LIDOCAINA Y LA DIPIRONA**

TASA DE FILTRACION GLOMERULAR (Aplica solo para mayores de 18 años)

EDAD PACIENTE: 26 Años

HOMBRE RAZA BLANCA 96.00

MUJER RAZA BLANCA 71.23

HOMBRE RAZA NEGRA 116.16

MUJER RAZA NEGRA 86.19

VALORES DE REFERENCIA PARA LA TASA DE FILTRACION GLOMERULAR

ÁNGELA MARIA PAREDES PANTOJA
BACT. U. CATOLICA, REG 956
Validación: QUIMICA

Validación: PARCIAL DE ORINA



Clinica SaludCoop LOS ANDES

Sucursal: PRIORITARIAS PASTO

Sede / Orden: 99 / 0000115418

Médico: N/A

Ubicación:

Convenio: ESPECIALISTAS

Entrada: 12/01/2012 08:33:36

Servicio:

Salida: 24/01/2012 15:27:15

Paciente: 9376763 - OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Identificación: CC: 87070084

Sexo: Masculino

Años: 26 M: 6 D: 22

Teléfono:

Tipo Paciente: EXTERNO

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| 0.0 - 15.0 ESTADIO 5 | REMITIR AL PROGRAMA ERC |
| 15.0 - 30.0 ESTADIO 4 | REMITIR AL PROGRAMA ERC |
| 30.0 - 60.0 ESTADIO 3 | REMITIR AL PROGRAMA ERC |
| 60.0 - 90.0 ESTADIO 2 | |
| MAYOR DE 90.0 ESTADIO 1 | |

GLICEMIA BASAL:

81 mg/dL (74 - 106)


ÁNGELA MARIA PAREDES PANTOJA
BACT. U. CATOLICA . REG 956
Validación: QUIMICA

Validación: PARCIAL DE ORINA

JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO POS Y MEDICAMENTOS PARA EMFERMEDAD CATASTROFICA

☐ MEDICAMENTOS NO POS ☐ MEDICAMENTOS POS PARA EMFERMEDAD CATASTROFICA

Anexar a esta forma: resumen de la Historia Clínica y Original de la Formula. Información para ser diligenciada únicamente por el médico tratante:

| FECHA DE RADICACIÓN | | | NUMERO DE RADICACIÓN |
|--|-----|------|----------------------|
| DIA | MES | AÑO | Nº. |
| 12 | 04 | 2012 | 82000084 |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nº. | | | |
| CIUDAD / MUNICIPIO | | | TELÉFONO |
| Palo | | | 3185014291 |
| ESPECIALIDAD | | | TELÉFONO |
| M. de dolor | | | 7317070 |

I. ENCABEZADO

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|--------------|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | NOMBRE DEL USUARIO | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |
| 12/04/2012 | Andrés Felipe Obando | 26 | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nº. 82000084 |
| DIRECCIÓN: | Ciudad / Municipio | TELÉFONO | |
| Plz D Cs/6 Panoramico 1 | Palo | 3185014291 | |
| NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE | REGISTRO MEDICO | ESPECIALIDAD | TELÉFONO |
| Maria Constanza Bastidas C. | 016562-01 | M. de dolor | 7317070 |

II. DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (Incluya Código CIE-9): Tartrismo de disco lumbar L.
radiculo patia, dolor neuropatico severo que no
se da a medicamento pos.

III. ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

EXISTE UN MEDICAMENTO DENTRO DEL POS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA ☐ SI ☐ NO (SI LA RESPUESTA ES NO, PASE AL NUMERAL IV.)

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): _____ TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS): _____

RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA:

NO MEJORA ☐ REACCIÓN SECUNDARIA ☐ CUAL? _____

CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? ☐ CUAL? _____ OTRA: _____

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPÉUTICA POS PARA LA PATOLOGÍA EN MENCIÓN:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (GENÉRICO): _____ TIEMPO DE UTILIZACIÓN (EN DÍAS): _____

RESPUESTA CLÍNICA OBSERVADA:

NO MEJORA ☐ REACCIÓN SECUNDARIA ☐ CUAL? _____

CONTRAINDICACIÓN EXPRESA? ☐ CUAL? _____ OTRA: _____

IV. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO ☐ HOSPITALARIO ☐ URGENTE ☐

NOMBRE GENÉRICO: Tamadol CONCENTRACIÓN (mgs. %, mcg, Etc): gotas

PRESENTACIÓN (TUBO, TAB, AMP., ETC): frasco DOSIS / DIA: 15 gotas. Nº DE DÍAS DE TRATAMIENTO ORDENADO: 7

V. CRIETRIOS QUE JUSTIFIQUEN LA PRESENTE SOLICITUD:

| | | |
|---|--|--|
| 1. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EXISTENTES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 3. ESTA AUTORIZADA LA COMERCIALIZACIÓN Y EXPENDIO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO EN EL PAIS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|---|--|--|

SI ESISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE JUSTIFIQUELO:

SEÑALE PRECAUCIONES, CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS, Y TOXICIDAD ASOCIADA AL USO O ABUSO DEL MEDICAMENTO SOLICITADO:

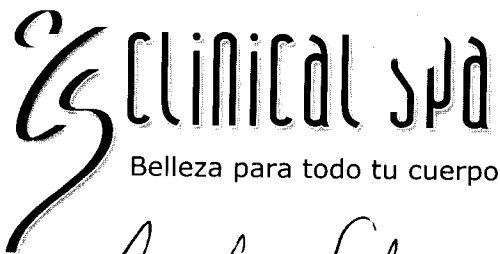
CITE QUE TIPO DE CONTROLES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REQUIERE EL PACIENTE PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO Y QUE PERIODICIDAD DEBEN TENER:

SaludCoop
Belleza para todo tu cuerpo
Firma y Sello del Médico Tratante
Maria Constanza Bastidas C.

RM.

016562/01

NOTA: PARA EL TRAMITE DE ESTA SOLICITUD ES OBLIGATORIO EL DILIGENCIAMIENTO COMPLETO Y ANEXAR LOS DOCUMENTOS INDICADOS. LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ESTA SUJETA A LA APROBACIÓN DEL COMITE TECNICO-CIENTIFICO, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RTESOLUCIÓN 5061 DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1997.



- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

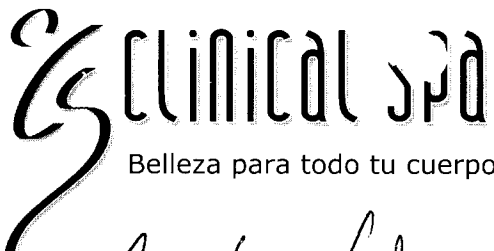
Nombre: Andrés Felipe Obareo Fecha: 12.01.2012

R - 10

Valorar x Nutri
100 Soles
patología actual
derm. res

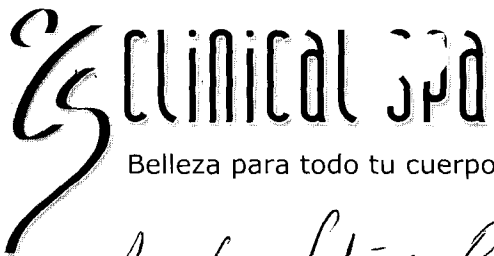
12 ENE 2012

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70
| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co



- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

Nombre: Andrés Felipe Obareo Fecha: 16.02.2012



cc 87-070081

- | Cirugía Plástica
- | Dermatología
- | Odontología
- | Centro de Estética
- | Farmacia
- | Medicina del Dolor

Nombre:

Andrés Felipe Osorio

Fecha:

16.02.2012.

R - Tramadol 50h

Tomar 60 50h

f f (60)
c / 3h

- Amoxicilina 250 f 30

1 tableta al acostarse

(25)

2012 FEB 16

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70

| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co
Bastidas C.
Odontóloga

265



Clinica SaludCoop LOS ANDES

Sucursal: PRIORITARIAS PASTO

Sede / Orden: 99 / 0000121003

Médico: N/A

Ubicación:

Convenio: ESPECIALISTAS

Entrada: 23/03/2012 08:33:03

Servicio:

Salida: 12/04/2012 11:29:07

Paciente: 9376763 - OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Identificación: CC: 87070084

Sexo: Masculino

Años: 26 M: 9 D: 2

Teléfono:

Tipo Paciente: EXTERNO

TSH ULTRASENSIBLE:

4.250 mUI/mL (0.470 - 4.640)

EL VALOR INLCUYE 3 CIFRAS DECIMALES

NIÑOS 1 A 30 DIAS 0.52 A 16
NIÑAS 1 A 30 DIAS 0.72 A 13.1
NIÑOS Y NIÑAS 1 MES A 5 AÑOS 1.55 A 7.1

T4: 5.22 ug/dL (4.50 - 12.00)

T3: 1.28 ng/mL (0.45 - 1.37)

CLINICAL SPA
Belleza para todo tu cuerpo

■ Cirugía Plástica
■ Dermatología
■ Odontología
■ Centro de Estética
■ Farmacia
■ Medicina del Dolor

Nombre:

Andrés Obando

Fecha:

12-01-2012
87-070-084

12 ENE. 2012

R Resonancia nuclear magnetica
cervical, dorsal y lumbal triple

1 DX Tumor medula cervical
dorsal y lumbal

CLINICAL SPA
Belleza para todo tu cuerpo
Maria Constanza Bastidas C.
Anestesiologa

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70
| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

12 ENE. 2012
Frente

266

67

Fecha: Mayo 10/12

Nombre: Andrés Obando

INCAPACIDAD

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

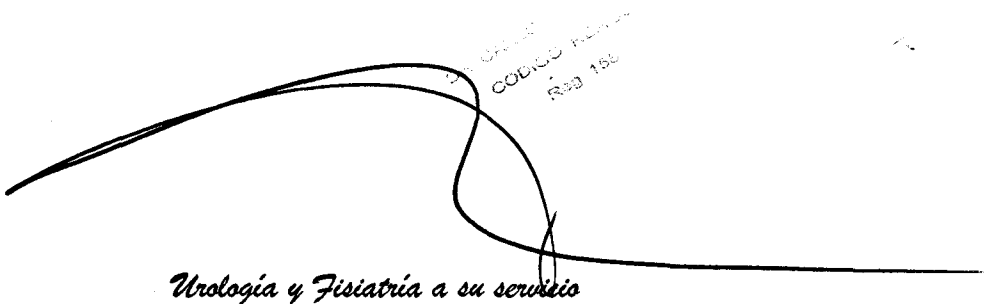
Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Victor E. Suárez H.
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

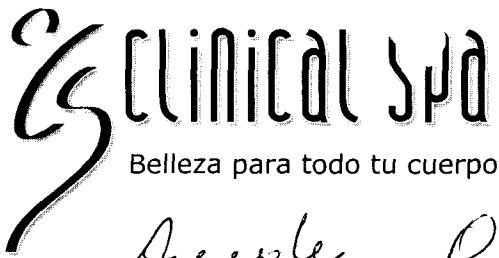
Incapacidad
lesional por 15 (Fuerza)
dis - a partir de hoy


Urología y Fisiatría a su servicio

Carrera 33A No. 20 - 42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524
urolan@hotmail.es - www.urolan.com

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

892



- Cirugía Plástica
- Dermatología
- Odontología
- Centro de Estética
- Farmacia
- Medicina del Dolor

Nombre: Aurelio Ocampo

Fecha: 10.01.2012

R Lynica 150g tot / 90
Toes 1 tableta al acostarse
Trauma dol 50g / 84
Toes 60 50g

12 ENE. 2012

CLINICAL SPA
Belleza para todo tu cuerpo
Maria Constanza Bastidas C.
Anestesióloga

Carrera 41 N° 17A - 95 ■ PBX: 731 70 70 ■ Fax: 731 71 70

■ San Juan de Pasto - Colombia ■ www.clinicalspa.com.co

262

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 63564508

SaludCoop ORIGINAL

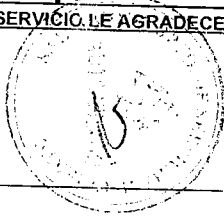
| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|----------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andrés Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |

| | | |
|-------------------|--|------------------------|
| IPS QUE SOLICITA | | USUARIO QUE TRANSCRIBE |
| Clínica Los Andes | | Rita Zenaida Toro Rios |
| ENTIDAD RECOBRO | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|----------------------|------------------------------|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR | | | |
| CAUSA EXTERNA | ENFERMEDAD GENERAL | DX. PRINCIPAL: IM541 | DX. SECUNDARIOS |
| ODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD |
| | BASTON CANADIENSE (UND) [UNIDAD] | 1 diagnostico | No Aplica |
| | | Observaciones | FECHA APROBACIÓN: 2011/08/13 |

| | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|--|
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | | TIPO DE PAGO A REALIZAR | |
| EPS (%) | USUARIO (%) | FORCENTAJE | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 | | |

PRESTADO EL SERVICIO, LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN



| | |
|--------------------------------|---|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Proveeduría Regional Nariño | |
| DIRECCIÓN | AUTOPISTA NORTE NUMERO 118-92 EN BOGOTÁ |
| TELÉFONO | 7227700 |

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

278



| | | | |
|-------------------------|------------------------|----------------|----------|
| FECHA DE CONSULTA: | DIA 24 | MES 07 | AÑO 2011 |
| NOMBRE: | AMAREJ E OSANDO OSANDO | | |
| C.C.: | 87070089 | No. SINIESTRO. | |
| E.P.S. | | EDAD: | 26 años |
| TELS: | | | |
| EMPRESA: | IMPULSO Y MERCADERO | | |
| CARGO: | BOQUEADOR | | |
| ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: | | | |
| FECHA A.T. | 19-OCT-2010 | | |

MOTIVO DE CONSULTA Salomacion Roca Caceres MID
DESCRIPCION MOTIVO DE CONSULTA _____

SUPRIMO CORTA DE 3 M ACTIVA APROXIMADAMENTE
CON TRAUMA EN HOMBRO DEJADO DEJADO.
DESDE ENTONCES DOLOR CRANEO (DORSAL) Y
EN MINIMA DEJADO.
SE DES-ARTICULACION FRACTURAS:

RMN COLUMNA DORSAL: PROTRUSION PARA
SACRUM 120-120A DEL DISCO + UNIVEL T6T7
Y EN T7-T8 APROXIMADO DISCO NO
SIGNOS DE COMPRESION MEDULA (06-DEC-2010)

RMN CERVICAL: SIGNOS DE DES-ARTICULACION
C3-C6 Y SIGNOS APROXIMADO DISCO
ACTIVO.

30-DEC-2010 SIGNOS DE MEMORIAS SIGNIFICATIVAS
INTERIORES: NEUROCOMUNICACION NORMAL.
SIGNOS NO SE OBSERVAN POTENCIAL ANOMALIA
ACTIVIDAD VOLUNTARIA DEJADO
VOLUNTARIA. 07/06/2011 ULTIMO NORMAL

SCOGRAFIA DEBIL Y VARS (KWARDIA) NOLUAT
(23/03/2011)

Seo sino mandando en D. acuraciones de
leson muscular debase por causa. Actualmente
debeo (arteno en MID) Gueda de base,

Examen físico.

Ansioso, calculatario.

Comasate, debase de base normal
pares canetes de base.
Pelo. 02 H.

Osteomielar: Ania) normal, Tono y
Tono no muscular de extramalar)
Normal. No (Petrofina) causa no (Petrofina)

Columna: Tono 02, Ania) de base
con base (Petrofina).

Neurologico: Por (Petrofina) no (Petrofina)
Por (Petrofina) (Petrofina) (Petrofina) 1/15.

Neuro: Ania) de base (Petrofina) de base
Causa de base (Petrofina) de base
Espectro de base (Petrofina) de base.

Base de base y (Petrofina) de base (Petrofina)
con MID.

ID. - Debase de base (Petrofina) de base (Petrofina)
Espectro de base (Petrofina) de base (Petrofina)
- Base (Petrofina) MID no (Petrofina) de base (Petrofina)

| | | | |
|-------------------------|---------------|----------------|--------|
| FECHA DE CONSULTA: | DIA 24 | MES 08 | AÑO 11 |
| NOMBRE: | ANDRÉS OSORIO | | |
| C.C.: | 87070084 | No. SINIESTRO. | |
| E.P.S. | SAUD COOP | EDAD: | 26 |
| TELS: | 3181014291 | | |
| EMPRESA: | CARRETERA | | |
| CARGO: | DORADO | | |
| ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: | 1A. | | |
| FECHA A.T. | 19-OCT/10 | | |

MOTIVO DE CONSULTA

DESCRIPCION MOTIVO DE CONSULTA

HACE 8 MESES DOLOR EN
 NUDO, TIPO ANDAR, INTENSIDAD 3/10.

DURACION LAJ 24 HS, INMEDIATO
 AL NUDO, SE INCREMENTA CON EL
 MOV. Y NADA LE CALMA EL DOLOR
 SE HAN REALIZADO MULTIPLES HOR
 MEDICOS SIN ALIVIO.

ANTECEDENTES: CAIDA DE 3 MTS DE
 ALTURA

E. NEUROLÓGICO: NORMAL.

E. FISIO. ADDOMEN PROMINENTE. 92 KG

→

AMÁS DE LOS TESTS, NORMALS,
NOCIONES NORMALES, TONO, TROFISMO,
PUNTA Y SENSIBILIDAD NORMAL.

Limitación voluntaria a los A.M.A.S. de los N.I.T.S. Resulto del examen médico normal.

RNM DE C. CERVICAL. NORMAL PARA LA EDD.

EDDD. RNM DE C. DONAL. NORMAL PARA LA
 EDDD. DE (H)

ΣΔΑΔ.
RNM ΔΕ C. LUMBAR. ΜΥΣΤΡΑ ΔΕΣ ΗΙΔΡΑ-
ΤΑΚΙΩΝ ΔΙΔΚΑΛ 4-5 6-7 ΔΕΣ ΔΕ
ΔΕΣ ΕΧΑΜΕΝ ΝΟΜΜΑΛ.

PS -

FDX. LUMUNGO INEP.

LUNES 20 DE ABRIL
MAGNIFICACION DEL CUADRO CLINICO.

COMO EXAMEN MEDICO Y NEUROLÓGICO
NORMAL. LA ANM DE C. CERVICO / DORSO /
LUMBAR, NO MUESTRAN HERNIAS
DISCALES, FXS O LISTERIS. NO
PATOLOGIA QX.

Jorge Humberto Parra Carzón
 Médico Neurocirujano
 RM-Méd. Salud 01-15354/88
 Tel. 680 77 42 / 687 77 46 Cali

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| FECHA DE CONSULTA: | DIA 24 MES 08 AÑO 11 |
| NOMBRE: | ANDRES OSANDO |
| C.C.: | 81010084 No. SINIESTRO. |
| E.P.S. | EDAD: |
| TELS: | |
| EMPRESA: | |
| CARGO: | |
| ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: | |
| FECHA A.T. | |

MOTIVO DE CONSULTA _____
 DESCRIPCION MOTIVO DE CONSULTA _____

POR NEUROLOG NO HAY TRATAMIENTO
 MEDICO NI QX. SE LE HAN
 REALIZADO LOS TRATAMIENTOS
 MEDICOS INDICADOS Y COHERENTES
 SIN ALIVIO. NO ES NECESARIO
 REALIZAR PRACIOLICOS (FARMACOS
 DX.) ALTA MEDICA X NEUROLOG Y
 RETORNO LABORAL CON RECO-
 MENDACIONES.

1. MANEJO DE PESO POR MEDICO
 (LABORA)

2. LIMITACION EN LOS MOV. /
 FLEXO-EXTENSION DE LA COLUMNA
 MIN. COLUMNA

3. NO SE DEBEN EXPEDIR MAS
INCAPACIDADES.

4. CONTINUAR EN 3 MESES.

Jorge Humberto Parra Garzón
Médico Neurocirujano
RM Min-Salud 01-15344/88
Tel: 660 77 42 / 667 77 46 Cali

| | | | |
|-------------------------|---------------|----------------|--------|
| FECHA DE CONSULTA: | DIA 24 | MES 08 | AÑO 11 |
| NOMBRE: | ANDRES OSANDO | | |
| C.C.: | 81010084 | No. SINIESTRO. | |
| E.P.S. | EDAD: | | |
| TELS: | | | |
| EMPRESA: | | | |
| CARGO: | | | |
| ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: | | | |
| FECHA A.T. | | | |

MOTIVO DE CONSULTA _____

DESCRIPCION MOTIVO DE CONSULTA _____

POR NEUROLOGIA NO HAY TRATAMIENTO
 MEDICO NI QUIR. SE LE HAN
 REALIZADO LOS TRATAMIENTOS
 MEDICOS INDICADOS Y COHERENTES
 SIN ALIVIO. NO ES NECESARIO
 REALIZAR PRONOSTICOS (FARMACOS
 DX.) ALTA MEDICA X NEUROLOGIA Y
 RETORNO LABORAL CON RECO-
 MENDACIONES.

1. MANEJO DE PESO POR MEDICO
LABORAL
2. LIMITACION EN LOS MOV. /
FLEXO-EXTENSION DE LA COLUMNA
LUMBOSACRAL

3. NO SE DEBEN EXPEDIR MAS
INCAPACIDADES.

4. CONTINUA EN 3 MESES.

Jorge Humberto Parra Garzón
Médico Neurocirujano
RM Min-Salud 01-15334/88
Tel: 660 77 42 / 667 77 46 Cali

AMAS DE LOS MUSCLOS, NORMALES,
MOVILIDADES NORMALES, TONO, TROFISMO,
FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL.

LIMITACION VOLUNTARIA A LOS AMAS DE
LOS MUSCLOS. RESULTO DEL EXAMEN MEDICO
NORMALES.

RNM DE C. CERVICAL. NORMAL PARA LA
EDAD.

RNM DE C. DORSAL. NORMAL PARA LA
EDAD.

RNM DE C. LUMBAR. MUESTRA DE HERNIA-
TACION DISCAL L4-L5 L5-S1. RESULTO
DEL EXAMEN NORMAL.

SI -

FX. LUMBAR FNEP.

MAGNIFICACION DEL CUADRO CLINICO.

COM. EXAMEN MEDICO Y NEUROLÓGICO
NORMAL. LA RNM DE C. CERVICAL/DORSAL/
LUMBAR, NO MUESTRAN HERNIAS
DISCALES, FXS O LISTERIS. NO
PATOLOGIA QX.

→
Jorge Humberto Parra Garzón
Medico Neurocirujano
R.M.M. No. 04-15354/88
Tel. 650 77 42 / 657 77 45 Cali

| | | | |
|-------------------------|---------------|----------------|--------|
| FECHA DE CONSULTA: | DIA 24 | MES 08 | AÑO 11 |
| NOMBRE: | ANDRÉS OSORIO | | |
| C.C.: | 87040089 | No. SINIESTRO: | |
| E.P.S. | SAUD COOP | EDAD: | 26 |
| TELS: | 3181014291 | | |
| EMPRESA: | CALLES | | |
| CARGO: | DORSEGA | | |
| ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: | 1A. | | |
| FECHA A.T. | 19-OCT/10 | | |

MOTIVO DE CONSULTA

DESCRIPCION MOTIVO DE CONSULTA

HACE 8 MESES DOLOR EN
 MTO, TIPO ANDAR, INTENSIDAD 3/10
 DURACION LAS 24 HS, INMEDIATO
 AL MTO, SE INCREMENTA CON EL
 MOV. Y NADA LE CALMA EL DOLOR
 SE HAN REALIZADO MULTIPLES HOR
 MEDICOS SIN ALIVIO.
 ANTERIORES: CAIDA DE 3 MTS DE
 ALTURA
 E. NEUROLOGICO: NORMAL.
 E. FISIO. ADDOMEN PROMINENTE. 92 KG

→

87070084
277



Programación de las citas

- ✚ valoración por Neuro cirugía Dr. parra
Miércoles 24 de agosto hora 10 :am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 → .
- ✚ valoración por FISIATRIA Dr. Saa
Miércoles 24 de agosto hora 10 :am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA)
- ✚ valoración por medicina laboral Dra. Edith
Miércoles 24 de agosto hora 2:00 pm en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA)
- ✚ valoración por grupo interdisciplinario
Jueves 25 de agosto 8:00am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA) .
- ✚ NOTA por favor informa al usuario debe estar en 'COLPATRIA ARP EL miércoles 24 de agosto a primera hora puesto que los médicos vendrán solo a realizar la consulta a colpatría , si no esta se reprograman nuevamente en otras fechas y el usuario perdería la venida
- ✚ el hospedaje se le cuadro con hogar santanita para la noche del miércoles 24 de agosto , por cita d calificación del jueves
- ✚ gracias
- ✚ solo son dos días martes noche (cena) y miércoles con alimentación el jueves la cita es 8:am y ese mismo día sale
- ✚ HOSPEDAJE SANTA ANITA AV 6 BN # 28-N-33 TEL 6804724
DIEGO SANCHEZ O ALEXANDRA



Rdo 778
6-12-11
Hora! 5:33 PM.
Luz Dary

San Juan de Pasto, Diciembre 6 de 2011

Señor:

ANDRES FELIPE OBANDO

Calle 18 No. 27-74 Segundo Piso B/Centro

Ciudad

Ref.: Cumplimiento fallo de tutela No. 2010-0084

En atención al incidente de desacato formulado ante el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Conocimiento, me permito informar que se encuentra programada su cita para FISIATRIA con el Doctor CARLOS BENAVIDES en la Carrera 33ª No. 20 -42 Av. Los Estudiantes para el día 7 de diciembre de 2011 a las 3:00 p.m.

Es necesario mencionar que la EPS ha dado cabal cumplimiento a la orden judicial impartida.

Anexo la respectiva autorización.

Atentamente,


LUZ DARY MUÑOZ ZARAZA
Gerente Regional
SaludCoop EPS – Nariño

San Juan de Pasto, Septiembre de dos mil once

Señores

IMPULSO Y MERCADEO

L. C.

Cordial Saludo

En vista de que el día 14 de septiembre vence el periodo de incapacidad trascrita por la ARP COLPATRIA, por medio de la presente, y en cumplimiento al tratamiento de recuperación y rehabilitación ordenado por el médico tratante, Doctor MARTIN MORENO GONZALEZ, le solicito comedidamente me sea asignado el turno de la mañana, puesto que en la jornada de la tarde estoy asistiendo a tratamiento de fisioterapia, en las cuales se están realizando actividades de estiramiento y de reeducación de la marcha.

Por la atención a la presente, de antemano agradecimiento.

Atentamente,

ANDRES FELIPE OBANDO

C.C. No. 87.070.084 de Pasto (N)

San Juan de Pasto, Septiembre de dos mil once

Señores
IMPULSO Y MERCADEO
L. C.

Ref.: Derecho de Petición

Cordial Saludo.

El suscrito, **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR**, identificado con Cédula de Ciudadanía Número 87.070.084 expedida en Pasto (N), por medio de la presente le solicito muy comedidamente que me sea suministrado copias de las tirillas de pago, y los comprobantes de consignación realizados en Bancolombia en la Cuenta No. 99763754851 de la cual soy su titular, para los periodos comprendidos entre octubre de 2.010 y septiembre de 2.011, esto con el fin de verificar si son correctos los giros por Ustedes realizados, en el periodo en el cual me encontraba cesante de mis funciones.

Por la atención a la presente, de antemano agradecimientos.

Atentamente,

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
C.C. No. 87.070.084 expedida en Pasto (N)

SEÑORES



891200528 HOSP DEPARTAMENTAL DE NARIÑO
Tel. 7214525
CALLE 22 # 7-93
PASTO

AUTORIZACION DE SERVICIOS

| | | |
|--|---|----------------------------|
| SINIESTRO: 20101017557 FECHA: 2010/10/19 | FECHA DE EXPEDICION 2011/08/25 - 9:59:21 | AUTORIZACION No. 377796 |
|--|---|----------------------------|

SIRVASE PRESTAR A NUESTRO USUARIO:

AFILIACION: 150419 CEDULA CIUDADANIA 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

INFORMACION DEL SERVICIO

MEDICO REMITENTE: 16733160 ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA

| CODIGO | SERVICIO |
|--------|---------------------|
| 31 | ESTUDIO DIAGNOSTICO |

| CODIGO | DIAGNOSTICO |
|--------|--|
| S335 | ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR |
| M511 | TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPA |

| CODIGO | PROCEDIMIENTO |
|--------|--|
| 930860 | ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) |

| OBSERVACIONES |
|---|
| SE AUTORIZA ÉMG CON YNC MIEMBRO INFERIOR DERC , DESCARTAR LESION NERVIO PERONEO DERC 7/ FVAOR ENVIAR INFORME VOBO DR SIMON |

AUTORIZADO POR

RECIBIDO POR

A.R.P.
COORDINACION DE SEGUROS
SUCURSAL CALI

GJMOLINA

SEÑORES



890324177 FUNDACION CLINICA VALLE DE LIL
Tel. 3317474
CRA 98 18-49
CALI

AUTORIZACION DE SERVICIOS

| | | |
|--|---|----------------------------|
| SINIESTRO: 20101017557 FECHA: 2010/10/19 | FECHA DE EXPEDICION 2011/08/25 - 8:58:37 | AUTORIZACION No. 377708 |
|--|---|----------------------------|

SIRVASE PRESTAR A NUESTRO USUARIO:

AFILIACION: 150419 CEDULA CIUDADANIA 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

INFORMACION DEL SERVICIO

MEDICO REMITENTE: 16733160 ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA

| CODIGO | SERVICIO |
|--------|-----------------------|
| 6 | CONSULTA ESPECIALISTA |

| CODIGO | DIAGNOSTICO |
|--------|--|
| S335 | ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR |
| M511 | TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPA |

| CODIGO | PROCEDIMIENTO |
|--------|--|
| 890301 | CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA |

| OBSERVACIONES |
|---|
| SE AUTORIZA MMPI -2 // FAVOR ENVIAR INFORME |

AUTORIZADO POR
COORDINACION DE USUARIOS
SUCURSAL CALI

GJMOLINA

RECIBIDO POR

Cita 12:00
Leng Tome 1 2pas0

PROFORMA PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO AT

CONSECUTIVO

1

IDENTIFICACION GENERAL DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL: Grandes Superficies de Colombia S.A NIT: 830025638-8 TELEFONO: 6579797
DIRECCION: Avenida 9 No125-30 MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

CENTRO DE TRABAJO

Dirección: A Pan en calle 11-12 Teléfono: 33 3666 ext 2412

INFORMACION DEL TRABAJADOR O (A) QUE SE ACCIDENTO

Nombres Y Apellidos: Andres Felipe Obando
cc 8100947 De PASTO Edad 25 Sexo M
CPS Solidario Fecha de Nacimiento 21 JUNIO 1985
Dirección: Man 16 casa 1 Pensamiento Teléfono 243381
Municipio PASTO Ocupación Habitual Aux. L.M.L.
Salario MINIMO Antigüedad en el cargo 15-10-2010
Antigüedad en la Empresa

INFORMACION SOBRE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Fecha Del A.T. 19/10/10 Horario Laboral: 13:30-22:00 Hora del A.T.: 16:55
Lugar donde se Accidentó Bodega Parte del Cuerpo Afectada lado izquierdo
Tipo de lesión Caída en Altura Con que se lesiona Caida
Testigos del A.T.: Harold David Villota c.c 13.092.792 PASTO

Descripción del Accidente Puntera Pie que cae de una altura de 1.50 a 2 mt. Afectado zona Dorsal Antero Posteriore. Afectado Apellido M. Sopen & Inferior.

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME

Nombre: Daniel Babin Cargo: Aux. SISC
Firma: Fecha de elaboración informe
No Reporte FURAF

PROFORMA PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO AT

CONSECUTIVO

IDENTIFICACION GENERAL DE LA EMPRESA

RACION SOCIAL: Grandes Superficies de Colombia S.A NIT: 830025638-8 TELEFONO: 6579797
DIRECCION: Avenida 9 No125-30 MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

CENTRO DE TRABAJO

Dirección: En Calle 11-12 Teléfono: 33 36 66

INFORMACION DEL TRABAJADOR O (A) QUE SE ACCIDENTO

Nombres Y Apellidos: Carlos Felipe Otazola
Edad: 25 Sexo: M
Fecha de Nacimiento: 21 JUNIO 1987
Teléfono: 2935000
Municipio: Pasto Ocupación Habitual: Asa L.M.L.
Antigüedad en el cargo: 15-10-2010
Asignación en la Empresa: Asa L.M.L.

INFORMACION SOBRE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE

Fecha Del A.T.: 17/11/10 Horario Laboral: 13:30 27:00 Hora del A.T.: 16:35
Lugar donde se Accidentó: Bodega Parte del Cuerpo Afectada: Extremidad Superior Derecha
Tipo de lesión: Corte Con que se lesionó: Cuchillo
Testigos del A.T.: Hector David Ochoa C.C. 13.072.792 Pasto

Descripción del Accidente: Puñeteo de mano que causó la lesión
en la mano derecha
con un cuchillo
que se encontraba en la bodega
al momento de estar trabajando

PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME

Nombre: Carlos Felipe Otazola Cargo: Asa L.M.L.
Fecha de elaboración informe: 17/11/10
La Reporte SUKA



Programación de las citas

COLPATRIA

- ✦ valoración por Neuro cirugía Dr. parra
Miércoles 24 de agosto hora 10 :am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 →
- ✦ valoración por FISIATRIA Dr. Saa
Miércoles 24 de agosto hora 10 :am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA)
- ✦ valoración por medicina laboral Dra. Edith
Miércoles 24 de agosto hora 2:00 pm en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA)
- ✦ valoración por grupo interdisciplinario
Jueves 25 de agosto 8:00am en 'COLPATRIA 'ARP ubicado en la calle 22n #5bn -94 (COLPATRIA) .
- ✦ NOTA por favor informa al usuario debe estar en 'COLPATRIA ARP EL miércoles 24 de agosto a primera hora puesto que los médicos vendrán solo a realizar la consulta a colpatría , si no esta se reprograman nuevamente en otras fechas y el usuario perdería la venida
- ✦ el hospedaje se le cuadro con hogar santanita para la noche del miércoles 24 de agosto , por cita d calificación del jueves
- ✦ gracias
- ✦ solo son dos días martes noche (cena) y miércoles con alimentación el jueves la cita es 8:am y ese mismo día sale
- ✦ HOSPEDAJE SANTA ANITA AV 6 BN # 28-N-33 TEL 6804724
DIEGO SANCHEZ O ALEXANDRA

320241

3204881200

280



Dario Gallardo
<impasto@hotmail.com>

20/09/2011 11:23

Para <geovanny_romero@carrefour.com>

cc

cco

Asunto FW: Relacion Pagos Obando

1 anexo/



PAGOS OBANDO JUNIO-SEPT-2011x.pdf

From: jfernandez@iml.com.co
To: impasto@hotmail.com
Subject: Relacion Pagos Obando
Date: Tue, 20 Sep 2011 15:29:12 +0000

Buen día

Señores, les adjunto la relacion de los pagos efectuados al sr Obando (Junio - Septiembre), el faltante en la 2 quincena de Agosto se lo consignaran en la 2 quincena de Septiembre.

Por favor esto al sr Obando.

Gracias.

Cordialmente

José Luís Fernández R.
Ejecutivo P.V.
Impulso & Mercadeo S.A.
321 - 241 4483

El contenido de este documento y/o sus anexos es de carácter confidencial y para uso exclusivo de la persona natural o jurídica, a la que se encuentra dirigido. Si usted no es su destinatario intencional, por favor, reenvíenoslo de inmediato y elimine el documento y sus anexos. Cualquier retención, copia, reproducción, difusión, distribución y, en general, cualquier uso indebido, es prohibido y penalizado por la Ley. La Organización manifiesta que los anexos han sido revisados y estima que se encuentran sin virus. Pero, quien los reciba, se hace responsable de las pérdidas o daños que su uso pueda causar.

The contents of this document and/or its attachments are confidential and for the exclusive use of the individual or organization to which they are addressed. If you are not the intended recipient, please return it to us immediately and delete the document and its attachments. Any retention, copying, reproduction, dissemination, distribution, and in general any misuse of this information is prohibited and punishable by law. The Organization has taken reasonable precautions to make the contents of this email and all attachments virus free; nevertheless, as a recipient of this message you are responsible for the losses or damages the use of these materials may cause.

Sábado 24-09-10 Recibo turno de celaduría a/ señor /ino Chapala en /a primaria preescolar y grados octavos se pasa Revista todo normal.
 Día Domingo 24- entrega turno de celaduría a/ señor /ilgue/ Arcos con todos los implementos de dotación celular cargador interna llaves y sin presentarse novedad. en el turno de la noche

30 Sep-26-10- Recibi Turno AL-SR-Franco Erazo sin Novedad.

30 Entrega Turno AL-SR-Jorge Caballeros. le entrego de entrega en los grados sues básica primaria y PRE-Escolar Entrega celular, cargador, linterna y llaves y demás. Entrega en orden sin Ninguna Novedad en el día. AT- Miguel Arcos

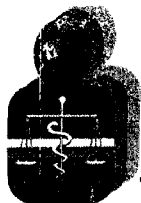
26-de sep-10-6-30 pm. Recibi turno al sr Miguel Arcos revise encuesta normal en esta noche no hay novedad. Entrega turno en preescolar primaria y octavos e implementos de dotación. todo en orden. de igual manera en la parte de arriba recibe al sr Franco Erazo
 27- de septiembre 10- 6-30 am. ✓

30 Sep-27-10- Recibi Turno AL-SR-Franco Erazo sin Novedad.

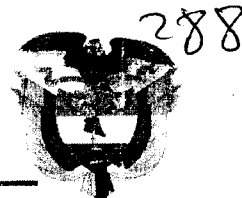
30 Sep-28- Entrega Turno AL-SR-Jorge Caballeros. ch. Entrega en los grados sues, básica primaria - PRE-Escolar en orden sin Ninguna Novedad en la Noche. Entrega celular, linterna, cargador, llaves y demás en orden. El grupo de Danzas que ensayo con el jefe-jovany zúñiga Astó las 9:15 de la Noche. El sr Luis E. Rodríguez Tabajo en la Carpintería Astó las 9:30 de la Noche. Todo sin Novedad. AT- Miguel Arcos.

28-de Sep 10-6-30 am. Recibi turno al sr Miguel Arcos en porteria de las americanas. y en el mismo lugar entrego turno en orden al sr Franco Erazo 6-30 pm.

09/10 Antes 28-09-10 Recibo turno de celaduría a/ señor Jorge Caballeros en la primaria preescolar octavos y bachillerato se pasa Revista todo normal
 6:30 P.M. entra prote' Geovany suñiga en sayo Danzas y salen 10: P.M.
 09/10 día Viernes 29- entrega turno de celaduría a/ señor /ilgue/ Arcos con todos los implementos de dotación celular cargador interna llaves y sin presentarse novedad. en el turno de la noche
 El señor Luis Eduardo Sale del bachillerato 9:40 P.M.



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1



Santiago de Cali, 26 de diciembre de 2011

OFICIO No. NT-11-2788.

Señor

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

CALLE 18 NO. 27- 74

TELEFONO 3185014291-7363589

CALI

La Suscrita Secretaria Principal de la Sala Uno de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca **Maria Cristina Tabares Oliveros**, en virtud de designación efectuada por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución No 00004726 de 2011 del 12 de octubre de 2011, me permito hacer la **NOTIFICACION** y entrega correspondiente al dictamen de la Pérdida de Capacidad laboral.

A partir del vencimiento del término de fijación en la secretaria de la Junta tiene 10 días hábiles para interponer Recursos de Reposición y/o Apelación

Atentamente


Maria Cristina Tabares Oliveros
Secretaria Técnica Sala Uno.

Noemí

TRAMITE PARA EL PAGO DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL ANTE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS COLPATRIA

Para nosotros es un privilegio contar con clientes que como su organización, confían el bienestar de sus funcionarios a la ARP Colpatria. Por este motivo, queremos continuar facilitando la productividad de su empresa, por lo cual a continuación encontrara el tramite de pago para la indemnización por perdida de capacidad laboral.

Si la perdida de capacidad laboral del trabajador está entre 5 y 49.9% tendrá derecho a una indemnización por incapacidad permanente parcial (Decreto 2644/1994)

Para tramitar el pago de la indemnización de la incapacidad permanente parcial con la calificación dada por el grupo interdisciplinario de la ARP COLPATRIA, se deben remitir los siguientes documentos:

1. Notificación de calificación firmada por parte del trabajador
2. Carta de aceptación firmada por parte del trabajador aceptando el porcentaje correspondiente a su perdida de capacidad laboral.
3. Fotocopia de cédula del trabajador.
4. En el caso que dicha incapacidad sea causada por una enfermedad profesional adquirida con fecha anterior al inicio de la vigencia con ARP COLPATRIA, se debe informar a la ARP anterior a la que se encontraba afiliado el trabajador, mediante una comunicación radicada en las oficinas de ARP COLPATRIA y solicitar por parte de esta administradora un certificado de no pago por perdida de capacidad laboral de la enfermedad profesional calificada por nuestro grupo interdisciplinario de calificación.
5. Adicionalmente, la certificación de los últimos 12 salarios antes de la fecha de la estructuración de la enfermedad de la ARP anterior o EPS, para proceder al tramite de pago.

ARP COLPATRIA pagará la indemnización dentro de los 60 días calendario siguientes a su aceptación de la calificación por escrito, en la recepción del dictamen en firme de la Junta de Calificación (artículo 1 Ley 776 de 2002).

Cabe anotar que para el pago de la indemnización por enfermedad profesional que no tienen cobertura con nuestra Administradora de Riesgos Colpatria, se efectuara el pago en 60 días calendario posterior al ultimo documento recibido.

ARP Colpatria de esta forma espera continuar brindándole un excelente servicio. Cualquier información adicional comuníquese con nosotros a nuestras oficinas a nivel nacional:

Cali, Calle 22 Norte No. 5BN- 102 TEL: 488 1919

Cordialmente,

ARP COLPATRIA

290

NUMERO DE GUIA 000011615077

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------|--------------------|----------------|------------------|
| OFICINA | ESTACION BUCHELI | ATENDIDO POR | ANDRADE ADRIANA | FECHA Y HORA | 27/01/2012 11:10 |
| REMITENTE: NOMBRE O RAZON SOCIAL | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | | | IDENTIFICACION | 87070084 |
| DIRECCION | MZ 25 CASA # 1 LA MINGA | | | TELEFONO | 7305344 |
| ORIGEN | PASTO | DEPTO./ESTADO | NARIÑO | PAIS | COLOMBIA |
| DESTINATARIO: NOMBRE O RAZON SOCIAL | JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION.....MARIA CRISTINA TOBARES | | | | |
| DIRECCION | CL 5E # 42A-05 BRR TEQUENDAMA | | | TELEFONO | 5536036 |
| DESTINO | CALI | DEPTO./ESTADO | CO-VALLE DEL CAUCA | PAIS | COLOMBIA |
| DICE CONTENER | DOCUMENTOS | CODIGO POSTAL | | PRODUCTO | NACIONAL |
| CONDICIONES ESPECIALES DE MANEJO | Bolsa: 44968634 | | | | |
| PESO VOLUMETRICO | PESO(REAL KG): | 0.03Kgr. | PESO COB: | 0.03Kgr. | # DE PIEZAS 1 |
| FORMA DE PAGO | EFFECTIVO | | | | |
| VALOR ASEGURADO | \$50000.00 | CARGO POR MANEJO | 500 | | |
| COPIA REMITENTE | | VALOR DEL SERVICIO | \$7000.00 | | |
| | | DESCUENTO | 0 | | |
| | | TOTAL | \$7500.00 | | |
| DIA PROBABLE DE ENTREGA | | | | | |
| 31 Ene 2012 11:11:00 | | | | | |

San Juan de Pasto, enero 26 de 2012.

Doctora.

MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS.

Junta de Calificación de Invalidez del Valle

Cali.

Ref: Recurso de reposición y subsidiario de apelación contra el dictamen 79811211 del 26 de diciembre 2011.

Por medio del presente solicito muy respetuosamente se ponga en consideración este recurso ante la Junta de Invalidez del Valle que Uds. dignamente presiden, con base a los siguientes términos en mi alegato.

En mi anterior dictamen no fui por la Junta Regional de Invalidez del Valle, por motivos a que fui citado sin previo aviso y la ARP no me proporciono los medios de transporte, siendo determinado mi porcentaje por la historia clínica, dándome unos valores no acordes con el daño de mi columna debido a trauma sufrido en accidente de trabajo.

MI DEFICIENCIA 1.- fue calificada mal de acuerdo a la legislación pertinente al código de invalidez, por mi trastorno lumbar con un 2.50% Tabla 1.16 correspondiente a los síndromes dolorosos de columna, calificándome con el valor de la fila 15 la cual reza "lumbalgia postraumática con moderadas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas", lo cual no es cierto es todo lo contrario, ya que mis resultados de exámenes (R.M) que adjunto demuestran que tengo una protrucción discal central con ligera asimetría derecha que posiblemente es la causante del dolor y paresia en este lado, produciéndome además pérdida de la fuerza muscular de este mismo lado, dándome un valor bajo, olvidándose calificar con la columna 18 de esta misma tabla con un valor de 5%,

2.- Además debería calificarse mi disconfor y pérdida de fuerza; además no se valoro mis ángulos de movilidad alterados de mi columna dorso lumbar, movimientos alterados en 50% en cada uno de ellos, correspondiéndome un 8,50%.

3.- Ángulos de movilidad de pierna derecha con pérdida de un cincuenta por ciento de cada movimiento: 5.50%

Total deficiencia: 12.74%

PARA UNA DEFICIENCIA TOTAL DE 10.57%.

MI DISCAPACIDAD: siendo esta consecuencia de las secuelas anteriores, no es posible que se deje de calificar justamente con los valores acordes al daño sufrido, en especial en lo correspondiente a locomoción y disposición de mi cuerpo, con valor total de 4.50%

MI MINUSVALIA:

Con referencia a la calificación de mi minusvalía se olvidaron de calificar los siguientes Categorías así.

2.- Minusvalía de Independencia física: Independencia física con ayuda, no hay que olvidar que para facilitar mi desplazamiento necesito de un bastón canadiense para no perder estabilidad y evitar caermme: 0.5%

4.- Minusvalía ocupacional:

Cambio de ocupación: Me encuentro en un estado en que no puedo realizar mi labor habitual u ocupación con tareas similares, estando reubicado en el momento: 7.50% .

TOTAL 8.00%

PETICION: Deseo que se estudie de una manera más cuidadosa y se me asigne los valores que merecen mi daño corporal, teniendo en cuenta mi rol ocupacional como obrero en bodega de Carrefour Pasto, ya que no me puedo desempeñando en mi trabajo habitual anterior, incrementándose el dolor por sobreesfuerzo, y me encuentro estigmatizado por ser rechazado para muchos trabajos de mi perfil ocupacional, no es por demás contarles que continuó en tratamiento por, neurocirugía, fisiatría y clínica del dolor, urología por vejiga neurogénica.

Gran total merecido: 25.24% por daños de columna lumbar, paresia de pierna derecha y disminución de movimientos de tronco.

El presente recurso lo realizo de acuerdo al manual de procedimientos para las Juntas de Invalidez y el Decreto 2463 del 2001 y el Decreto 917 de 1999 del Ministerio de Protección Social.

Atentamente,

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

CEDULA 87.070.084 de Pasto.

DIRECCION: manzana 25 Casa N°1 Barrio Minga. Pasto.

TEL: 7305344- 3185014291

293

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367

Oficio AT No. 1342
San Juan de Pasto, 18 de julio de 2.011

SEÑOR:
BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR
Manzana 23 Casa 21 B/ La Esmeralda
Teléfono 3155569969
PASTO

Ref: Notificación Tutela 2011-00084-00.
Accionante: Andrés Felipe Obando Belalcázar

Cordial saludo.

Me permito notificarle que el día 14 de julio de los cursantes se profirió sentencia dentro de la tutela referenciada, para lo cual se transcribe la parte resolutive:

"Pasto, catorce (14) de julio de dos mil once (2011)... el JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, NARIÑO, CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la constitución y la ley, **RESUELVE.-**

PRIMERO.- TUTELAR los derechos fundamentales al a vida digna, salud y seguridad social del señor **ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR**.

SEGUNDO.- En consecuencia, **ORDENAR** que la Sociedad **IMPULSO Y MERCADEO** como empleador, que en forma coordinada con la **E. P. S. SALUDCOOP**, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente proveído realicen las gestiones necesarias para que se surta la valoración en primera instancia del trabajador en cuanto a su patología y de acuerdo a ello, dicha actuación se remita para valoración en segunda instancia ante la **ARP COLPATRIA**, ya que no existe constancia de haberse realizado.

Surtido lo anterior el trabajador contará con los trámites legales, administrativos, recursos y finalmente la vía ordinaria, para hacer valer sus derechos prestacionales y legales,

TERCERO.- Sin lugar a disponer el trámite y reconocimiento de la pensión de vejez, con fundamento en lo arriba argumentado.

CUARTO.- El Juzgado se abstiene de ordenar la exoneración o pago de copagos en la forma solicitada por el accionante.

QUINTO.- hasta tanto se defina el conflicto aquí suscitado entre la EPS y la ARP, el señor ANDRES FELIPE OBANDO BELANCAZAR, deberá seguir siendo atendido en su salud, como viene sucediendo, pero sin dilaciones y demoras en cuanto a su patología de columna por la E. P. S. SALUDCOOP, a quien se le requiere para que la atención por FISIATRIA, sea de manera oportuna como se dispuso en la medida provisional.

SEXTO.- Comuníquese a las partes de la presente decisión

SEPTIMO.- QUINTO. Contra esta providencia procede el recurso de impugnación en el término de tres (3) días siguientes a su notificación

OCTAVO.- Si esta sentencia no fuera recurrida a su ejecutoria remítase a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión...NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE (fdo.) NOHORA UNIGARRO FIGUEROA – JUEZA.

Atentamente,


OSCAR DELGADO CALDERÓN
OFICIAL MAYOR

**JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367**

Oficio AT No. 1280
San Juan de Pasto, 6 de julio de 2.011

**SEÑOR:
BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR
Manzana 23 Casa 21 B/ La Esmeralda
Teléfono 3155569969
PASTO**

Ref: Notificación Tutela 2011-00084-00.
Accionante: Andrés Felipe Obando Belalcázar

Cordial saludo.

Me permito notificarle que el día 5 de julio de los cursantes se profirió auto dentro de la tutela referenciada, para lo cual se transcribe la parte resolutive:

"Pasto, cinco (5) de julio de dos mil once (2.011)... el JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, NARIÑO, CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la constitución y la ley, **RESUELVE.-**

1.- ADMITIR la acción de tutela instaurada por el señor BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR, agente oficioso del señor ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR, contra SALUDCOOP EPS, COLPATRIA ARP y CARREFOUR PASTO.

2.- NOTIFICAR de la anterior decisión por el medio más expedito posible al agente oficioso, accionante y a los Representantes Legales de SALUDCOOP EPS, COLPATRIA ARP y CARREFOUR PASTO, a quienes se les correrá traslado de la demanda de tutela.

3.- OFICIESE a los señores Representantes Legales de SALUDCOOP EPS, COLPATRIA ARP y CARREFOUR PASTO para que bajo los presupuestos de los artículos 19 y 20 del Decreto 2591 de 1.991, se sirvan allegar las explicaciones y toda la documentación pertinente al caso planteado por el accionante. Adviértaseles que al encontrarse amparado por el derecho de defensa pueden allegar la información que tengan en su poder o solicitar al despacho las pruebas que estimen convenientes; que sus informes se entienden bajo la gravedad de juramento y, que la omisión de rendirlos hará presumir como ciertos los hechos alegados por el actor.

Además de lo anterior, se sirvan contestar cada uno de los puntos en que el accionante fundamenta sus pretensiones, y la medida provisional.

Para lo anterior se les concede un plazo improrrogable de DOS (2) DÍAS siguientes contados a partir del recibo de la comunicación.

4.- En vista que el agente oficioso del accionante mediante la figura de la medida provisional, solicitó autorización de cita médica para atención en fisioterapia el juzgado dispone:

DECRETAR LA MEDIDA PROVISIONAL en el sentido de oficiar a SALUDCOOP EPS, para que de ser posible agilice y priorice cita con médico fisiatra lo más pronto posible, que si bien ya fue autorizada, la fecha en que fue suministrada es muy prolongada para los requerimientos del paciente, dado que por su grave estado de salud, aunado a que sufre de intensos dolores requiere un pronto diagnóstico para establecer el procedimiento médico a seguir.

5.- Oficiese al Dr. **SEGUNDO SIGIFREDO SUÁREZ**, médico del trabajo y laboral, para que se sirva rendir concepto médico dentro de las **DOCE (12) HORAS SIGUIENTES IMPROPRORROGABLES**, contadas a partir del recibido de la comunicación, conforme a los siguientes interrogantes:

- a).- Por cuenta de qué entidad o carné ha atendido a la señora **ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR**.
- b).- Descripción de las enfermedades que sufre, así como los procedimientos, exámenes o medicamentos prescritos.
- c).- Establecer si la enfermedad que padece la paciente es de carácter transitoria y que permite una pronta recuperación, o por el contrario, lo va a dejar incapacitado por un término indefinido.
- d).- Determinar cuales fueron sus fundamentos para considerar que las patologías sufridas por el señor **OBANDO BELALCÁZAR**, son de origen laboral como enfermedad profesional.
- e).- Informe si remitió al paciente para atención en fisioterapia?, y en caso afirmativo indique sin en la ciudad de pasto se cuenta con los equipos técnicos y el personal especializado adecuado para tratar una enfermedad de la columna.

6.- Oficiese al Dr. **CARLOS BENAVIDES DULCE**, médico fisiatra, para que se sirva rendir concepto médico dentro de las **DOCE (12) HORAS SIGUIENTES IMPROPRORROGABLES**, contadas a partir del recibido de la comunicación, conforme a los siguientes interrogantes:

- a).- Por cuenta de qué entidad o carné ha atendido a la señora **ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR**.
- b).- Descripción de las enfermedades que sufre, así como los procedimientos, exámenes o medicamentos prescritos.
- c).- Certifique si prescribió a favor del paciente una muleta de codo con amortiguación en el antebrazo, y que consecuencias tendría su salud la falta del mismo.
- d).- Informe si formuló sesiones de fisioterapia para el paciente?, en caso afirmativo determine la urgencia de su prestación?, y si en esta ciudad se cuenta con los elementos tecnológicos para tratar un padecimiento de columna?
- e).- Informe si remitió al paciente para atención en fisioterapia?, y en caso afirmativo indique sin en la ciudad de pasto se cuenta con los equipos técnicos y el personal especializado adecuado para tratar una enfermedad de la columna.

7.- **DECRÉTASE** la recepción del testimonio del agente oficioso del accionante, señor **BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR**, de manera inmediata.

8.- **TÉNGASE** como medios de prueba los documentos allegados por el actor con su escrito de demanda de tutela.. **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.** (fdo) **NOHORA UNIGARRO FIGUEROA. JUEZ.**


OSCAR DELGADO CALDERÓN.
OFICIAL MAYOR.

Fisiatria

HCI anotada Plu con Seuelas Trauma al caer
3 mts 1905/10, En manejo previo por
Neuromiela, Neurologia, Fisiatria, Urologia
Tlo formz colopro, T. Fisica 303. Actuel
en Inapacidad por medicinas Laboral
+ de 300 dias.

Refiere dificultad para caminar, dolor
espalda, vello

EF: Obeso 110 Kg, 172 mt

Trast. de marcha con leve paresia mild
hyperreflexia, Clonus quindones
Retraumi 19 misicidias

Examen Adjunto IRM Mielopatia T6 T7
T7 T8 Protuber - L5 S1 L4 L5 Protuber
L5 L4 L5 - leve de biotatam

Hx: Seuelas Trauma Columna
Seuelas mielopatic

Obesidad visible

Explicacion Resistencia vom. Nutricion
Control Medicinas Local Boston Dorset
City Integ 2 mts.

DR. MARTIN MORENO G.
PSIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.
19 05/01

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367

Oficio AT No. 1342
San Juan de Pasto, 18 de julio de 2.011

SEÑOR:
BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR
Manzana 23 Casa 21 B/ La Esmeralda
Teléfono 3155569969
PASTO

Ref: Notificación Tutela 2011-00084-00.
Accionante: Andrés Felipe Obando Belalcázar

Cordial saludo.

Me permito notificarle que el día 14 de julio de los cursantes se profirió sentencia dentro de la tutela referenciada, para lo cual se transcribe la parte resolutive:

"Pasto, catorce (14) de julio de dos mil once (2011)... el JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, NARIÑO, CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la constitución y la ley, **RESUELVE.-**

PRIMERO.- TUTELAR los derechos fundamentales al a vida digna, salud y seguridad social del señor **ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR**.

SEGUNDO.- En consecuencia, **ORDENAR** que la Sociedad **IMPULSO Y MERCADEO** como empleador, que en forma coordinada con la **E. P. S. SALUDCOOP**, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente proveído realicen las gestiones necesarias para que se surta la valoración en primera instancia del trabajador en cuanto a su patología y de acuerdo a ello, dicha actuación se remita para valoración en segunda instancia ante la **ARP COLPATRIA**, ya que no existe constancia de haberse realizado.

Surtido lo anterior el trabajador contará con los trámites legales, administrativos, recursos y finalmente la vía ordinaria, para hacer valer sus derechos prestacionales y legales,

TERCERO.- Sin lugar a disponer el trámite y reconocimiento de la pensión de vejez, con fundamento en lo arriba argumentado.

CUARTO.- El Juzgado se abstiene de ordenar la exoneración o pago de copagos en la forma solicitada por el accionante.

299

QUINTO.- hasta tanto se defina el conflicto aquí suscitado entre la EPS y la ARP, el señor ANDRES FELIPE OBANDO BELANCAZAR, deberá seguir siendo atendido en su salud, como viene sucediendo, pero sin dilaciones y demoras en cuanto a su patología de columna por la E. P. S. SALUDCOOP, a quien se le requiere para que la atención por FISIATRIA, sea de manera oportuna como se dispuso en la medida provisional.

SEXTO.- Comuníquese a las partes de la presente decisión

SEPTIMO.- QUINTO. Contra esta providencia procede el recurso de impugnación en el término de tres (3) días siguientes a su notificación

OCTAVO.- Si esta sentencia no fuera recurrida a su ejecutoria remítase a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión...NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE (fdo.) NOHORA UNIGARRO FIGUEROA - JUEZA.

Atentamente,


OSCAR DELGADO CALDERÓN
OFICIAL MAYOR

Fisiatría

HCI anotada Plu con Seúelos Trauma 21 Oct
3 mts 19 Oct/10, En manejo previo por
Neuromiá. Neurológica, Fisiatría, Urología
Tlo formz colópio, T. Física 303. Actriz
en Inmapanidad por trócolina Laboral
+ de 300 días.

Refiere dificultad para caminar, dolor
trápala, vello

EF: Obeso 110 Kg, 172 mt

Trost. de marcha con leve presión MID
hiperreflexia, Clonus genitales
Retraimiento isquiotibiales

Examen Adynte IRM Hípocálica T6 T7
T8 T9 Protusión - L5 S1 L4 L5 Protusión
L3 L4 L5 - leve de hípocálica

Hx: Seúelos Trauma Columna
Seúelos micropoté

Obesidad metabólica

Explicación Resistencia VDM. Nutrición
Control Medicina Local Boston Area
Cita Introl 2 mts.

DR. MARTA MORENO G.
FISIATRA
HOSPITAL NEUROLOGIA
19/08/10

301



Aerovías del Continente Americano S.A. Avianca NIT: 890.100.577-6
Habilitación del Servicio Postal de Mensajería Expressa del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Res No. 001789 del 7 de septiembre de 2010. Licencia de Transporte Terrestre No. 0075 de 15 de agosto de 2004 del Ministerio de Transportes. Permiso de Operación Aeronáutica Civil de Colombia. Avenida Calle 26 # 59-15 Piso 8 Bogotá D.C.



NUMERO DE GUIA 000011864238

OFICINA ESTACION BUCHELI
REMITENTE: NOMBRE O RAZON SOCIAL ANDRES FELIPE BELALCAZAR
DIRECCION MZ 25 CASA # 1 LA MINGA
ORIGEN PASTO
DESTINATARIO: NOMBRE O RAZON SOCIAL JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA... MARIA CRISTINA TABARES
DIRECCION CL 5E # 42A-05 B/ TEQUENDAMA
DESTINO CALI
DICE CONTENER DOCUMENTOS
CONDICIONES ESPECIALES DE MANEJO
PESO VOLUMETRICO
FORMA DE PAGO EFECTIVO
VALOR ASEGURADO \$50000.00
COPIA REMITENTE
ATENDIDO POR ZARAMA CARVAJAL PAULA JANET ECHA Y HORA 27/02/2012 14:13
IDENTIFICACION 3185014291
TELEFONO 3185014291
PAIS COLOMBIA
TELEFONO 5531020
PAIS COLOMBIA
PRODUCTO NACIONAL
DE PIEZAS 1
Bolsa: 44971802
PESO (REAL KG): 0.15Kgr. PESO COB: 0.15Kgr.
CARGO POR MANEJO 500
VALOR DEL SERVICIO \$7000.00
DESCUENTO 0
TOTAL \$7500.00

DIA PROBABLE DE ENTREGA
01 Mar 2012 20:00:00

Los términos y condiciones del Contrato de Mensajería o del Contrato de Transporte de Carga pueden ser consultados en el punto de venta o en la página web www.deprisa.com. Una copia de los mismos puede ser solicitada en el punto de venta Para solicitar peticiones, quejas o reclamos ó conocer información de su envío, contactenos a través de la pag web www.deprisa.com, la línea de atención de Servicio al Cliente Desde Bogotá al 423 7000 Y Resto del País 01 8000 519 393 o al correo electrónico servicioalcliente@deprisa.com.

ACEPTACIÓN CLIENTE

remiteinte confirma el conocimiento de los términos y condiciones del contrato de mensajería expresa o del contrato de transporte de carga. De acuerdo al servicio contratado, con su firma o la firma de quien actúa en su nombre.

Aerovías del Continente Americano S.A. AVIANCA



FACTURA DE VENTA

No. DEP 4134580

| NOMBRE O RAZON SOCIAL Andres Felipe Obando | | CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN Bogotá 27-2-12 | |
|--|----------|---|-------------|
| C.C./NIT | | TELÉFONO | |
| DIRECCIÓN | | | |
| CONCEPTO | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
| DEPRISA NACIONAL | 1 | \$ 7500 | \$ 7500 |
| DEPRISA INTERNACIONAL | | \$ | \$ |
| DEPRISA HOY / 12 M | | \$ | \$ |
| INTERNACIONAL MAIL / PRODUCTOS DE CORREO | | \$ | \$ |
| DEPRISA INTERMEDIO NAL / URBANO | | \$ | \$ |
| DEPRISA 9 AM | | \$ | \$ |
| DEPRISA REGIONAL | | \$ | \$ |
| DEPRISA AEROPUERTO | | \$ | \$ |
| CARGO POR MANEJO | | \$ | \$ |
| TOTAL | | \$ | 7500 |
| EN CONSTANCIA DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE TRANSPORTE Y ACEPTACIÓN DE LA FACTURA. FIRMA: Andres Felipe Obando CLIENTE | | | |

Grandes Contribuyentes Res. 7029 de Nov./22/96, Autorretenedores en el Servicio de Transporte Aéreo Nacional Dr. 399/87 - Art. 2 y por Rendimientos Financieros Res. 1460 de Mar/19/97, Responsables de IVA Agentes de Retención de IVA. Actividad de ICA 6211.

— ORIGINAL: CLIENTE —

290837

OFIXPRES SAS NIT: 900.156.828-1

RESOLUCIÓN No. 2000130646 FECHA: 2011/07/21 AUTORIZA: DESDE EL No. DEP-400001 HASTA EL No. DEP-500000

San Juan de Pasto, enero 18 de 2012.

Doctora.
MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS.
Junta de Calificación de Invalidez del Valle
Cali.

Ref. DERECHO DE PETICION POR ESPLICACIONES DE POR TENER DERECHO A MI
RECURSO DE REPOSICION POR EL DICTAMNE CON ACTA 56-2011 DEL 26 DE
DICIEMBRE DE 2011.

Por medio del presente solicito muy respetuosamente se ponga en consideración este derecho de petición ante la Junta de Invalidez del Valle que Ud. dignamente presiden, con base a los siguientes términos en mi petición.

En mi anterior dictamen no fui por la Junta Regional de Invalidez del Valle, por motivos a que fui citado sin previo aviso y la ARP no me proporciono los medios de transporte, siendo determinado mi porcentaje por la historia clínica, dándome unos valores no acordes con el daño de mi columna debido a trauma sufrido en accidente de trabajo.

Recibí su comunicación por correo el día 14 de enero del 2012 (sábado) como consta en el recibo de DEPRISA AVIANCA, por lo cual los diez días hábiles empiezan a correr desde el lunes 16 de enero hasta el día 27 de enero (viernes), día que puse mi correo en la empresa de envíos DEPRISA, por lo cual no está fuera del tiempo reglamentario de recurso.

Lo anterior ha sido considerado siempre así en las antiguas Juntas de Invalides, TENIENDO EN CUENTA EL DIA QUE SE REALIZO EL CORREO Y LA DISTANCIA, en especial la de Nariño donde sus miembros han considerado como fecha oportuna la de envió y no la de recibido en la recepción de la Junta Regional de invalidez.

PETICION

Por lo anterior solicito que se tenga en cuenta lo presente y me sea otorgado el derecho a mi recurso de reposición de acuerdo a la normatividad vigente en el decreto 2463 del 2001.

Atentamente,

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
CEDULA 87.070.084 de Pasto.
DIRECCION: manzana 25 Casa N°1 Barrio Minga. Pasto.
TEL: 7305344- 3185014291



JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
PALACIO DE JUSTICIA

- 6 DIC 2011

TELEGRAMA No. 841

SEÑOR
ANDRES FELIPE OBANDO
CALLE 18 NO. 27-74 SEGUNDO PISO
PASTO

ME PERMITO COMUNICAR A USTED, QUE MEDIANTE AUTO DE FECHA 1 DE DICIEMBRE DEL 2011, DENTRO DE LA ACCION DE TUTTELA NO. 2011-836 .EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE PASTO SE RESUELVE NEGAR LA TUTELA INTERPUESTA POR EL SEÑOR ANDRES FELIPE OBANDO, POR CUANTO SE ENCUENTRA SUPERADO EL HECHO QUE DIO ORIGEN A LA SOLICITUD DE AMPARO.

HUBER MONTERO MOLINA
SECRETARIO
PALACIO DE JUSTICIA OFICINA 112

303



JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL
PALACIO DE JUSTICIA

- 6 DIC 2011

TELEGRAMA No. 842

SEÑOR
ANDRES FELIPE OBANDO
CALLE 18 NO. 27-74 SEGUNDO PISO
PASTO

ME PERMITO COMUNICAR A USTED, QUE MEDIANTE AUTO DE FECHA 1 DE DICIEMBRE DEL 2011, DENTRO DE LA ACCION DE TUTTELA NO. 2011-836 EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE PASTO SE RESUELVE NEGAR LA TUTELA INTERPUESTA POR EL SEÑOR ANDRES FELIPE OBANDO, POR CUANTO SE ENCUENTRA SUPERADO EL HECHO QUE DIO ORIGEN A LA SOLICITUD DE AMPARO.

HUBER MONTERO MOLINA
SECRETARIO
PALACIO DE JUSTICIA OFICINA 112

304



MC MENSAJERIA CONFIDENCIAL S.A.
NIT. 800.162.003-9
CRA. 41 No. 8-50
P.B.X.: 489 8989
CALI - COLOMBIA

SUCURSALES

• IBAGUE: (982) 2770139 • BOGOTÁ: 742 4127
• PASTO: (927) 7290033 • BUCARAMANGA: 6452247
• PEREIRA: (96) 3250412 • MANIZALES: 8871419
• POPAYAN: (928) 8244809 • PALMIRA: (92) 2815565
• CUCUTA: (975) 5724702 • NEIVA: (98) 8751066
• BUENAVENTURA: 2423717 • TULUA: 2253464

GUIA No.



305 206

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| REMITENTE | | DESTINATARIO | |
| NOMBRE | | NOMBRE | |
| DIRECCION | | DIRECCION | |
| CIUDAD | | CIUDAD | |
| RECIBIDO POR | | TELEFONO | |
| No. PIEZAS | | MOTIVOS DEVOLUCION | |
| PESO GRAMOS | | CREDITO <input type="checkbox"/> CONTADO <input type="checkbox"/> V/R DECLARADO <input type="checkbox"/> | |
| DICE CONTENER | | 1 2 3 4 5 | |
| GUIA No. | | 6 7 8 9 10 | |
| REMITENTE FIRMA Y SELLO | | ENTREGADO POR | |
| DESTINATARIO RECIBI DE CONFORMIDAD | | FECHA ENTREGA | |
| NOMBRE Y SELLO | | HORA | |
| TOTAL | | | |

MC MENSAJERIA CONFIDENCIAL NO REEMBOLSA POR PERDIDA O DAÑO SINO SE DECLARA EL VALOR COMERCIAL.

IMPRESO POR FORVAL S.A. NIT. 890 332 791 - 1 TEL 690 40 00 CALI • 1106 121 315 No. 859/92 GOP-FOR-011

Calle 10 No. 21-14
PASTO

REFERENCIA: REEMBOLSO DE TRANSPORTE

Cordial Saludo,

Seguros de Vida Colpatria S.A. se permite informarle que la cuenta de cobro radicada por usted por valor de \$100.000 se encuentra aprobada. A la fecha no nos ha sido posible contactarlo a la información telefónica suministrada por usted en el teléfono 3185014291.

Sin embargo el cheque se encuentra disponible para reclamación en nuestras oficinas ubicadas en la Calle 22nte No, 5bn-102 de la ciudad de Cali, en caso de que requiera que este sea consignado es necesario enviar una carta certificando el Número de cuenta y el banco al cual debemos consignar el pago.

Quedamos atentos a cualquier duda, con gusto le atenderemos en el Pbx 4881919 Ext 224.

Cordialmente.

DIANA CAROLINA RENTERIA
Cuentas Medicas
Regional Cali

207

San Juan de Pasto, 17 de noviembre de 2011

Señor:
ANDRES FELIPE OBANDO
La ciudad

Ref.: ENTREGA CORREO COLPATRIA

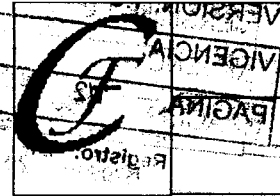
Por medio de la presente comunico a Usted que el envío amparado con guía No. 90827255 a nombre de ANDRES FELIPE OBANDO fue enviada a distribución el día 10 de noviembre del presente año, el cual fue devuelto con causal cerrado igualmente en las fecha 11 y 12 de noviembre de 2011.

El día 14 de noviembre fue recibido por la Sra. DIANA GOMEZ con CC.1.085.259.536.

A petición del interesado se firma en Pasto a los 17 dias del mes de Noviembre de 2011.

FRANCISCO J VILLOTA
Ejecutivo Atención al Cliente
Mensajería Confidencial Pasto





Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

Fórmula Médica

CODIGO: FO-HC-032

VERSION: 1.0

VIGENCIA:

PAGINA 1/1

Consecutivo 0000072149

Area Solicitante MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION

No. Historia Clínica 87070084

Registro 24

Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Edad: 25 Años \ 4 Meses \ 8 Días

Identificación: 000000087070084

Tipo Paciente: Otros

Dirección: MZ 16 CASA 1

Número Carnet:

Entidad: ARP COLOPATRIA

Teléfono: 7293381 3188397975

Fecha Ingreso: 28/10/2010 02:17:57 p.m. Ingreso: 0000064122

Cama: 218A

Lugar Prescripción

Fecha Prescripción 29/oct/2010

| Medicamento | Concentración | Forma Farmaceutica | Cantidad | Aplicabilidad | Plan |
|-------------|---------------|--------------------|----------|---------------|------|
|-------------|---------------|--------------------|----------|---------------|------|

ACETAMINOFEN 500 MG TAB
TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS

500 MG

TABLETAS

20 Veinte

1

DICLOFENAC 50 MG TAB
TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS

50 MG

TABLETAS

20 Veinte

1

METOCARBAMOL 750 MG TAB
TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS

750 MG

TABLETAS

15 Quince

1

SE SOLICITA AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIA X 5 DIAS CONSECUTIVOS IDEALMENTE AL MISMO HORARIO, APUNTAR FECHA Y CIFRAS TENSIONALES CO
CONTROL X CONSULTA EXTERNA CON PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA, Y FISIOTERAPIA.
INDICACIONES , INCAPACIDAD POR 5 DIAS

Diagnóstico

LUMBAGO NO ESPECIFICADO

DR. JOHNNY CASTILLO R.

MEDICO GENERAL
RM 521805 - 1P 57342

Firma

Medico M0555 JOHNNY MARIO CASTILLO ROMO

No. Identificación 12751300

Registro Médico 521805

Especialidad 1 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Especialidad 2



No. Historia clínica

87070084

Fecha registro :

19/oct/2010 21:01

Registro: 3

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Estado Civil: Soltero (a)
Dirección: MZ 16 CASA 1
Procedencia: PASTO
Entidad: ARP COLPATRIA
Tipo regimen: Otro
Fecha Ingreso: 19/10/2010 05:57:54 p.m.

Edad: 25 Años 3 Meses 28 Días
Sexo: Masculino
Teléfono: 7293381
Nivel/Estrato: CUBRE 100%
Plan: RIESGOS PROFESIONALES
Tipo Afiliado:
Ingreso : 0000063768

Profesional: JUAN CARLOS ROSÁS VALENCIA
Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro profesional: 517

Subjetivo: PACIENTE DE 25 AÑOS QUIEN HOY ALREDEDOR DE LAS 18 HORAS SUFRE TRAUMATISMO EN REGION LATERAL DEL TRONCO AL CAER DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 2 MTS CUANDO SE ENCONTRABA LABORANDO.

Objetivo

Tension Arterial: 120 / 80 Temperatura: 36 °C Frecuencia Cardiaca: 72 Min
Frecuencia Respiratoria: 20 Min Glasgow: 0 /15

Examen Mental: ALERTA, ORIENTADO
Cabeza y Cuello: NORMAL
Cardiopulmonar: NORMAL
Abdomen: NORMAL
Genitourinario: NORMAL
Osteoarticular: NORMAL
Neurologico: MUEVE 4 EXTREMIDADES. ROT: NORMALES
Piel y Faneras: NORMAL
Resultados Paraclínicos: -
Observaciones Adicionales: -

Análisis

PACIENTE CON TRAUMATISMO LUMBOSACRO, NEUROCIRUGIA ORDENA HOSPITALIZACION Y ANALGESIA

Diagnostico

S309 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS, PARTE Principal
NO ESPECIFICADA

Plan de Manejo

DIPIRONA UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.

Ordenes Medicas

1. HOSPITALIZAR EN PISO POR ORDEN DE NEUROCIRUJANO DE TURNO.
DIPIRONA 2.5G/5ML AMP
UNA AMPOLLA DISUELTA EN LEV CADA 6 HORAS
SSN 0.9% 1000ML SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% 1000ML BOLSA
100 CC HORA



HC EVOLUCION DE URGENCIAS

No. Historia clínica

87070084

Fecha registro :

19/oct/2010 21:01

Registro: 3

| | | | | | |
|----------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|---------|---------|
| Paciente: | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Edad: | 25 Años | 3 Meses | 28 Días |
| Estado Civil: | Soltero (a) | Sexo: | Masculino | | |
| Dirección: | MZ 16 CASA 1 | Teléfono: | 7293381 | | |
| Procedencia: | PASTO | Nivel/Estrato: | CUBRE 100% | | |
| Entidad: | ARP COLPATRIA | Plan: | RIESGOS PROFESIONALES | | |
| Tipo regimen: | Otro | Tipo Afiliado: | | | |
| Fecha Ingreso: | 19/10/2010 05:57:54 p.m. | Ingreso : | 0000063768 | | |

Profesional:

JUAN CARLOS ROSAS VALENCIA

Registro profesional: 517

Especialidad:

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Subjetivo:

PACIENTE DE 25 AÑOS QUIEN HOY ALREDEDOR DE LAS 18 HORAS SUFRE TRAUMATISMO EN REGION LATERAL DEL TRONCO AL CAER DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 2 MTS CUANDO SE ENCONTRABA LABORANDO.

Objetivo

Tension Arterial:

120 / 80

Temperatura: 36 °C

Frecuencia Cardiaca: 72 Min

Frecuencia Respiratoria:

20 Min

Glasgow: 0 /15

Examen Mental

ALERTA, ORIENTADO

Cabeza y Cuello

NORMAL

Cardiopulmonar

NORMAL

Abdomen

NORMAL

Genitourinario

NORMAL

Osteoarticular

NORMAL

Neurologico

MUEVE 4 EXTREMIDADES. ROT: NORMALES

Piel y Faneras

NORMAL

Resultados Paraclínicos

-

Observaciones Adicionales

-

Análisis

PACIENTE CON TRAUMATISMO LUMBOSACRO, NEUROCIRUGIA ORDENA HOSPITALIZACION Y ANALGESIA

Diagnostico

S309

TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS, PARTE Principal
NO ESPECIFICADA

Plan de Manejo

DIPIRONA UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.

Ordenes Medicas

1. HOSPITALIZAR EN PISO POR ORDEN DE NEUROCIRUJANO DE TURNO.

DIPIRONA 2.5G/5ML AMP

UNA AMPOLLA DISUELTA EN LEV CADA 6 HORAS

SSN 0.9% 1000ML SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% 1000ML BOLSA

100 CC HORA



EPICRISIS

No. Historia clínica 87070084

Fecha de registro

25 octubre 2010 12:18

Registro: 17

DATOS DE IDENTIFICACION

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Tipo Identificación: C.C. No. 000000087070084
Estado Civil: Soltero (a)
Dirección: MZ 16 CASA 1
Procedencia: PASTO
Entidad: ARP COLPATRIA
Tipo regimen: Otro

Edad: 25 Años 4 Meses 4 Días
Sexo: Masculino
Nivel/Estrato: CUBRE 100%
Teléfono: 7293381
Ingreso: 0000063768
Plan: RIESGOS PROFESIONALES
Tipo afiliado:

Nombre del responsable
Dirección del responsable

Teléfono responsable

Fecha ingreso 19 octubre 2010 17:57
Servicio de Ingreso: Urgencias

Fecha de Salida 25 octubre 2010 11:22
Causa externa :

Por los hallazgos clínicos se deduce, que la causa de los daños sufridos por la persona, fueron debidos a: Accidente de Trabajo

DATOS DEL INGRESO

Motivo de Consulta

DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE COLUMNA LUMBOSACRA Y DE CADERA DERECHA.

Enfermedad Actual

CUADRO DE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA CADERA DERECHA POSTERIOR A UNA CAIDA DESDE UNA ESCALERA DE AP' ROXIMADAMENTE DOS METROS DE ALTURA.

Antecedentes

COLECISTECTOMIA

Revisión por Sistemas

NO REFEIRE

Exámen Físico

DOLOR EN COLUMNA LUMBOSACRA A LA MOVILIZACION Y PALPACION. CADERA DERECHA NORMAL AL EXAMEN FÍSICO

Conducta

VALORACION POR NEUROCIRUGIA

Diagnóstico

S335 \ ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR

DATOS DE LA EVOLUCION

Evolución

BUENA EVOLUCION CLINICA

Resultado de Paraclínicos importantes

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR: PROLAPSO DISCAL DIFUSO EN L4-L5, L5-S1, RX DE COLUMNA DORSAL Y TORAXICA: NORMAL

Procedimientos Quirúrgicos Realizados

NINGUNO

Conducta

MNEJO MEDICO

DATOS DEL EGRESO

Diagnóstico Principal M511 \ TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

Diagnóstico Relacionado1 \



Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

CODIGO: FO-HC-032

VERSION: 1.0 312

Fórmula Médica

VIGENCIA:

PAGINA 1/1

Consecutivo 0000072149

Area Solicitante MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION

No. Historia clínica 87070084

Registro 24

Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE

Edad: 25 Años \ 4 Meses \ 8 Días

Identificación: 000000087070084

Tipo Paciente: Otros

Dirección: MZ 16 CASA 1

Número Carnet:

Entidad: ARP COLPATRIA

Teléfono: 7293381 3188397975

Fecha Ingreso: 28/10/2010 02:17:57 p.m. Ingreso: 0000064122

Cama: 218A

Lugar Prescripción

Fecha Prescripción 29/oct/2010

| Medicamento | Concentración | Forma Farmaceutica | Cantidad | Aplicabilidad | Plan |
|----------------------------|---------------|--------------------|----------|---------------|------|
| | | | 1 | Un | 1 |
| | | | 1 | Un | 1 |
| ACETAMINOFEN 500 MG TAB | 500 MG | TABLETAS | 20 | Veinte | 1 |
| TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS | | | | | |
| DICLOFENAC 50 MG TAB | 50 MG | TABLETAS | 20 | Veinte | 1 |
| TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS | | | | | |
| METOCARBAMOL 750 MG TAB | 750 MG | TABLETAS | 15 | Quince | 1 |
| TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS | | | | | |

SE SOLICITA AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIA X 5 DIAS CONSECUTIVOS IDEALMENTE AL MISMO HORARIO, APUNTAR FECHA Y CIFRAS TENSIONALES CO CONTROL X CONSULTA EXTERNA CON PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA, Y FISIOTERAPIA.

INDICACIONES , INCAPACIDAD POR 5 DIAS

Diagnóstico

LUMBAGO NO ESPECIFICADO

DR. JOHNNY CASTILLO R.
MEDICO GENERAL
RM 521805 - TP 57342

Firma

Medico M0555 JOHNNY MARIO CASTILLO ROMO

No. Identificación 12751300

Registro Médico 521805

Especialidad 1 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Especialidad 2

| | | |
|--|--|--------------------------|
| | Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A. | CODIGO: FO-HC-032 |
| | | VERSION: 1.0 |
| | Fórmula Médica | VIGENCIA: |
| | | PAGINA 1/1 |

Consecutivo 0000072149

Area Solicitante MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION

No. Historia clínica 87070084

Registro 24

| | |
|---|---|
| Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | Edad: 25 Años \ 4 Meses \ 8 Días |
| Identificación: 000000087070084 | Tipo Paciente: Otros |
| Dirección: MZ 16 CASA 1 | Número Carnet: |
| Entidad: ARP COLPATRIA | Teléfono: 7293381 3188397975 |
| Fecha Ingreso: 28/10/2010 02:17:57 p.m. Ingreso: 0000064122 | Cama: 218A |

Lugar Prescripción

Fecha Prescripción 29/oct/2010

| Medicamento | Concentración | Forma Farmaceutica | Cantidad | Aplicabilidad | Plan |
|-------------|---------------|--------------------|----------|---------------|------|
|-------------|---------------|--------------------|----------|---------------|------|

| | | | | | |
|----------------------------|--------|----------|----|--------|---|
| | | | 1 | Un | 1 |
| | | | 1 | Un | 1 |
| ACETAMINOFEN 500 MG TAB | 500 MG | TABLETAS | 20 | Veinte | 1 |
| TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS | | | | | |
| DICLOFENAC 50 MG TAB | 50 MG | TABLETAS | 20 | Veinte | 1 |
| TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS | | | | | |
| METOCARBAMOL 750 MG TAB | 750 MG | TABLETAS | 15 | Quince | 1 |
| TOMAR 1 TB VO CADA 8 HORAS | | | | | |

SE SOLICITA AFINAMIENTO DE TENSION ARTERIA X 5 DIAS CONSECUTIVOS IDEALMENTE AL MISMO HORARIO, APUNTAR FECHA Y CIFRAS TENSIONALES CO
 CONTROL X CONSULTA EXTERNA CON PSIQUIATRIA , NEUROCIRUGIA, Y FISIOTERAPIA.
 INDICACIONES , INCAPACIDAD POR 5 DIAS

Diagnóstico

LUMBAGO NO ESPECIFICADO

DR. JOHNNY CASTILLO R.

MEDICO GENERAL
 RM 521805 - TP 57342

Firma

Medico M0555

JOHNNY MARIO CASTILLO ROMO

No. Identificación 12751300

Registro Médico 521805

Especialidad 1 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Especialidad 2



Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

CODIGO: FO-HC-014

VERSION: 1.0

EPICRISIS

VIGENCIA:

PAGINA 1/2

No. Historia clínica 87070084

Fecha de registro

25 octubre 2010 12:18

Registro: 17

DATOS DE IDENTIFICACION

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Edad: 25 Años 4 Meses 4 Días

Tipo Identificación: C.C. No. 000000087070084

Sexo: Masculino

Estado Civil: Soltero (a)

Nivel/Estrato: CUBRE 100%

Dirección: MZ 16 CASA 1

Teléfono: 7293381

Procedencia: PASTO

Ingreso: 0000063768

Entidad: ARP COLPATRIA

Plan: RIESGOS PROFESIONALES

Tipo regimen: Otro

Tipo afiliado:

Nombre del responsable

Teléfono responsable

Dirección del responsable

Fecha ingreso: 19 octubre 2010 17:57

Fecha de Salida: 25 octubre 2010 11:22

Servicio de Ingreso: Urgencias

Causa externa :

Por los hallazgos clínicos se deduce, que la causa de los daños sufridos por la persona, fueron debidos a: Accidente de Trabajo

DATOS DEL INGRESO

Motivo de Consulta:

DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE COLUMNA LUMBOSACRA Y DE CADERA DERECHA.

Enfermedad Actual:

CUADRO DE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA CADERA DERECHA POSTERIOR A UNA CAIDA DESDE UNA ESCALERA DE APROXIMADAMENTE DOS METROS DE ALTURA.

Antecedentes:

COLECISTECTOMIA

Revisión por Sistemas:

NO REFERIR

Examen Físico:

DOLOR EN COLUMNA LUMBOSACRA A LA MOVILIZACION Y PALPACION. CADERA DERECHA NORMAL AL EXAMEN FÍSICO

Conducta:

VALORACION POR NEUROCIRUGIA

Diagnóstico:

S335 \ ESQUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR

DATOS DE LA EVOLUCION

Evolución:

BUENA EVOLUCION CLINICA

Resultado de Paraclínicos importantes

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR: PROLAPSO DISCAL DIFUSO EN L4-L5,L5-S1, RX DE COLUMNA DORSAL Y TORAXICA: NORMAL

Procedimientos Quirúrgicos Realizados

NINGUNO

Conducta:

MNEJO MEDICO

DATOS DEL EGRESO

Diagnóstico Principal M511 \ TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

Diagnóstico Relacionado1 \

Fecha Impresión 25/oct/2010



Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

CODIGO: FO-HC-014

VERSION: 1.0

EPICRISIS

VIGENCIA:

PAGINA 2/2

No. Historia clínica 87070084

Fecha de registro 25 octubre 2010 12:18

Registro: 17

Diagnóstico Relacionado2 \

Condiciones Generales a la Salida del Paciente

VIVO:

Plan de Manejo Ambulatorio

ANALGESIA, VALORACION POR CONSULTA EXTERNA POR NUTRICION Y NEUROCIRUGIA CON TERAPIA FISICA 10 SESIONES FAJA LUMBAR

DATOS DEL MEDICO QUE ELABORA LA EPICRISIS

Nombres y Apellidos: VITHYAM JOHANNA GUZMAN MORA

Registro Médico: 860884

Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Firma

ANDRES OBANDO

CC: 87.070084

IMPULSO & MERCADEO

NIT. 800028659-7

NO. AFILIACION 150419

OPERATIVO

COLPATRIA

ARP Seguros y Vida Colombia S.A.



Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

INCAPACIDAD

217
CODIGO: FO-HC-029

VERSION: 1.0

VIGENCIA:

PAGINA 1/1

Número: 0000003958

Fecha: 19/10/2010

INFORMACION DEL PACIENTE

Identificación: 87070084

Historia: 87070084

Ingreso: 0000063768

Paciente: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Contrato: ARP COLPATRIA
Plan: RIESGOS PROFESIONALES
Causa Externa: ACCIDENTE DE TRABAJO
Procedimiento: Ambulatorio

Edad: 25 Años
Sexo: MASCULINO
Tipo Paciente: Otro
Cama:
Motivo: Reproducción

Acumulado de días por prorroga 0

A Partir del : martes, 19 octubre 2010 Hasta el: jueves, 28 octubre 2010

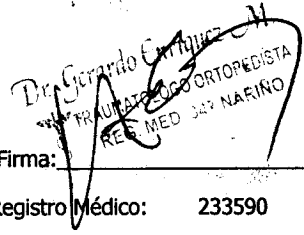
Número de Días: 10

con la siguiente descripción medica :

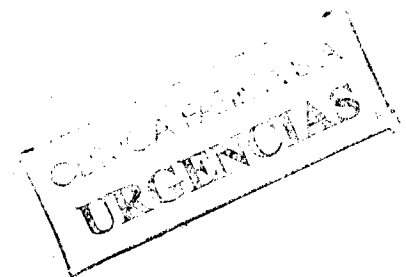
TRAUMA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Médico: GERARDO ALFREDO ENRIQUEZ MARTINEZ

Especialidad 1 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Firma: 

Registro Médico: 233590





Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

CODIGO: FO-HC-014

VERSION: 1.0

EPICRISIS

VIGENCIA:

PAGINA 2/2

No. Historia clínica 87070084

Fecha de registro 25 octubre 2010 12:18

Registro: 17

Diagnóstico Relacionado2 \

Condiciones Generales a la Salida del Paciente
VIVO

Plan de Manejo Ambulatorio

ANALGESIA, VALORACION POR CONSULTA EXTERNA POR NUTRICION Y NEUROCIRUGIA CON TERAPIA FISICA 10 SESIONES FAJA LUMBAR

DATOS DEL MEDICO QUE ELABORA LA EPICRISIS

Nombres y Apellidos: VITHYAM JOHANNA GUZMAN MORA

Registro Médico: 860884

Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Firma

Evento 24/12
- 6660 -
Peso = 93 kg
talla = 172 cm

Andrés obando.

DIETA HIPOGLUCIDA E HIPOGRASA

DESAYUNO

Jugo de frutas sin azúcar o bebida con leche ^{entera} descremada 1 vaso - ¹ azúcar. Chocolight
Galleta integral 3 unidades o pan integral 1 unidad o 1 tostada.
Huevo cocido 1 unidad 3 veces en semana o clara cocida 1 unidad diaria

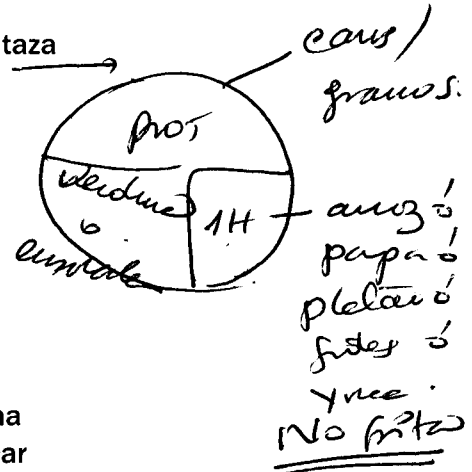
1H

MEDIA MAÑANA

Fruta en porción manzana verde o sandia, papaya, melón, mandarina o naranja, pera o ¹ man.
mango no muy maduro NO uvas, banano, manzana roja o ciruelas.

ALMUERZO

Sopas de verduras (habichuelas, zapallo, acelga, espinacas, cebolla) 1 taza
Arroz 1 pocillo cafetero o papa 1 unidad o plátano verde 1/3 unidad.
Ensalada de lechuga y tomate o habichuelas guisadas
Carne sudada o pollo sin piel o pescado a la plancha 1 porción grande
Jugo de frutas sin azúcar



1H

MEDIA TARDE

Aromática con galleta integral 1 unidad o jugo.

COMIDA

- 1 OPCIÓN: sopas de verduras con carne o pollo 1 taza y 1 papa mediana
2 OPCIÓN: Pollo asado + verdura cocida + papa cocida + jugo sin azúcar
3 OPCIÓN: Bebida con leche + galleta integral

pollo + queso
pollo + papas

1H

RECOMENDACIONES.

1. Consumir solo una porción de harina por comida: arroz 1 pocillo tintero, papa 1 unidad mediana, plátano 1/3 unidad, pastas 1 pocillo tintero, lentejas o frijol seco 1 cucharada grande.
2. consumir todos los días frutas en porción aparte de los jugos.
3. consumir verduras en diferentes preparaciones a diario: pepino, tomate, lechuga, rábano, zapallo, ullocos, habichuelas, acelga., espinacas, NO remolacha.
4. consumir alimentos integrales como avena en hojuelas, galletas integrales, cereal integral.

NO CONSUMIR:

1. Azúcares concentrados como panela, miel, mermelada, confites o bombones.
2. Harinas fritas como empanadas, arepa frita, papas fritas o plátano frito.
3. Caldos knorr o maggi
4. Bebidas gaseosas o jugos artificiales, bebidas alcohólicas, café negro.
5. Carne de cerdo, piel del pollo, mayonesa, mantequilla, jamón.

st
azúcar
man

Diana M. Guzmán
NUTRICIONISTA
TP 366

Diana Guzmán Acuña

NUTRICIONISTA
TP 366

Carb 2 med

Carb 1H
Dieta ↓ gras.
carb CHO.
o azúcar.
Rica en fibra
Arroz y verdura
10' después de almorzar

San Juan de Pasto, 01 de noviembre de 2013.

Señor:

JUEZ PENAL DEL CIRCUITO DE PASTO (R).

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE: ANDRES FELIPE OBANDO
ACCIONADAS: COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS.

ANDRES FELIPE OBANDO, mayor de edad y de esta vecindad, identificado con C. C. No. 87.070.084 de Pasto (N), actuando en mi propio nombre y representación; con todo respeto acudo ante Usted para interponer la presente **ACCION DE TUTELA**, derecho este consignado en el Art. 86 de la Constitución Política y reglamentado por el Decreto 2591 de 1991, en contra de COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS, en procura de la protección del derecho a salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida en condiciones dignas y al mínimo vital, con fundamento en los siguientes:

HECHOS

1. Hace tres (3) años me desempeñaba como operativo (manejo de bodega y surtir mercancía) de la firma IML IMPULSO Y MERCADEO en esta ciudad la cual prestaba sus servicios a la entonces empresa CARREFOUR hoy denominada METRO.
2. El 19 de octubre de 2010, en desarrollo de mis actividades laborales tuve un accidente de trabajo al caer de una altura de tres (3) metros, en la bodega de CARREFOUR de la Ciudad de Pasto, el cual fue reportado ante la entidad accionada en debida forma sufriendo un Lumbago Postraumático, síndrome depresivo inicial, Cervicalgias postraumática, Dorsalgia postraumática, protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar y vejiga neurogena.
3. Debido al accidente sufrido permanecí más de 280 días con incapacidades generadas por la EPS SALUDCOOP.
4. Una vez cumplido este término, el 24 de agosto de 2011, fui remitido hasta la ciudad de Cali a medicina Laboral, donde se me determino una pérdida de la capacidad laboral del 7,95% y a los cuatro meses recibí la suma de UN MILLON SEICIENTOS MIL PESOS (\$1.600.000), por concepto de indemnización teniendo en cuenta dicho porcentaje.

5. El 25 de agosto de 2011, el Doctor SIMON WILFREDO REY MUÑOZ, considerò posible mi retorno a sitio de trabajo pero teniendo en cuenta multiples recomendaciones a saber:

- a. Alternar postura sedente con la de pie de mínimo cada 30 minutos.
- b. Caminar máximo 30 minutos cada 4 horas.
- c. Desplazamiento puntual por terrenos irregulares tomando las medidas necesarias para evitar lesiones sobre la parte del cuerpo afectado.
- d. Manipulación de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5kg.
- e. Levantamiento de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5kg.
- f. Transporte de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta de 10kg.
- g. Realización de labores en un puesto de trabajo en donde no sea necesaria la flexión – extensión frecuente de columna dorso lumbar durante el turno, manipulación de pesos livianos, trabajos en lo que no se tenga que hacer desplazamientos de manera frecuente en el turno y poder alternar a libre disposición la postura sentado – de pies.
- h. Recibir inducción o re inducción en el puesto de trabajo de acuerdo a los planes establecidos por la empresa con énfasis en salud ocupacional.
- i. Cumplir con las normas de salud ocupacional que han establecido por la empresa de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
- j. Utilizar todos los elementos de protección personal requeridos para el cargo de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
- k. Extender el cumplimiento de estas recomendaciones a las actividades realizadas fuera del trabajo.

6. Como mi estado de salud continuaba en mal estado, trataba de seguir con las indicaciones del medico tratante, a los 10 meses sin tener en cuenta las indicaciones del medico tratante fui enviado a surtir el cuarto frio y de inmediato se me empezaron a torcer mis brazos, manos y extremidades, por lo que fui remitido a sala de Urgencias de SALUDCOOP EPS, pero dicha patología no la reportaron como accidente laboral.

7. Desde ese momento se me habían expedido diferentes incapacidades médicas las cuales venían siendo canceladas por parte de la ARP accionada.

8. En el mes de marzo de 2013, requerí autorización de Cirugía de Columna y consulta en la Ciudad de Bogotá, lastimosamente no conté con los recursos suficientes para pagar los subsidios de transporte, alimentación y hospedaje en dicha ciudad para mí y un acompañante, por lo que me vi obligado a interponer una acción de tutela en contra de la entidad accionada para poder acceder a dicho beneficio.

9. Hasta el mes de mayo de 2013, nunca tuve problemas relacionados con el pago de incapacidades, ya que los médicos, teniendo en cuenta mi estado de salud, prescribían sin mayor dificultad las incapacidades médicas, con recomendaciones de REUBICACION DE MI ACTIVIDAD FISICA CON EL FIN DE AYUDAR A MI REHABILITACION.

10. Lastimosamente las incapacidades prescritas para el mes de mayo y junio no fueron canceladas por parte de la entidad accionada al argumentar que estas no habían sido aceptadas por la ARL debido a que ya fui indemnizado por la pérdida de capacidad laboral, sin tener en cuenta el nuevo accidente y que mi condición en salud cada día me generaba detrimento.

11. Mediante oficio del 14 de junio de 2013 la Directora de Recursos Humanos, me sugiere realizar los trámites de pensión correspondiente ante el Fondo de Pensiones a que este afiliado y me devuelve las incapacidades desde el mes de septiembre de 2012.

12. Finalmente el 11 de julio de 2013, sin más explicaciones, me informan que mi contrato termina al finalizar la jornada, en razón a la transacción comercial entre CARREFOUR Y CENCOSUD.

13. Esta situación me ha generado múltiples padecimientos tanto físicos como económicos, a la fecha acumulo más de 403 días de incapacidades por este hecho, sin embargo la entidad accionada se ha desentendido de cualquier tipo de obligación con el suscrito y la empresa termino mi contrato, dejándome en un completo estado de vulnerabilidad, ya que no se que camino tomar por cuanto todos me han cerrado las puertas, además de lo anterior se le ha negado el servicio de seguridad social, misma que necesita por que las secuelas del accidente persisten y requiere de valoración de medico laboral para que se determine el grado de invalidez.

14. Mediante fallo de acción de tutela No 2013- 0049 el Juzgado Penal Municipal De Pasto, ordeno que en el termino improrrogable de 48 horas siguientes a la notificación de esta providencia se me remita al médico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de mi enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral ocurrida el día 15 de abril de 2012.

15. Después de más de 5 meses, de haberse emitido el fallo el 14 de septiembre de 2013 finalmente fui remitido a la ciudad de Cali, para ser valorado por el médico laboral, quien ni siquiera reviso mi condición de salud, ni mucho menos hizo ejercicios que pudieran corroborar mi situación.

16. El 23 de septiembre fui notificado de la decisión emitida por parte de la Aseguradora donde en el que se determino que mi situación no es una enfermedad profesional, siendo calificada la respectiva patología o evento no de origen profesional.

17. Mediante escrito del 26 de septiembre de 2013, apele la decisión en mención y hasta la fecha no se ha dado ningún tipo de pronucniamiento.

18. Sin embargo mientras se define el asunto en comento mi salud cada día se ve desmejorada y en este momento me encuentro por fuera del sistema general de salud no tengo servicio medico y como fui despedido me encuentro sin ningún tipo de recursos que me permitan adquirir un tratamiento de manera particular, violando mis derechos fundamentales ya que se esta poniendo en riesgo la continuidad del tratamiento pues estoy desafilado y cancelada la atención de salud aun de urgencias.

19. Así mismo no se han cancelado las incapacidades de los meses de abril mayo y junio de 2013.

20. Es así como la entidad accionada, está evadiendo su responsabilidad de asumir la realización de los exámenes que el tratamiento médico y farmacéutico requiere de manera oportuna, además del pago de las incapacidades a que tendría derecho si los médicos las emitieran teniendo en cuenta mi estado de salud, además va en contravía de las manifestaciones que ha hecho el máximo cancerbero constitucional respecto a la protección integral en salud y a la continuidad en la prestación del servicio, máxime cuando el suscrito soy persona minusválida, de tal forma que la respuesta dada por la accionada ante el reclamo por dicha situación, no satisfacen mis requerimientos y me somete a una inseguridad total sobre esta situación, lo que se constituye en una vulneración flagrante de mis derechos fundamentales a la igualdad, mínimo vital y salud en conexidad con la vida en condiciones dignas y justas.

21. Por lo anterior señor Juez, me veo en la necesidad de acudir a la justicia para encontrar solución a esta situación que me aqueja, por cuanto no tengo posibilidades económicas de asumir mi rehabilitación y aun de mi propia subsistencia al quedar en la calle y sin posibilidades laborales de ninguna clase.

PRETENSIONES:

1. Tutelar el Derecho a la Salud en conexidad con el Derecho Fundamental a la Vida, a la par de estos tutelar el Derecho a una **Vida en condiciones dignas y justas** del suscrito, los cuales están siendo amenazados por vía directa, ante la no prestación y pronta solución a MI SITUACIÓN DE INDEFINICION LABORAL que conlleva a la no prestación de servicios médicos y salariales y el no propiciar una nueva junta de calificación de invalidez que pueda determinar la afectación que realmente tengo.
2. Conforme a la primera declaración, ordenar a COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A a través de su representante legal, que se realice las gestiones administrativas y presupuestales necesarias ante la EPS, en aras de la cobertura total en salud y prestación asistencia médica quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y terapéutica que demanda mi condición del paciente accionante(hasta mi recuperación total, particularmente para que garantice la prestación inmediata e integral de la atención médica especializada, junto a los insumos médicos, medicamentos y demás que requiero de forma inmediata, según determinación del medico especialista debido a la contingencia de salud descrita en la parte fáctica.

3. Ordenar a la COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, que en esta oportunidad y también en lo sucesivo hasta su recuperación total, reconozca y pague a favor del accionante las prestaciones económicas a que haya lugar con motivo de su accidente profesional, especialmente el subsidio legal correspondiente a las incapacidades reconocidas y no pagadas y a las que se llegaren a efectuar de conformidad con el decreto 1295 de 2004 y la ley 776 de 2002, so pena de vulnerarle al usuario el derecho al mínimo vital y móvil.
4. Que se prevenga a la parte accionada para que en lo sucesivo se me de una atención pronta y eficaz teniendo en cuenta el delicado estado de salud en el que me encuentro y mi estado de indefensión.
5. Que la ARP COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, preste de manera inmediata **e integral**, la atención que requiero y en el sentido de que ordene la realización de todo el tratamiento médico y farmacéutico además de que se cubran los gastos que se llegaren a presentar por concepto de transporte, alimentación y hospedaje, debido a la contingencia de salud descrita en la parte fáctica de este escrito y además se me suministre los medicamentos y procedimientos que demande la atención de mi enfermedad en las cantidades y condiciones prescritas por el especialista tratante y aún los que no puedan ser suministrados por la Accionada en la Ciudad de Pasto y que en consecuencia deban ser prestados en otras ciudades del País.
6. Que se prevenga a los representantes legales de las entidades pretendidas que el incumplimiento de la tutela, acarreará en su contra las sanciones establecidas en el decreto 2951 de 1991.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento esta acción de tutela en el artículo 86 de la **Constitución Nacional** que establece que todas las personas tenemos derecho a reclamar ante los jueces la protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la *omisión* de cualquier autoridad pública. **El artículo 48 de la Carta Política**, por su parte, reconoce a la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los **principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad**, en los términos que establezca la ley.

El artículo 49 de la Constitución dispone que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Los derechos a la salud y a la seguridad social, forman parte de los derechos económicos, sociales y culturales llamados también de segunda generación que se tornan fundamentales cuando su desconocimiento pone en peligro derechos de rango fundamental o genera la violación de éstos; en este caso el desconocimiento a los derechos a la salud y a la seguridad social trae como resultado la vulneración del derecho a la vida consagrado en el artículo 11 de la Constitución Política, conformándose una unidad que reclama protección integral, pues las circunstancias fácticas impiden que se separen ámbitos de protección, la jurisprudencia de la Corte Constitucional es reiterativa en este aspecto.

Esto en concordancia con los **artículos 1 y 2 y 95 numeral 2 de la Constitución Nacional** que contemplan el Principio de Solidaridad al que están obligados los particulares, y que es primordialmente exigible del Estado y que requieren para su efectividad normas presupuestales, procedimiento y organización, que hagan viable el servicio público de salud; derecho que está por encima de cualquier consideración administrativa y presupuestal. Tesis refrendada en Sentencia T-192 de 1994 (Magistrado Ponente: JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO) "Ha venido sosteniendo la jurisprudencia de esta Corte (Cfr. Sentencias T-571 del 26 de octubre de 1992 y T-067 del 22 de febrero de 1994, entre otras), en la cual se señala que: "El derecho a la salud, garantizado en la Constitución, emerge como derecho fundamental cuando su amenaza o vulneración representan necesariamente peligro o daño a derechos fundamentales como el de la vida, de tal manera que, para preservar ésta se hace indispensable proteger aquella de modo inmediato."

PRUEBAS Y ANEXOS

1. Copia de la Historia Clínica General de **ANDRES FELIPE OBANDO**
2. **Reporte de incapacidades temporales**

MANIFESTACIÓN BAJO JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifiesto, que no he interpuesto Acción de Tutela ante ninguna otra autoridad, por los mismos hechos y derecho de esta acción.

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones en mi calidad de solicitante en la Calle 19 No. 23-73 Oficina 403 Edificio Banco Popular. Teléfono 729 35 87.


COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A las recibirá por medio de su Representante Legal, en la sede del mismo ubicada en el Edificio Futuro de esta ciudad.

ANEXOS

Las enunciadas en el acápite de pruebas.

Copias de la tutela para archivo y traslado.

Atentamente,


ANDRES FELIPE OBANDO,
C. C. No. 87.070.084 de Pasto

TUANTE

NOTIFICACION DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

Santiago de Cali, noviembre 09 de 2011

Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Manzana 25 Casa 1 B/ Minga
Pasto Nariño

CEDULA: 87.070.084
EMPRESA: IMPULSO Y MERCADEO SA
LESION: LUMBAGO NO ESPECIFICADO
SINIESTRO: 20101017557 FECHA DEL ACCIDENTE 2010-10-19

Estimado señor:

La Administradora de Riesgos Profesionales Seguros de Vida Colpatría S.A. se permite notificarle que, de acuerdo a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, adelantada por el Equipo Interdisciplinario de Calificación de la Administradora, se determina en su caso, una Pérdida de Capacidad Laboral del **7.95%** Siendo calificadas las respectivas patologías de **LUMBAGO NO ESPECIFICADO** de origen **ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

Dado que se ha declarado la incapacidad permanente parcial el empleado debe laborar siguiendo las recomendaciones dadas por el equipo médico de ARP Colpatría, esta administradora no realizará nuevos pagos de subsidio por incapacidad temporal, de acuerdo a lo establecido por la ley 776 de 2002.

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

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

Si alguno de los interesados no esta de acuerdo con la calificación adelantada por la Administradora, deberá solicitar por escrito que el caso sea remitido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez informando las razones de la inconformidad, durante un termino de cinco días hábiles contados a partir del recibo de esta comunicación. Los costos de este trámite serán asumidos por ARP Colpatría de acuerdo a lo contemplado en la ley.

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

ARP COLPATRIA le pagará la indemnización dentro de los 60 días calendario siguientes a su aceptación de la calificación por escrito o a la recepción del dictamen en firme de la Junta de Calificación (artículo 1 Ley 776 de 2002)

Cordialmente,

ANA LUCIA DAVILA JARAMILLO
Analista de Egresos - Regional Cali
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. A.R.P. COLPATRIA
cc- Departamento de Medicina Laboral - Siniestro
c.c. EPS
c.c. EMPRESA

FIRMA DE RECIBIDO: _____ NUMERO DE CEDULA _____
NOMBRE COMPLETO: _____ FECHA DE RECIBIDO: _____
DIRECCION _____ TELEFONO _____

NOTA: SI ES ACEPTADA LA CALIFICACION FAVOR REMITIR CARTA DE ACEPTACION PARA INICIAR EL TRAMITE.

327

DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL



| Datos de Impresión | | |
|--------------------|-------------|---------|
| No. siniestro | 20101017557 | |
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/11/08 | 11.49.24 | SREYM |
| REGIONAL: CALI | | |

| Información general del dictamen | | | |
|----------------------------------|---------------|---------------------------------|------------|
| DICTAMEN No. | 14317 | Fecha de dictamen | 2011/11/08 |
| Entidad remitente | ARP COLPATRIA | Fecha de recepción de solicitud | 2011/11/08 |

| Datos personales del calificado | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Siniestro | 20101017557 | Fecha de siniestro | 2010/10/19 |
| Nombre | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Genero | Masculino |
| Identificación | 87070084 | Edad | 26 AÑOS 4 MESES 18 DIAS |
| Dirección | | Barrio | |
| Teléfono | 0 | Estado civil | SOLTERO |
| Escolaridad | NINGUNA | EPS | E.P.S. SALUDCOOP |
| Ciudad de residencia | PASTO | Empresa donde ocurrió el siniestro | IMPULSO Y MERCADEO S.A |

| Documentos tenidos en cuenta para calificar | |
|---|-----------------------|
| REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO | EXAMENES PARACLINICOS |
| CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL | OTROS |

| Diagnósticos motivo de calificación | | |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------|
| Diagnóstico | Descripción | Observaciones |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | |

| Paraclínicos | | |
|------------------|--------------------|---|
| Fecha del examen | Paraclínico | Descripción |
| 2011/08/30 | ELECTRODIAGNOSTICO | EMG VCN DE M. INFER. DER. NEUROCONDUCCIONES LATENCIAS AMPLITUDES Y VELOC. POTENC. SENSIT. Y MOTORES. DN. ERV. EXPLORADOS DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. ACTIVIDAD DE INSERCIÓN. POTENCIAL DE UNIDAD MOTORA. RECLUTAMIENTO Y PATRÓN DE INTERFERENCIA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. CONCLUSIONES: ESTUDIO NORMAL. NEGATIVO PAR NERVIOS PERIFÉRICOS O INTRÍNSECO DE FIBRA MUSCULAR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. |
| 2011/08/25 | OTROS | MMPI TOMADO EL DÍA 25-08-2011 EN FUNDACIÓN VALLE DEL LILI DE CALI. RESULTADOS: EL PACIENTE DEJO SIN RESPUESTA. |

| Paraclínicos | | |
|--------------|----------------------|---|
| | | 231 PREGUNTAS DE FALSO-VERDADERO INCLUIDAS DENTRO DE LAS 567 PREGUNTAS QUE COMPONEN LA PRUEBA. A PESAR DE DESEMPEÑARSE CORRECTAMENTE EN LA PRUEBA DE LECTOESCRITURA PRACTICADA PREVIAMENTE A LA APLICACIÓN DEL CUESTINARIO DE PERSONALIDAD. Y A PESAR DE HABER REFERIDO UNA ADECUADA COMPRENSIÓN DE LAS INSTRUCCIONES PROVISTAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA PRUEBA. LA AUSENCIA DE MAS DE 30 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DETERMINA LA INVALIDACIÓN DE LA PRUEBA COMO SUCEDER EN ESTE CASO. ESTE ARGUMENTO QUE NOTENIA TIEMPO PARA TERMINAR DE DILIGENCIAR EL CUESTINARIO. SE PUEDE PENSAR QUE LA DIFICULTAD DEL PACIENTE PARA TERMINAR EL CUESTINARIO DE PERSONALIDAD PUDO ESTAR ASOCIADA A UNA RESISTENCIA A LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y AL TEMOR DE SER NEGATIVAMENTE EVALUADO. |
| 2011/01/17 | RESONANCIA MAGNETICA | RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUE GENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR |
| 2010/12/30 | ELECTRODIAGNOSTICO | EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL. AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO. AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHOS. POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO |
| 2010/12/06 | RESONANCIA MAGNETICA | RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DE SCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL. EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL |
| 2010/10/23 | RESONANCIA MAGNETICA | RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5/S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL |

| Contraremisiones | | | |
|------------------|-----------|--------------|--|
| Fecha envio | Proveedor | Especialidad | Contraremisión |
| 2011/08/24 | | FISIATRIA | (24/08/2011): ENCUENTRA PACIENTE ANSIOSO, CIRCUNSTANCIAL, CONCIENTE, PARES CRANEALES NORMALES, PESO 92KG, OSTEOMUSCULAR: AMAS NORMALES. TONO Y TROFISMO MUSCULAR DE EXTREMIDADES NORMALES, NO ATROFIAS. COLUMNA: FLEXION GRADO 2, REALIZA EXTENSIÓN CON BUEN EQUILIBRIO, NEUROLÓGICO: ROT NORMALES ++/+++. |

Contraremisiones

| | | |
|------------|--------------|--|
| 2011/08/24 | FISIATRIA | FUERZA MUSCULAR 4/5. MARCHA AUMENTO BASE SUSTENTACIÓN NO CONCORDANTE A MARCHA SEMIOLOGICAMENTE. ESPECIFICA DE PATOLOGÍA MUSCULAR. REFIERE DOLOR Y LIMITACIÓN MOVIMIENTOS GENERAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. DA DX DE DORSOLUMBALGIA POSTRAUMÁTICA SIN HALLAZGOS ESPECIFICOS DE TIPO TRAUMATICO EN RMN NI EMG. DOLOR INESPECÍFICO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO NO MEDIADO POR SIMPÁTICO. SOLICITA MMPI |
| 2010/12/14 | NEUROCIRUGIA | 14-12-2010: TRAE RESULTADOS DE RMN DORSAL CON RESULTADO NORMAL Y LAS RX DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR SIN FRACTURAS. ADECUADA ALINEACIÓN DE CUERPOS Y LAMINAS. DX= PARAPARESIA ESPÁSTICA. ORDENA UNA EMG + VCN DE MIEMBROS INFERIORES |
| 2010/11/30 | NEUROCIRUGIA | 42 DIAS DE DOLOR DORSAL ABDOMINAL, LUMBAR DERECHA, DIFICULTAD PARA LA MARCHA, DISMINUCIÓN DE FUERZA EN AMBOS PIES Y ANESTESIA PERINEAL. AL EXAMEN FÍSICO: PARAPARESIA CON TONO MUSCULAR AUMENTADO DE PREDOMINIO EN M.INFERIOR DERECHO. ANESTESIA DE MIEMBROS INFERIORES CON NIVEL SENSITIVO DE T12 BILATERAL Y DX= LESION MEDULAR DORSAL BAJA (T9-T10) Y ORDENA UNA RMN DE COLUMNA DORSAL, AINES. RX DE COLUMNA LUMBAR Y DORSAL Y DA INCAPACIDAD DE 30 DIAS. |
| 2010/01/11 | NEUROCIRUGIA | 11-01-2011: EMG DE MIEMBROS SUPERIORES: LESION MEDULAR CERVICAL DE PREDOMINIO DERECHO Y RADICULOPATÍA C6-C7 DERECHA. DX LESION DE MEDULA CERVICAL. ORDENA UNA RMN DE COLUMNA CERVICAL |

Circunstancias de modo, tiempo y lugar donde ocurrió el accidente

AT EL DIA 19/10/2010 SEGUN FURAT "SE CAYO DE LA ESCALERA TIPO AVION QUE UTILIZAN EN LA BODEGA Y SE GOLPEO LA ESPALDA. EL HOMBRO Y LA CADERA."

Motivo de consulta y enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN TRABAJA PARA IMC EN EL ALMACEN DE CARREFOUR DE PASTO NARIÑO. DESDE OCTUBRE 2010 EN EL CARGO OPERATIVO (MENEJO DE BODEGA Y SURTIR MERCANCIA) ***** PRESENTO AT EL DIA 19-10-2010 SE ENCONTRABA BAJANDO UNAS CAJAS DE ACEITE UTILIZANDO UNA ESCALERA TIPO AVION. CUANDO BAJABA LAS ESCALERAS CON DOS PISOS PERDIO EL EQUILIBRIO RESBALA Y CAE RESBALÁNDOSE POR LAS GRADAS (GRADA POR GRADA) SIN CAER AL VACÍO DESDE UNA ALTURA DE 2 MTS, RECIBIENDO TRAUMA EN PELVIS Y HOMBRO. POSTERIORIORMENTE SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO POR LO QUE DECIDE CONSULTAR A URGENCIAS ***** VALORADO EN CLÍNICA FATIMA DE PASTO EL 19-10-2010 DONDE REPORTAN TRAUMATISMO EN REGION LATERAL DEL TRONCO AL CAER DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 2 METROS.DX= TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE ABDOMEN. REGION LUMBOSACRA Y PELVIS NO ESPECIFICADA. DEJAN HOSPITALIZADO PARA CONTROL DEL DOLOR CON CONTROL POR NEUROCIRUJANO Y ORTOPEDISTA. EL CONTROL MEDICO DEL 28-10-2010 EL MEDICO REPORTA PERSISTE ALGIDO. NO ES CLARA LA UBICACIÓN DEL DOLOR. SOSPECHAN UN TRASTORNO DE DISCO LUMBAR CON RADICULOPATIA. EL PACIENTE REFIRE DESDE EL TRAUMA DOLOR LUMBAR E IMPOSIBILIDAD PARA LA DEAMBULACION YA QUE EL PACIENTE REFIERE PARESTESIAS ***** TOMAN RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5.S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA. EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL. EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DE SGARRO ANULAR ***** VALORACIÓN EN CONSULTA DEL 23-11-2010 REPORTAN DISMINUCION DE REFLEJOS

Motivo de consulta y enfermedad actual

OSTEOTENDINOSOS EN MIEMBROS INFERIORES, CON ATROFIA, NO PUEDE CAMINAR, AUSENCIA DE SENSIBILIDAD EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, CON REFLEJOS AUSENTES. ***** VALORACIÓN POR NEUROCIRUJANO DE LA EPS SALUD COOP EL 30-11-2010: 42 DIAS DE DOLOR DORSAL, ABDOMINAL, LUMBAR DERECHA, DIFICULTAD PARA LA MARCHA, DISMINUCIÓN DE FUERZA EN AMBOS PIES Y ANESTESIA PERINEAL. AL EXAMEN FISICO: PARAPARESIA CON TONO MUSCULAR AUMENTADO DE PREDOMINIO EN M.INFERIOR DERECHO, ANESTESIA DE MIEMBROS INFERIORES CON NIVEL SENSITIVO DE T12 BILATERAL Y DX= LESION MEDULAR DORSAL BAJA (T9-T10)Y ORDENA UNARMN DE COLUMNA DORSAL AINES. RX DE COLUMNA LUMBAR Y DORSAL Y DA INCAPACIDAD DE 30 DIAS. ***** CONTROL CON NEUROCIRUJANO EL 14-12-2010: TRAF RESULTADOS DE RMN DORSAL CON RESULTADO NORMAL Y LAS RX DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR SIN FRACTURAS ADECUADA ALINEACIÓN DE CUERPOS Y LAMINAS. DX= PARAPARESIA ESPASTICA. ORDENA UNA EMG + VCN DE MIEMBROS INFERIORES.***** CONTROL CON NEUROCIRUJANO EL 11-01-2011: EMG DE MIEMBROS SUPERIORES: LESION MEDULAR CERVICAL DE PREDOMINIO DERECHO Y RADICULOPATÍA C6-C7 DERECHA. DX LESION DE MEDULA CERVICAL. ORDENA UNA RMN DE COLUMNA CERVICAL.***** CONTROL NEUROCIRUJANO 31-01-2011 RMN SIN EVIDENCIA DE LESION MEDULAR NI RADICULAR. TTO: FISIOTERAPIA. INCAPACIDAD POR 30 DIAS***** HA REALIZADO 80 SESIONES DE TERAPIA FISICA SIN PRESENTAR MEJORIA PERSISTE SINTOMATICO. REFIERE ESTAR ACTUALMENTE INCAPACITADO. TOMA 70 # 80 GOTAS DE TRAMADOL SEGÚN DOLOR.***** CONCEPTO ESPECIALIZADO DE FISIATRIA (24/08/2011): ENCUENTRA PACIENTE ANSIOSO, CIRCUNSTANCIAL, CONCIENTE, PARES CRANEALES NORMALES. PESO 92KG, OSTEOMUSCULAR: AMAS NORMALES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR DE EXTREMIDADES NORMALES. NO ATROFIAS, COLUMNA: FLEXION GRADO 2, REALIZA EXTENSIÓN CON BUEN EQUILIBRIO. NEUROLÓGICO: ROT NORMALES ++/+++ FUERZA MUSCULAR 4/5 MARCHA AUMENTO BASE SUSTENTACIÓN NO CONCORDANTE A MARCHA SEMIOLOGICAMENTE, ESPECIFICA DE PATOLOGÍA MUSCULAR. REFIERE DOLOR Y LIMITACIÓN MOVIMIENTOS GENERAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. DA DX DE DORSOLUMBALGIA POSTRAUMÁTICA SIN HALLAZGOS ESPECIFICOS DE TIPO TRAUMATICO EN RMN NI EMG. DOLOR INESPECÍFICO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO MEDADO POR SIMPATICO, SOLICITA MMPI, CONTROL D DOLOR CON TRAMADOL + ACETAMINIFEN***** CONCEPTO ESPECIALIZADO DE NEUROCIRUGIA (24/08/2011): ENCUENTRA NEUROLÓGICO: NORMAL, AMAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES NORMALES, ROTACIONES NORMALES, TONO TROFISMO, FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL, LIMITACIÓN VOLUNTARIA A LOS AMAS DE MIEMBROS INFERIORES, RESTO DEL EXAMEN MEDICO NORMAL. DA DX DE LUMBAGO INESPECÍFICO. MAGNIFICACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO. POR NEUROCIRUGIA NO HAY TRATAMIENTO MEDICO NI QUIRÚRGICO. SE LE HAN REALIZADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS INDICADOS Y COHERENTES SIN ALIVIO, NO ES NECESARIO REALIZAR PARACLINICOS (IMÁGENES DX), ALTA MEDICA POR NEUROCIRUGIA Y RETORNO LABORAL CON RECOMENDACIONES. NO SE DEBEN EXPEDIR MAS INCAPACIDADES, CONTROL EN 3 MESES. CONTROL CON MEDICINA LABORAL, LIMITACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS FLEJO # EXTENSIÓN DE LA COLUMNA LUMBO-SACRA***** VALORADO POR GRUPO INTERDISCIPLINARIO EL DIA 25-08-2011 PARA CALIFICAR SECUELAS PERO AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA QUE TIENE HALLAZGOS DE UNA POSIBLE LESION EN NERVIIO PERONEO DERECHO YA QUE HAY HIPOESTESIA EN CARA LATERAL DE PIERNA DERECHA CON DEBILIDAD DEL PIE DERECHO, PERO NO HAY SIGNOS DE RADICULOPATIA EN MIEMBROS INFERIORES, NI SUPERIORES, NO SIGNOS DE LESION EN COLUMNA. SE DECIDE TOMAR UN EMG DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO PARA DESCARTAR LESION DEL NERVIIO PERONEO DERECHO Y SE ORDENA UNA PRUEBA DE MMPI-2***** LOS RESULTADOS DE LA EMG Y VCN DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO DEL 30-08-2011 REPORTA NEUROCONDUCCIONES LATENCIAS AMPLITUDES Y VELOCIDADES DE POTENCIALES SENSITIVOS Y MOTORES DE NERVIOS EXPLORADOS DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. ACTIVIDAD DE INSERCIÓN, POTENCIAL DE UNIDAD MOTORA, RECLUTAMIENTO Y PATRON DE INTERFERENCIA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. CONCLUSIONES ESTUDIO NORMAL. NEGATIVO PAR NERVIIO PERIFÉRICO O INTRINSECO DE FIBRA MUSCULAR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO***** MMPI TOMADO EL DIA 25-08-2011 EN FUNDACIÓN VALLE DEL LILI DE CALI: RESULTADOS: EL PACIENTE DEJO SIN RESPUESTA 231 PREGUNTAS DE FALSO VERDADERO INCLUIDAS DENTRO DE LAS 567 PREGUNTAS QUE COMPOENEN LA PRUEBA. A PESAR DE DESEMPEÑARSE CORRECTAMENTE EN LA PRUEBA DE LECTORES PRACITICA PREVIAMENTE A LA APLICACIÓN DEL CUESTINARIO DE PERSONALIDAD, Y A PESAR DE HABER REFERIDO UNA ADECUADA COMPRENSIÓN DE LAS INSTRUCCIONES PROVISTAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA PRUEBA. LA AUSENCIA DE MAS DE 30 RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DETERMINA LA INVALIDACIÓN DE LA PRUEBA COMO SUCEDER EN ESTE CASO. ESTE ARGUMENTO QUE NOTENIA TIEMPO PARA TERMINAR DE DILIGENCIAR EL CUESTINARIO. SE PUEDE PENSAR QUE LA DIFICULTAD DEL PACIENTE PARA TERMINAR EL CUESTINARIO DE PERSONALIDAD PUDO ESTAR ASOCIADA A UNA RESISTENCIA A LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y AL TEMOR DE SER NEGATIVAMENTE EVALUADO ***** EN CONCLUSIÓN TENEMOS UN PACIENTE DE 26 AÑOS OBESO, CON CAIDA DESDE UNA ALTURA DE 2 METROS POR UNAS GRADAS, CON SIGNOS INICIALES DE TRAUMA DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR, QUE LE PRODUJO INCAPACIDAD PARA CAMINAR, PERO QUE JAMAS SE PUDO EVIDENCIAR LESION MEDULAR NI RADICULAR. SE DESCARTO SÍNTOMAS DE VEJIGA URINARIA, SÍNTOMAS DE PARAPARESIA EN MIEMBRO INFERIOR PRIMERO IZQUIERDO Y LUEGO DERECHO; LUEGO SÍNTOMAS DE RADICULOPATIA CERVICAL, PERO CON EMG CERVICAL NORMAL, SÍNTOMAS DE LESION NEURONAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON UNA EMG NORMAL. SE LE TOMO UN MMPI-2 QUE EL PACIENTE NO QUISO CONTESTAR Y SE INTERPRETA COMO UNA FORMA DE EVADIR LA EVALUACIÓN DE SU PERSONALIDAD. CON CONCEPTOS ESPECIALIZADOS DE FISIATRIA Y NEUROCIRUGIA DE UNA SOMATIZACION Y SÍNTOMAS NO EVIDENCIADOS POR EXAMENS PARACLÍNICOS.

Detalle de las ABC y AVD

DOLOR EN PIERNA DERECHA Y LIMITACION DE MOVIMIENTO EN PIE DERECHO

Examen Físico

Talla en metros : 1.72 Peso en kilogramos : 101.0

Tensión sistólica: 140

Tensión diastólica: 95

Dominancia: DERECHA

Ind. masa corporal: 34.1

PACIENTE OBESO QUIEN UTILIZA BASTON PARA DESPLAZARSE REFIERE DOLOR CERVICODORSOLUMBAR Y EN OCASIONES EN EL COSTADO DERECHO. REFLEJOS OSTEOSTENDINOSOS CONSERVADOS. NO SIGNO DE BABINSKY NI HOFFMANS. FUERZA EN EXTREMIDADES SUPERIORES CONSERVADAS. REFLEJOS ABDOMINALES PRESENTES. TROFISMO NORMAL EN EXTREMIDADES. FUERZA EXTREMIDADES SUPERIORES 4+5. PINZAS CONSERVADAS. PACIENTE CIRCUNSTACIAL, QUE TIENE SINTOMAS QUE NO SE CORRESPONDEN CON LOS HALLAZGOS PARACLINICOS.

Deficiencias

| Número orden | Descripción | Porcentaje asignado | Capítulo, Numeral, Literal, Tabla |
|--------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 1 | LUMBALGIA POSTRAUMATICA | 2.50 | TAB 1.16 |
| | Sumatoria | 2.50 | |

Discapacidades

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA | | | | | | | | Calificación | 0.30 |
|----------------------|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| Porcentaje | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.10 | 0.10 | 0.10 |

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION | | | | | | | | Calificación | 0.00 |
|----------------------|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| Porcentaje | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDADES DEL CUIDADO PERSONAL | | | | | | | | Calificación | 0.30 |
|----------------------|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 |
| Porcentaje | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.10 | 0.00 | 0.10 | 0.10 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION | | | | | | | | Calificación | 0.50 |
|----------------------|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 |
| Porcentaje | 0.10 | 0.10 | 0.00 | 0.10 | 0.10 | 0.00 | 0.00 | 0.10 | 0.00 | 0.00 |

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDAD DE LA DISPOSICION | | | | | | | | Calificación | 0.10 |
|----------------------|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 |
| Porcentaje | 0.10 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDAD DE LA DESTREZA | | | | | | | | Calificación | 0.20 |
|----------------------|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 |
| Porcentaje | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.10 | 0.10 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

| Tipo de discapacidad | DISCAPACIDAD DE SITUACION | | | | | | | | Calificación | 0.30 |
|----------------------|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|
| Discapacidad | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | |
| Porcentaje | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.30 | 0.00 | 0.00 | |

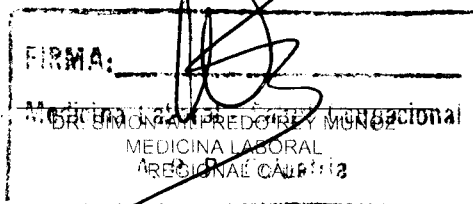
| Discapacidades | | |
|----------------|-------|------|
| | TOTAL | 1.70 |

| Minusvalías | | |
|---|-------------------------------|-------|
| Minusvalia | Calificación | Valor |
| MINUSVALIA DE ORIENTACION | 10. COMPLETAMENTE ORIENTADO | 0.00 |
| MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FISICA | 20. PLENAMENTE INDEPENDIENTE | 0.00 |
| MINUSVALIA DE DESPLAZAMIENTO | 30. DESPLAZAMIENTO PLENO | 0.00 |
| MINUSVALIA OCUPACIONAL | 41. OCUPACION RECORTADA | 2.50 |
| MINUSVALIA DE INTEGRACION SOCIAL | 50. SOCIALMENTE INTEGRADO | 0.00 |
| MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONOMICA | 60. PLENAMENTE AUTOSUFICIENTE | 0.00 |
| MINUSVALIA EN FUNCION DE LA EDAD | 71. DE 18 A 29 AÑOS | 1.25 |
| | TOTAL | 3.75 |

| Porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral | | |
|--|----------------|------------|
| Número | Descripción | Porcentaje |
| I | Deficiencias | 2.50 |
| II | Discapacidades | 1.70 |
| III | Minusvalías | 3.75 |
| | TOTAL | 7.95 |

| Diagnósticos motivo de calificación | | |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Código | Diagnóstico | Origen |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | ACCIDENTE DE TRABAJO |

| Análisis del caso | |
|----------------------|---|
| Observaciones | SE CALIFICAN SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO CON LUMBAGO SIN RADICULOPATIA POR LOS HALLAZGOS EN EXAMENES CLINICOS Y PARA CLINICOS. |
| Fecha estructuración | 2011/11/05 |
| PCL | |



[Signature] 31.241.757

[Signature] CC 17145060

TRAMITE PARA EL PAGO DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL ANTE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS COLPATRIA

Para nosotros es un privilegio contar con clientes que como su organización, confían el bienestar de sus funcionarios a la ARP Colpatria. Por este motivo, queremos continuar facilitando la productividad de su empresa, por lo cual a continuación encontrara el tramite de pago para la indemnización por perdida de capacidad laboral.

Si la pérdida de capacidad laboral del trabajador está entre 5 y 49.9% tendrá derecho a una indemnización por incapacidad permanente parcial (Decreto 2644/1994)

Para tramitar el pago de la indemnización de la incapacidad permanente parcial con la calificación dada por el grupo interdisciplinario de la ARP COLPATRIA, se deben remitir los siguientes documentos:

1. Notificación de calificación firmada por parte del trabajador
2. Carta de aceptación firmada por parte del trabajador aceptando el porcentaje correspondiente a su perdida de capacidad laboral.
3. Fotocopia de cédula del trabajador.
4. En el caso que dicha incapacidad sea causada por una enfermedad profesional adquirida con fecha anterior al inicio de la vigencia con ARP COLPATRIA, se debe informar a la ARP anterior a la que se encontraba afiliado el trabajador, mediante una comunicación radicada en las oficinas de ARP COLPATRIA y solicitar por parte de esta administradora un certificado de no pago por perdida de capacidad laboral de la enfermedad profesional calificada por nuestro grupo interdisciplinario de calificación.
5. Adicionalmente la certificación de los últimos 12 salarios antes de la fecha de la estructuración de la enfermedad de la ARP anterior o EPS, para proceder al tramite de pago.

ARP COLPATRIA pagará la indemnización dentro de los 60 días calendario siguientes a su aceptación de la calificación por escrito o a la recepción del dictamen en firme de la Junta de Calificación (artículo 1 Ley 776 de 2002)

Cabe anotar que para el pago de la indemnización por enfermedad profesional que no tienen cobertura con nuestra Administradora de Riesgos Colpatria, se efectuara el pago en 60 días calendario posterior al ultimo documento recibido.

ARP Colpatria de esta forma espera continuar brindándole un excelente servicio. Cualquier información adicional comuníquese con nosotros a nuestras oficinas a nivel nacional:

Cali, Calle 22 Norte No. 5BN- 102 TEL: 488 1919

Cordialmente,

ARP COLPATRIA



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto, diciembre 29 de 2011.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 25 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

1.- Se da incapacidad por 20 días a partir del 30 de diciembre 2011.

2.- CONTINUAR TRATAMIENTO CON FISIATRIA.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 7314763 Cel 315 5825965

PASTO

OK
30 DIC. 2011



834

**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO**

Pasto, diciembre 29 de 2011.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 25 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

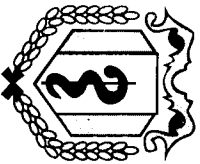
- 1.- Se da incapacidad por 20 días a partir del 30 de diciembre 2011.
- 2.- CONTINUAR TRATAMIENTO CON FISIATRIA.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO



DR. EUDORO VILLOTA PAREDES
Universidad Nacional de Colombia

Especialista en Urología - Cistoscopia, Urodinamia, Litotripsia, Enfermedades Renales
Cálculo, Próstata, Infertilidad y lo relacionado con su especialidad.

Nombre: Andrés F. Obando

Fecha: Diciembre 10 de 2011

2011

8.5 = Pátero

[Handwritten signature]

Cálculo

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
U. Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Pasto, 2011

Universidad Nacional de Colombia

Cálculo, Próstata, Infertilidad y lo relacionado con su especialidad

Nombre:

Anders F. Olofsson

Fecha:

20/10/2020

SS = Ecopagion ~~frabata~~
Bend 7 via river.

Band 7 C in 11

Reddington

11 National Archives
Library
2025 RELEASE UNDER E.O. 14176



Urología
Unidad médica
urología de Nariño

335

Fecha

Dic 15/11

Nombre

Andrés F Obando

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

R/.

Edgar España López
Urólogo

Diego Luis Paz Rosillos
Urólogo

Victor E. Suárez L'Hueste
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

Favor venir tra

en el consultorio

Urología

15 DIC. 2011

Dr. CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001

Urología y Fisioterapia a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.



Fecha Diciembre 15/11
Nombre Andrés F. Obando

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España López
Urólogo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urólogo

Victor E. Suárez L'Hoste
Urólogo

Eudoro A. Villota Paredes
Urólogo

R/.

Indicaciones

Lab nel 2 (dos)

semanas.

*10 : Lesión de cuello
cervical*

DR. CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
Ren 158

[Signature]
CARLOS BENAVIDES
FISICIA Y REHABILITACION
UNIVERSIDAD DE NARIÑO

Urología y Fisioterapia a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.

337



NIT: 800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 7488221

FECHA DE IMPRESIÓN: 2011-12-16

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M510
FECHA INICIAL: 2011-12-16
FECHA FINAL: 2011-12-29
DÍAS OTORGADOS: 14
DÍAS ACUMULADOS: 0
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: NUEVA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2011-12-16

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide: Viviana Castellanos Yaqueno

FIRMA AUTORIZADA



Unipen
Unidad médica
urología de Nariño

358

Fecha

Diciembre 15/11

Nombre

Andrés F. Olarte

87070084

R/.

Carlos Benavides Dulce
Fisiatra

Edgar España Lopez
Urologo

Jorge Luis Paz Bastidas
Urologo

Victor E. Suárez L'Hoesle
Urologo

Eudoro A. Villota Paredes
Urologo

Interconsulta

Labores 2 (días)

Permanente

Dr. Carlos Benavides

16 DIC. 2011

*107 : de mi de mi de mi
caricel*

DR. CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
Rev. 159

Urología y Fisiatría a su servicio

Carrera 33A No. 20-42 La Riviera - Teléfonos: 7310888 - 7311524

Favor traer esta fórmula en su próxima consulta.



NIT. 805.010.659-6 - RÉGIMEN COMÚN

OTÁ D.C.: Avenida 127 N° 70D-62 - Tel.: (1) 702 03 76 - 752 66 14
CALI - LIMONAR: Carrera 66 N° 5-64 - PRX: (2) 330 00 08
CALI - IMBANACO: Carrera 39 N° 5D-04 - Tel.: (2) 554 83 77
CALI - NORTE: Avenida Estación N° 3AN-16 - PBX: (2) 660 79 01
MEDELLÍN: Avenida Bolivariana No. 32EE-99 - Tel: (4) 412 4455
MANIZALES: Carrera 25 N°. 58A-33 - Tels.: (6) 885 33 33 - 885 33 53

POPAYÁN: Calle Norte N° 6-32 Tel.: (3) 30 30 90
POPAYÁN: Carrera 6 N° 15N-01 Tel.: (2) 823 9670
PEREIRA: Avenida 30 de Agosto N° 41-13 - Tels.: (6) 329 17 20 - 329 17 50
PASTO: Calle 18 N° 31-90 - Tels.: (2) 731 72 07 - 731 44 95
BUENAVENTURA: Carrera 6 N° 3-06 Local 1 - Primer Piso - Tel.: (2) 241 67 26
E-mail: amanecermedico@hotmail.com

www.amanecermedico.com



Sucursal: AMANECER MEDICO

Fecha Creacion: 28/09/2011

Fecha despacho: 28/09/2011 14:29:48

Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO

Entidad/Resp: SALUDCOOP E.P.S.

OS NUMERO 3498

ID: 87070084

ID: 800250119

MZ D CS 16

AUTO. NORTE (Cr 45) No 91-95

B/ BR PANORAMICO I PASTO

B/ Belen BOGOTA

Telefono: 7293381

Telefono: 300 896 05 43



1-1-90-3498

| Articulo | Serial | Descripción del articulo | Cant | Unds | Estado | Bod | Ext | Tipo proceso |
|----------|--------|--------------------------------------|------|------|-----------|-----|-----|--------------|
| C013 | | Baston 1 Pto Canadiense Negro FS923L | 1 | Und | ENTREGADO | 27 | S | |

Observaciones

Declaro que he recibido informacion basica sobre el uso de los equipos recibidos,

Andres Felipe Obando R.
Recibido (Firma paciente / Acudiente)
87070084

Autorizo a Amanecer Medico Ltda. a consultar y reportar en las centrales de riesgo.

Devuelto (Firma Paciente / Acudiente)

Novedades encontradas (Firma Conductor):

33

FORMULA MEDICA : 21911021

Fecha Atención: 2011/07/15 11:43:00

Fecha Entrega: 2011/07/15

Nombre del Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Identificación: CC 87070084

Tipo Plan: POS Contributivo

Convenio: Saludcoop ARP Clinica Los Andes - Pos Evento

IPS Primaria: Pasto norte Corporacion ips saludcoop Nariño

Nivel Salarial: 1

I.P.S Atiende: SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.

Edad: 26

Tipo Recetario

Medicamentos

⊗ DICLOFENACO SODICO SOL INY x75MG AMP x3ML (AMP) -
Pendiente - 2011/07/15, 3

⊗ TRAMADOL CLORHIDRATO SOL ORAL x100MG/ml FCO
x10ml (FCO) - Pendiente - 2011/07/15, 1

⊗ TRAMADOL CLORHIDRATO X50MG SOL INY AMP X1ML
(AMP) - Pendiente - 2011/07/15, 3

Posologia

aplicar im cada dia por 3 dias

tomar segun prescripcion por
neurologia

Aplicar im cada dia segun dolor

Observaciones

[Firma manuscrita]
Luis Fernando Malua Toro
Registro Médico: 10294355

Profesional

Luis Fernando Malua Toro

Registro Médico: 10294355

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición.

34C



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

FORMULA MEDICA

No. H. C. 87070084

FECHA 11/jul/2011

19 JUL 2011
19 AGO 2011 2 de

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|------|------|------|--|-----------|---------------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | | | DOC. ID. | CC - 87070084 |
| Entidad | SALUDCOOP EPS | | | | | DOMICILIO | |
| Diagnostico | G442 | DXR1 | M511 | DXR2 | | DXR3 | TELÉFONO 3185014299 |

| CODIGO | MEDICAMENTO | CANTIDAD | FECHA HORA |
|----------|---|----------|-----------------------------|
| MD100154 | METOCARBAMOL TABLETAS 750 MG. DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | 45 | 11/07/2011 09:41 -13 +15 |
| MD100055 | TRAZODONA TABLETAS 50 MG. DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL EN LA NOCHE, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | 60 | 11/07/2011 09:41 13 +15 |
| MD000513 | FLUOXETINA 20 mg (TABLETA O CAPSULA). DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL DESAYUNO, TRATAMIENTO PARA 04 MESES | 120 | 11/07/2011 09:41 30 +30 |
| MD100058 | NIMODIPINO TABLETAS 30 MG. DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL ALMUERZO, TAMIENTO PARA 04 MESES | 120 | 11/07/2011 09:41 30 +30 |
| MD100009 | VITAMINA B12 AMPOLLAS 1 MG. DOSIS: 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR 2 VECES EN SEMANA POR 01 MES | 8 | 11/07/2011 09:41 76 ok |

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico
Electroencefalografía
RMS 5515/99
Tel: 731 6599



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

No. H. C. 87070084

FECHA 11/jul/2011

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------|------|------|--|------|------------------|---------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | | | | DOC. ID. | CC - 87070084 |
| Entidad | SALUDCOOP EPS | | | | | | DOMICILIO | |
| Diagnostico | G442 | DXR1 | M511 | DXR2 | | DXR3 | TELÉFONO | 3185014299 |

| CODIGO | CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO | CANTIDAD | FECHA HORA |
|---------------|---|-----------------|-------------------|
| 904904 | TSH TIROIDEA ESTIMULANTE | 1 | 11/07/2011 09:41 |
| | | | |
| | | | |

DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
R.M. 551594
Tel. 7316599

DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES

R.M. 551594

Nota: Los cambios registrados en las moléculas, presentaciones, dosis, procedimientos o exámenes ordenados serán de estricta responsabilidad de quien realice dichas modificaciones y no del médico firmante de esta orden. Decreto 2200 de 2005 artículo 20 Min. Protección Social

242



RECETARIO MEDICO

| CODIGO | FECHA DE ELABORACIÓN |
|-------------|------------------------|
| FRFAR - 100 | 15 de agosto de 2009 |
| VERSIÓN | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
| 00 | 15 de agosto de 2009 |



NOMBRE: Andrés Uribe

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ ☐ No.

FECHA: Sept 28 / 2011

R/p.

Favor dar

cto Pronóstico

Física

1

Guillermo Uribe

NOMBRE MEDICO

FIRMA

Reconocimiento

FECHA IMPRESIÓN : 19-agosto-2011

N° : 6982323

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

N° IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

N° DE IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: IMPULSO Y MERCADEO 1

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M510
FECHA INICIAL: 19-Agosto-2011
FECHA FINAL: 28-Agosto-2011
DÍAS OTORGADOS: 10
DÍAS ACUMULADOS: 290
ORIGEN: Accidente De Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 19-Agosto-2011
FECHA ATP: 19-October-2010

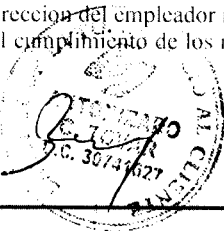
Observaciones:

DR SIGIFREDO ASUAAREZ MEDICINA LABORAL. , INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

- Este Certificado **NO** es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles.
- El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que Expide: Cruz Rocio Tovar Chamorro



FIRMA AUTORIZADA

hbc

AUTORIZACION DE SERVICIOS No. 6225403



SaludCoop



| | | | | | |
|--|--------------------|--|--|-----------------------------------|---|
| NOMBRES DEL PACIENTE Andres Felipe Obando Belalcazar | | TIPS AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE IDENT. Cédula Ciudadanía | IDENTIFICACIÓN 87070084 | EDAD 26 Años |
| NIVEL 1 | PLAN POS | IPS PRIMARIA: Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA Clinica Los Andes | | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE Cielo Yaqueline Arciniegas |
| ENTIDAD RECOBRO OTRA REGIONAL | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | | | |
| CAUSA EXTERNA ENFERMEDAD GENERAL | | DX. PRINCIPAL: M545 | | DX. SECUNDARIOS | |
| MODIGO 37601 | PROCEDIMIENTO (S) Nutricion y Dietetica Consulta | Cant 1 | FINALIDAD diagnostico | Lateralidad No Aplica | OBSERVACIONES FECHA APROBACIÓN: 2011/07/15 |

| | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|--|--|
| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | | | |
| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS | |
| IPS (%) 0 | USUARIO (%) 0 | PORCENTAJE 0 | 2,100.00 | | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

Cielo

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

| | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Clinica Los Andes | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 42 No 18 A-56 |
| TELEFONO | 7333780 |

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

7319000.

She

CONSULTORIO DE FISIOTERAPIA

Nombre: Andres Felipe Obando Fecha: 12-09-2011

R/p. Paciente con Dx de Mielopatía quien lleva 12 terapias físicas en las cuales se trabaja manejo de dolor AMA propiocepción estiramiento reeducación de la marcha se observa mejoría del dolor ocasional No se observa mejoría en AMA. y marcha. Se continúa manejo según diagnóstico médico

Fanny Torres Gamba
FISIOTERAPEUTA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
RES No 52 2252

CARRERA 37 N° 19 - 28 BARRIO PALERMO TELEFONO 7316488

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 65076870

 ORIGINAL

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcázar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporación Ips Nariño - Pasto Norte | | | |

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| IPS QUE SOLICITA | USUARIO QUE TRANSCRIBE |
| Clinica Los Andes | Rita Zenaida Toro Ríos |
| ENTIDAD RECOBRO | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR

| | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| CAUSA EXTERNA | ACCIDENTE DE TRABAJO | DX. PRINCIPAL: IM545 | DX. SECUNDARIOS |
| ODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD |
| 29112 Fisioterapia | | 10 diagnostico | No Aplica |

FECHA APROBACIÓN: 2011/09/14 v b dr martin navia

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------|--|
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | |
| | 0 | 0 | 0,00 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

NI 814002026 ASOCIACION TERAPEUTICA CRECER LTDA

DIRECCIÓN CARRERA 31 NO. 20-56 LAS CUADRAS Pasto Pasto

TELÉFONO 7311363

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

347

AUTORIZACION DE SERVICIOS No 65076494



| | | | | | |
|---------------------------------|-------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcázar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| IPS QUE SOLICITA | USUARIO QUE TRANSCRIBE |
| Clinica Los Andes | Rita Zenaida Toro Rios |
| ENTIDAD RECOBRO | |

| PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| CAUSA EXTERNA | ACCIDENTE DE TRABAJO | DX. PRINCIPAL: | DX. SECUNDARIOS |
| 36100 | Fisiatria Control | 1 diagnostico | No Aplica |
| ODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD |
| | | | Lateralidad |
| | | | OBSERVACIONES |
| | | | FECHA APROBACIÓN: 2011/09/14 |

| TIPO DE PAGO A REALIZAR | | | |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|--|
| AGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| PS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | |
| | 0 | 0 | 2.100,00 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

Handwritten signature and stamp: APP

| | |
|---------------------------------------|--|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| Vivir Ltda | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 42 No 18 A -56 PISO 6 CLINICA LOS ANDES EXT 600 |
| TELEFONO | 7314473 |

MEDICO QUE AUTORIZA **REGISTRO MEDICO**

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

Handwritten signature

NIT 860002183-9

FORMACIÓN DEL TRABAJADOR

AÑOS

NOMBRES:

APELLIDOS:

FORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD

INCAPACIDAD
DÍAS Número: 15 Letras: Deutsche

Clase
☐ Inicial ☒ Prórroga

Origen
☒ AT ☐ EP

INICIA 29/08/2011
FINALIZA 15/09/2011

DIAGNÓSTICO

COD. DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES:

Medicina Vascul - Arterio - Hipertensión

A.R.P. Colpastria

MEDICO TRATANTE

FIRMA RM

COLPASTRIA
SEGUROS DE VIDA A.R.P.
SUCURSAL DE IDENTIFICACION

FECHA DE EMISIÓN

25/08/2011

25 AGO 2011
RECIBIDO TI
PARA ESTUDIO 27/09/2011

Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
Dolor y Rehabilitación de
Columna, Nervio, Músculo y Hueso
Electromiografía y Neuroconducción
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.



ARP.

CoPedia

Fecha: 13.7.11

Nombre: Andrés Obando

Señales Trauma
Miopatía

T. Fisiolo = 60s

Sedativo - Reed. funcional,
Propiocepción - Coordinación -
Reent. marcha -
Plan Cerebro.

15 JUL 2011

14 SEP 2011

DR. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.
TP 881/91



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

No. H. C. 87070084

FECHA 11/jul/2011

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|------|------|------|--|------|-----------|---------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | | | | DOC. ID. | CC - 87070084 |
| Entidad | SALUDCOOP EPS | | | | | | DOMICILIO | |
| Diagnostico | G442 | DXR1 | M511 | DXR2 | | DXR3 | TELÉFONO | 3185014299 |

| CODIGO | CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO | CANTIDAD | FECHA HORA |
|--------|--|----------|------------------|
| 931000 | FISIOTERAPIA SESION. OBSERVACION: ESPASMO MUSCULAR CERVICAL | 15 | 11/07/2011 09:41 |
| | | | |
| | | | |

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico
Electroencefalografía
RMS 5515/94

352

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS



| | | | | | |
|---------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcazar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporacion Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Clinica Los Andes | | | | Rita Zenaida Toro Rios | |
| ENTIDAD RECOBRO ARP COLPATRIA | | | | | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN / PRE / POST

| | | | | | |
|---------------|----------------------|----------------------|-----------------|-------------|---|
| CAUSA EXTERNA | ACCIDENTE DE TRABAJO | DX. PRINCIPAL: IM541 | DX. SECUNDARIOS | | |
| ODIGO | PROCEDIMIENTO (S) | Cant | FINALIDAD | Lateralidad | OBSERVACIONES |
| 29112 | Fisioterapia | 10 | diagnostico | No Aplica | FECHA APROBACIÓN: 2011/08/19 r martin navia |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | |
|-----------------|-------------|------------------|---------------------------------|
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | |
| 0 | 0 | 0 | 0,00 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

ARP

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

| | |
|---|--|
| INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE | |
| NI 814002026 ASOCIACION TERAPEUTICA CRECER LTDA | |
| DIRECCIÓN | CARRERA 31 NO. 20-56 LAS CUADRAS Pasto Pasto |
| TELÉFONO | 7311363 |

IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA SOLO DENTRO DE LOS CINCO DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN

Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
Dolor y Rehabilitación de
Columna, Nervio, Músculo y Hueso
Electromiografía y Neuroconducción
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.



Fecha:

13.7.11

Nombre:

Andrés Obando

Bastón Consoliente #1

1102 111 51
R/B
7227700
CX+
135.

DR. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.
P. 638/91



354

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, febrero 7 de 2012.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 25 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

~~Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad~~
y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.
Cervicalgias postraumática.
Dorsalgia postraumática.
Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 20 días a partir del 8 de febrero 2011.
- 2.- CONTINUAR TRATAMIENTO CON FISIATRIA.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

08 FEB. 2012

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 314-7732 Cel: 015-1675915
PASTO

COLPATRIA INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

El informe del accidente de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad ajena.

EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Salu Coop ARPA A LA QUE ESTA AFILIADO: Colpatría 0708338

TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL: (1) EMPLEADOR ☒ (2) CONTRATANTE ☐ (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ☐ SEGURO SOCIAL: SI ☐ NO ☒ CUAL: Colpatría

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Impulso y Mercaderes SA TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Servicios

DIRECCIÓN: Cra 12 # 9704 PISO 3 MUNICIPIO: PASTO TELEFONO: 646 1212 FAX: 646 1212

DEPARTAMENTO: Cundinamarca MUNICIPIO: Bogotá

CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR: Carrefour Pasto

SON LOS DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO LOS MISMOS DE LA SEDE PRINCIPAL? SI ☐ NO ☒ SOLO EN CASO NEGATIVO DILIGENCIAR LAS SIGUIENTES CASILLAS SOBRE CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: Comercio SI ☐ NO ☒

DIRECCIÓN: Av. Panamericana entre Calle 11 y 12 TELEFONO: 733 5466 FAX: 729 3656

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: PASTO

TIPO DE VINCULACIÓN: (1) PLANTA ☒ (2) MISION ☐ (3) COOPERADO ☐ (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ ☐ (5) INDEPENDIENTE ☐

PRIMER APELLIDO: Obando SEGUNDO APELLIDO: Belakazar

PRIMER NOMBRE: Andrés SEGUNDO NOMBRE: Felipe

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ☐ CC ☒ CE ☐ NU ☐ PA ☐ TI ☐ No: 87070084 FECHA DE NACIMIENTO: 21/04/1985 SEXO: ☒ M ☐ F

DIRECCIÓN: Manzana 16 Casa 1 Panamericano TELEFONO: 729 3581 FAX: 729 3581

DEPARTAMENTO: Nariño MUNICIPIO: PASTO

OCCUPACIÓN HABITUAL: Publicador CARGO: Publicador

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 15/04/2010 SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL): \$ 540.000=

FECHA DEL ACCIDENTE: 19/04/2010 HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS): 03:00

JORNADA DE TRABAJO HABITUAL: (1) HABITUAL DIURNO ☒ (2) NOCTURNA ☐ (3) MIXTA ☐ (4) TURNOS ☐

DIAS DE LA SEMANA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: LU MA MI JU VI SA DO

JORNADA EN LA QUE SUCEDE: (1) NOCTURNA ☒ (2) EXTRA ☐

ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL? SI ☒ NO ☐ DILIGENCIAR SOLO EN CASO NEGATIVO: QUAL

TIPO DE ACCIDENTE: (1) VIOLENCIA ☐ (2) TRANSITO ☐ (3) DEPORTIVO ☐ (4) RECREATIVO O CULTURAL ☐ (5) PROPIOS DEL TRABAJO ☒ (6) FUERA DE LA EMPRESA ☐

CARGO MATERIAL DEL ACCIDENTE: (1) SI ☐ (2) NO ☒ DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE: Nariño MUNICIPIO DEL ACCIDENTE: PASTO

ZONA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: U ☒ R ☐ LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE: (1) DENTRO DE LA EMPRESA ☒ (2) FUERA DE LA EMPRESA ☐

INDIQUE CUAL SITIO: (1) ALMACENES O DEPÓSITOS ☐ (2) ESCALERAS ☐ (3) PASADIZOS ☐ (4) OTROS ESPACIOS ☐ (5) OTROS ESPACIOS ☐

TIPO DE LESIÓN: (1) FRACTURA ☐ (2) LUXACIÓN ☐ (3) LACERACIÓN, ESQUINCE, DESGARRO MUSCULAR, HERIDA O LACERACIÓN DE ARTERIA O TENDÓN, ENTORNO ☒ (4) AMPUTACIÓN O ENCLAVACIÓN (Indicar el miembro afectado) ☐

PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO: (1) CABEZA ☐ (2) TRONCO ☒ (3) TORAX ☐ (4) MIEMBROS SUPERIORES ☐ (5) MIEMBROS INFERIORES ☐ (6) PIES ☐

AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONÓ EL TRABAJADOR): (1) MÁQUINAS Y/O EQUIPOS ☐ (2) MEDIOS DE TRANSPORTE ☐ (3) APARATOS ☐ (4) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS ☐ (5) AMBIENTE DE TRABAJO ☐ (6) ANTIJAL ES (pírcas o productos similares) AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS ☐

MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE: (1) CAÍDA DE PERSONAS ☐ (2) CAÍDA DE OBJETOS ☐ (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES ☐ (4) ATRAPAMIENTOS ☐ (5) SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO ☐ (6) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD ☐ (7) EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O BALTICADURAS ☐ (8) OTROS, ESPECIFICAR: EXPOSICIÓN A LA CALOR

DESCRIBA DETALLADAMENTE DENTRO DE LA INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE, QUE LO ORIGINÓ O CAUSÓ Y LOS DEMÁS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ACCIDENTE: Se cayó de la escalera tipo Av. en el momento de bajar a la bodega de la tienda.

PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE: Se cayó de la escalera tipo Av. en el momento de bajar a la bodega de la tienda.

Hubo personas que presenciaron el accidente? SI ☒ NO ☐ en caso afirmativo diligenciar la siguiente información: TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ... CARGO: ...

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: ...

ORIGINAL (P.S. - C.P.)

356



NUMERO DE GUIA 000011615077

| | | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------|--------------|------------------|
| OFICINA | ESTACION BUCHELI | ATENDIDO POR | ANDRADE ADRIANA | FECHA Y HORA | 27/01/2012 11:10 |
| REMITENTE: NOMBRE O RAZON SOCIAL | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | | IDENTIFICACION | 87070084 | |
| DIRECCION | MZ 25 CASA # 1 LA MINGA | | TELEFONO | 7305344 | |
| ORIGEN | PASTO | DEPTO./ESTADO NARIÑO | PAIS | COLOMBIA | |
| DESTINATARIO: NOMBRE O RAZON SOCIAL | JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION.....MARIA CRISTINA TOBARES | | TELEFONO | 5536036 | |
| DIRECCION | CL 5E # 42A-05 BRR TEQUENDAMA | DEPTO./ESTADO CO-VALLE DEL CAUCA | PAIS | COLOMBIA | |
| DESTINO | CALI | CODIGO POSTAL | PRODUCTO | NACIONAL | |
| DICE CONTENER | DOCUMENTOS | | # DE PIEZAS | 1 | |
| CONDICIONES ESPECIALES DE MANEJO | Bolsa: 44968634 | | | | |
| PESO VOLUMETRICO | PESO(REAL KG): | 0.03Kgr. | PESO COB: | 0.03Kgr. | |
| FORMA DE PAGO | EFFECTIVO | | | | |
| VALOR ASEGURADO | \$50000.00 | CARGO POR MANEJO | 500 | | |
| COPIA REMITENTE | | VALOR DEL SERVICIO | \$7000.00 | | |
| | | DESCUENTO | 0 | | |
| | | TOTAL | \$7500.00 | | |
| DIA PROBABLE DE ENTREGA | | | | | |
| 31 Ene 2012 11:11:00 | | | | | |

San Juan de Pasto, enero 26 de 2012.

Doctora.

MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS.

Junta de Calificación de Invalidez del Valle
Cali.

Ref: Recurso de reposición y subsidiario de apelación contra el dictamen 79811211 del
26 de diciembre 2011.

Por medio del presente solicito muy respetuosamente se ponga en consideración este recurso ante la Junta de Invalidez del Valle que Uds. dignamente presiden, con base a los siguientes términos en mi alegato.

En mi anterior dictamen no fui por la Junta Regional de Invalidez del Valle, por motivos a que fui citado sin previo aviso y la ARP no me proporciono los medios de transporte, siendo determinado mi porcentaje por la historia clínica, dándome unos valores no acordes con el daño de mi columna debido a trauma sufrido en accidente de trabajo.

MI DEFICIENCIA 1.- fue calificada mal de acuerdo a la legislación pertinente al código de invalidez, por mi trastorno lumbar con un 2.50% Tabla 1.16 correspondiente a los síndromes dolorosos de columna, calificándome con el valor de la fila 15 la cual reza "lumbalgia postraumática con moderadas alteraciones clínicas y radiográficas, sin alteraciones electromiográficas", lo cual no es cierto es todo lo contrario, ya que mis resultados de exámenes (R.M) que adjunto demuestran que tengo una protrucción discal central con ligera asimetría derecha que posiblemente es la causante del dolor y paresia en este lado, produciéndome además pérdida de la fuerza muscular de este mismo lado, dándome un valor bajo, olvidándose calificar con la columna 18 de esta misma tabla con un valor de 5%,

2.- Además debería calificarse mi disconfor y pérdida de fuerza; además no se valoro mis ángulos de movilidad alterados de mi columna dorso lumbar, movimientos alterados en 50% en cada uno de ellos, correspondiéndome un 8,50%.

3.- Ángulos de movilidad de pierna derecha con pérdida de un cincuenta por ciento de cada movimiento: 5.50%

Total deficiencia: 12.74%

PARA UNA DEFICIENCIA TOTAL DE 10.57%.

MI DISCAPACIDAD: siendo esta consecuencia de las secuelas anteriores, no es posible que se deje de calificar justamente con los valores acordes al daño sufrido, en especial en lo correspondiente a locomoción y disposición de mi cuerpo, con valor total de de 4.50%

MI MINUSVALIA:

Con referencia a la calificación de mi minusvalía se olvidaron de calificar los siguientes Categorías así.

2.- Minusvalía de Independencia física: Independencia física con ayuda, no hay que olvidar que para facilitar mi desplazamiento necesito de un bastón canadiense para no perder estabilidad y evitar caerme: 0.5%

4.- Minusvalía ocupacional:

Cambio de ocupación: Me encuentro en un estado en que no puedo realizar mi labor habitual u ocupación con tareas similares, estando reubicado en el momento: 7.50% .

TOTAL 8.00%

PETICION: Deseo que se estudie de una manera más cuidadosa y se me asigne los valores que merecen mi daño corporal, teniendo en cuenta mi rol ocupacional como obrero en bodega de Carrefour Pasto, ya que no me puedo desempeñando en mi trabajo habitual anterior, incrementándose el dolor por sobreesfuerzo, y me encuentro estigmatizado por ser rechazado para muchos trabajos de mi perfil ocupacional, no es por demás contarles que continuó en tratamiento por, neurocirugía, fisioterapia y clínica del dolor, urología por vejiga neurogénica.

Gran total merecido: 25.24% por daños de columna lumbar, paresia de pierna derecha y disminución de movimientos de tronco.

El presente recurso lo realizo de acuerdo al manual de procedimientos para las Juntas de Invalidez y el Decreto 2463 del 2001 y el Decreto 917 de 1999 del Ministerio de Protección Social.

Atentamente, (

Andrés Felipe Obando B.
ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCAZAR

CEDULA 87.070.084 de Pasto.

DIRECCION: manzana 25 Casa N°1 Barrio Minga. Pasto.

TEL: 7305344- 3185014291

30 nov 2011
JPPM

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
SAN JUAN DE PASTO
PALACIO DE JUSTICIA - OFICINA 210 - TELEFONO 7237367 FAX 7292373

OFICIO 2250

Pasto, 30 de noviembre de 2011

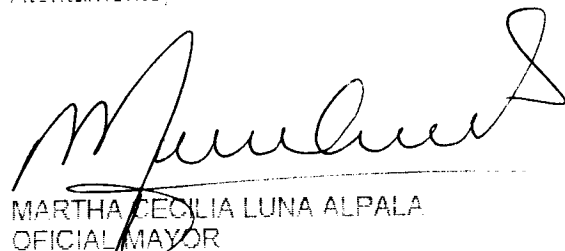
Señor:
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Calle 18 No 27-74 Segundo Piso, centro de la ciudad.
Pasto (N).

Ref: REQUERIMIENTO EN TUTELA No. 2011-0084-00
ACCIONANTE: ANDRES FELIPE OBANDO
ACCIONADO: SALUDCOOP EPS

Comedidamente me permito NOTIFICARLE que este Despacho, a través de providencia de fecha 29 de noviembre de la presente anualidad, decidió REQUERIR a Saludcoop EPS. para que agencie la asignación de cita con médico fisiatra por usted requerida, a fin de continuar con el control y atención médica que su patología necesita. La citada providencia en su parte resolutive a la letra dice:

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Penal Municipal de Pasto - Nariño, **RESUELVE:** 1.- antes de dar apertura al incidente de desacato propuesto se dispone Oficiar a SALUDCOOP EPS. para que dentro del término improrrogable de **CUATRO (4) DIAS SIGUIENTES**, contados a partir del recibido de la presente comunicación, agencie la asignación de la cita con médico Fisiatra requerida por el señor ANDRES FELIPE OBANDO B., a fin de continuar con el control y atención médica que su patología requiere, de lo cual deberá dar cuenta a este Juzgado. 2.- Remítase a la accionada copia del escrito presentado por el actor y copia del presente auto, para que se proceda de conformidad y resuelva sus quejas e inquietudes. 3.- Cumplido lo anterior e inmediatamente se cuente con la respuesta dese cuenta para resolver. 4.- comuníquese a los interesados esta decisión por el medio más eficaz. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE -- - FDO --- NOHORA UNIGARRO FIGUEROA- JUEZ" NEGRILLA Y SUBRAYADO FUERA DE TEXTO.**

Atentamente,



MARTHA CECILIA LUNA ALPALA
OFICIAL MAYOR

JPPM/ Miuna

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367

Rdo 360
21-NOV-11
Hora: 3:45 PM.
Jaime Lasso

Oficio AT No. 2170

OFICIO URGENTE INCIDENTE TUTELA

San Juan de Pasto, 18 de noviembre de 2.011

SEÑOR:

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Calle 18 No 27-74 Segundo Piso Centro de la Ciudad.
Pasto (N)

Ref: INCIDENTE TUTELA No. 2011-00084-00

ACCIONANTE:

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

ACCIONADO:

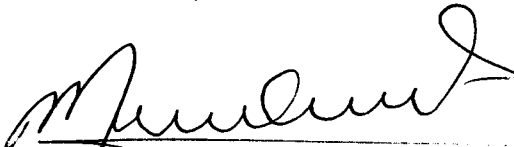
SALUDCOOP

Cordial saludo,

Me permito informarle que mediante auto de la fecha se dispuso citarlo, a fin de escucharlo en declaración respecto de los hechos que fundamentan la iniciación de trámite incidental, dentro de la acción de tutela radicada en este despacho con el No 2011- 00084.

Por lo anterior le ruego asistir a este despacho, al recibo de la presente comunicación en horario de oficina.

Atentamente,


MARTHA CECILIA LUNA ALPALA.
OFICIAL MAYOR.

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367

Oficio AT No. 2189

OFICIO URGENTE INCIDENTE TUTELA

San Juan de Pasto, 18 de noviembre de 2.011

SEÑOR:

ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

Calle 18 No 27-74 Segundo Piso Centro de la Ciudad.
Pasto (N)

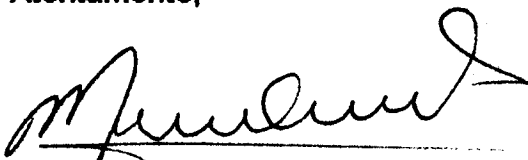
Ref: INCIDENTE TUTELA No. 2011-00084-00
ACCIONANTE: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
ACCIONADO: SALUDCOOP

Cordial saludo,

Me permito informarle que mediante auto de la fecha se dispuso citarlo, a fin de escucharlo en declaración respecto de los hechos que fundamentan la iniciación de trámite incidental, dentro de la acción de tutela radicada en este despacho con el No 2011- 00084.

Por lo anterior le ruego asistir a este despacho, al recibo de la presente comunicación en horario de oficina.

Atentamente,



MARTHA CECILIA LUNA ALPALA.
OFICIAL MAYOR.

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367

Rdo 362
09-23-11
Hora: 10:52 A.M.
Jairo Lasso

Oficio No. 1815
Pasto, 22 de septiembre de 2.011

SEÑOR:
BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR
Calle 18 No. 27 – 74, Segundo Piso, Centro
Teléfono 7363589
PASTO

Ref: Requerimiento Tutela 2011-00084-00.
Accionante: Andrés Felipe Obando Salázar

Cordial saludo.

Me permito notificarle que el día 22 de septiembre de los cursantes se profirió auto dentro del incidente de desacato de la referenciada, para lo cual se transcribe la parte resolutive:

"Pasto, veintidós (22) de septiembre de dos mil once (2.011)... el JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, NARIÑO, CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la constitución y la ley, **RESUELVE.-**

1.- REQUERIR al señor(a) Representante Legal de la EPS SALUDCOOP, para que dentro del término improrrogable de cuatro (4) días se manifieste respecto del escrito presentado por el señor BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR, agente oficioso del señor ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR para que informe el porqué de la dilación en entregar el BASTÓN CANADIENSE, que fuera autorizado por esa entidad el trece (13) de agosto de 2.011. 2.- Así mismo la EPS SALUDCOOP, deberá brindar información, acerca del integral y efectivo cumplimiento que se le está dando a la orden tutelar impartida, se le advierte que de no ser atendido este requerimiento en el término concedido, el Juzgado pasará a estudiar la viabilidad del INCIDENTE DE DESACTO. 3.- Remítase a la accionada copia de la presente providencia y del escrito presentado por la accionante, para que se proceda de conformidad con lo ordenado. 4.- Cumplido lo anterior e inmediatamente se cuente con la respuesta dese cuenta para resolver. 5.- Comuníquese esta determinación a los interesados por el medio más expedito posible.

Atentamente,


OSCAR DELGADO CALDERÓN
ESCRIBIENTE

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO
PALACIO DE JUSTICIA SEGUNDO PISO
TELEFONO 7237367

Oficio AT No. 1857
Pasto, 3 de octubre de 2.011

SEÑOR:
BORIS ANDRÉS LOMBANA SALAZAR
Calle 18 No. 27 – 74, Segundo Piso, Centro
Teléfono 7363589
PASTO

Ref: Notificación Tutela 2011-00084-00.
Accionante: Andrés Felipe Obando Belalcázar

Cordial saludo.

Me permito notificarle que el día 3 de octubre de los cursantes se profirió auto dentro de la tutela referenciada, para lo cual se transcribe la parte resolutive:


"Pasto, tres (3) de octubre de dos mil once (2.011)... el JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO, NARIÑO, CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la constitución y la ley, **RESUELVE.-**

PRIMERO: ABSTENERSE de dar apertura al incidente de desacato elevado, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: NOTIFIQUESE de esta decisión a los sujetos procesales, envíese al accionante copia de la presente providencia, y de la contestación realizada por la tutelada.

TERCERO: ARCHIVAR de manera definitiva el incidente de desacato propuesto por el tutelante, por las razones expuestas en la parte motiva. **NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE. (fdo) NOHORA UNIGARRO FIGUEROA. JUEZ.**

Atentamente,


OSCAR DELGADO CALDERÓN.
ESCRIBIENTE.

364

RADICACIÓN : 520014004001-2011-00084-00
PROCESO : REQUERIMIENTO DE TUTELA
ACCIONANTE : ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR
ACCIONADO : SALUDCOOP EPS

SECRETARIA. Pasto 3 de octubre de 2.011. En la fecha doy cuenta a la señora Jueza de la contestación allegada por la entidad accionada dentro de la tutela de la referencia.

Dígnese Proveer.

MAGDA LUCÍA ROMERO BENAVIDES
SECRETARIA

JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO
CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO

Pasto, tres (3) de octubre de dos mil once (2.011).

La EPS SALUDCOOP en respuesta al requerimiento realizado por el representante legal del señor **ANDRÉS FELIPE OBANDO BELALCÁZAR** a través de este Despacho Constitucional, frente al Incumplimiento del fallo de tutela 2011-00084-00 que amparó las garantías fundamentales a vida digna, salud y seguridad social del actor; manifestó que la institución viene dando total cumplimiento al fallo de tutela, toda vez que adelantó las autorizaciones y gestionó la entrega del **BASTÓN CANADIENSE**.

Estudiada la contestación presentada por la Gerente Regional de la EPS SALUDCOOP, se denota que la entidad requerida ha autorizado el insumo prescrito para el tratamiento de la enfermedad padecida por el paciente, y para dar cumplimiento al lineamiento impuesto por el Juzgado, adjunta un acta de entrega de **BASTÓN CANADIENSE** en calidad de préstamo que data de 28 de septiembre hogano; visto lo anterior, se constata que se encuentra gestionada la entrega del insumo solicitado, por ende, se encuentra verificado lo ordenado por parte del médico tratante.

En consecuencia de lo anterior, este Despacho, no advierte la necesidad de dar apertura al incidente de desacato impetrado, al contrario se estima la procedencia de su archivo.

Por lo brevemente expuesto el Juzgado Primero Penal Municipal de Pasto con Funciones de Conocimiento,

RESUELVE:

PRIMERO: ABSTENERSE de dar apertura al incidente de desacato elevado, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: NOTIFÍQUESE de esta decisión a los sujetos procesales, envíese al accionante copia de la presente providencia, y de la contestación realizada por la tutelada.

TERCERO: ARCHIVAR de manera definitiva el incidente de desacato propuesto por el tutelante, por las razones expuestas en la parte motiva.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


NOHORA UNIGARRO FIGUEROA
Jueza Primera Penal Municipal

San Juan de Pasto, Septiembre de 2011

Señor:

JUEZ PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO

E. S. D.

REF. Acción de Tutela No. 2011-0084
Requerimiento Oficio No. 1816

LUZ DARY MUÑOZ ZARAZA, en mi calidad de Gerente Regional de SALUDCOOP EPS, por medio del presente me permito dar contestación al requerimiento en referencia con fundamento en las siguientes consideraciones:

Lo primero que se debe manifestar que es SALUDCOOP EPS ha garantizo y dispuesto todo lo necesario para el cumplimiento del fallo proferido por su despacho, para lo cual me permito anexar copia del acta de entrega del "Bastón Canadiense" al señor ANDRES F. OBANDO efectuada por el proveedor AMANECER MEDICO y recibido por el usuario.

Así las cosas se tiene que SALUDCOOP EPS ha acatado plenamente el fallo proferido toda vez que no se le ha negado servicios y se le ha entregado los insumos formulados.

De acuerdo a lo anterior se tiene que los fundamentos planteados por la señora accionante en el incidente de desacato no pueden demostrar que la EPS SALUDCOOP haya incurrido en incumplimiento a la orden judicial impartida por su despacho, y así las cosas habría sustracción de materia para dar apertura a un incidente de desacato.

PRUEBAS:

Solicito a usted tener como pruebas la copia del acta de entrega del bastón ordenada constante en dos folios.

PETICIONES

De manera respetuosa solicito al despacho NEGAR EL TRAMITE INCIDENTAL teniendo en cuenta las consideraciones antes expuestas y las pruebas aportadas y que como consecuencia de lo anterior se DISPONGA EL CIERRE DEL TRAMITE INCIDENTAL y se ordene el archivo de las presente diligencias.

Atentamente,


LUZ DARY MUÑOZ ZARAZA
Gerente Regional
SALUDCOOP - NARIÑO



San Juan de Pasto, Septiembre de 2011

Señor:

JUEZ PRIMERO PENAL MUNICIPAL DE PASTO

E. S. D.

REF. Acción de Tutela No. 2011-0084
 Requerimiento Oficio No. 1816

LUZ DARY MUÑOZ ZARAZA, en mi calidad de Gerente Regional de SALUDCOOP EPS, por medio del presente me permito dar contestación al requerimiento en referencia con fundamento en las siguientes consideraciones:

Lo primero que se debe manifestar que es SALUDCOOP EPS ha garantizo y dispuesto todo lo necesario para el cumplimiento del fallo proferido por su despacho, para lo cual me permito anexar copia del acta de entrega del "Bastón Canadiense" al señor ANDRES F. OBANDO efectuada por el proveedor AMANECER MEDICO y recibido por el usuario.

Así las cosas se tiene que SALUDCOOP EPS ha acatado plenamente el fallo proferido toda vez que no se le ha negado servicios y se le ha entregado los insumos formulados.

De acuerdo a lo anterior se tiene que los fundamentos planteados por la señora accionante en el incidente de desacato no pueden demostrar que la EPS SALUDCOOP haya incurrido en incumplimiento a la orden judicial impartida por su despacho, y así las cosas habría sustracción de materia para dar apertura a un incidente de desacato.

PRUEBAS:

Solicito a usted tener como pruebas la copia del acta de entrega del bastón ordenada constante en dos folios.

PETICIONES

De manera respetuosa solicito al despacho NEGAR EL TRAMITE INCIDENTAL teniendo en cuenta las consideraciones antes expuestas y las pruebas aportadas y que como consecuencia de lo anterior se DISPONGA EL CIERRE DEL TRAMITE INCIDENTAL y se ordene el archivo de las presente diligencias.

Atentamente,

LUZ DARY MUÑOZ ZARAZA
Gerente Regional
SALUDCOOP - NARIÑO

ACTA DE ENTREGA

EQUIPO: Bastón Canadiense
USUARIO: Andres Felipe Obando Belalcazar
DIRECCIÓN: Manzana D casa 16 B/ Panorámico 1
TELEFONO: _____

En San Juan de Pasto a los 28 días del mes de Septiembre, Se hizo presente a las instalaciones de Saludcoop EPS ubicadas en la Cra. 36 no. 12 - 55 Barrio La Castellana de esta ciudad, el señor Andres Felipe Obando con el fin de recibir el equipo _____ elemento ordenado por el Juzgado mediante fallo no. _____

SE ENTREGA AL USUARIO EL EQUIPO EN CALIDAD DE PRESTAMO CON EL COMPROMISO DE DEVOLVERLO EN BUEN ESTADO SALVO SU DETERIORO NORMAL (Art. 12 R. 5261/94).

QUIEN RECIBE: Andres Felipe Obando B. 84040084

QUIEN ENTREGA: AMANECEER
MEDICO
7310172

DE : AMANECER

MEDICO

NO. DE TEL : 7310172

23 SEP. 2011 09:59AM P1



BUSTADÓ: Avenida Calles 12 y 13 Local 11 - Tel: (2) 329 12 20 - 329 12 21
 CALI: JIRCANAR: Carrera 40 No 45-46 - Tel: (2) 329 12 20 - 329 12 21
 CALI: BUSTADÓ: Carrera 49 No 50-51 - Tel: (2) 329 12 20 - 329 12 21
 CALI: NORTE: Avenida Estación N° 14A-15 - Tel: (2) 329 12 20 - 329 12 21
 MEDIO: Avenida Bolívar No. 8266-20 - Tel: (2) 329 12 20 - 329 12 21
 MANIZALES: Carrera 25 No 594-30 - Tel: (6) 350 10 10 - 350 10 11
 RICAÑA: Calle 18 Sur No 13-32 - Tel: (2) 890 30 90
 RORANAY: Carrera 5 No 101-101 - Tel: (2) 823 5670
 RORANAY: Avenida 60 de Agosto No 41-43 - Tel: (6) 329 12 20 - 329 12 21
 PASTO: Calle 10 No 31-33 - Tel: (2) 731 72 92 - 731 72 93
 SUBINVENTURA: Carrera 6 No 3-65 Local 1 - Primer Piso - Tel: (2) 341 87 20
 Email: amanecermedico@hotmail.com
www.amanecermedico.com



Sucursal: AMANECER MEDICO

Fecha Creación: 28/09/2011

Fecha de pago: 28/09/2011 14:29:48

OS NUMERO 3498

Paciente: ANDRÉS FELIPE OBANDO

Entidad/Resp: SALUDCOOPE P.S.

ID: 87070084

D: 803250119

MZ D OS 16

AUTO. NORTE (Cr 45) No 91-95

B/ BR PANORAMICO I PASTO

B/ Beten BOGOTA

Telefono: 7293381

Telefono: 300 896 05 43



1-1-90-3498

| Articulo | Serial | Descripción del articulo | Cant | Unds | Estado | Bod | Ext | Tipo proceso |
|----------|--------|--------------------------------------|------|------|-----------|-----|-----|--------------|
| C013 | | Baston 1 Pto Canadiense Negro FS923L | 1 | Und | ENTREGADO | 27 | S | |

Observaciones

Declaro que he recibido información básica sobre el uso de los equipos recibidos,

Andrés Felipe Obando B

Recibido (Firma paciente / Acudiente)

Etefobu

Autorizo a Amanecer Medico Ltda. a consultar y reportar en las centrales de riesgo.

Devuelto (Firma Paciente / Acudiente)

Novedades encontradas (Firma Conductor)

Inicio Atención: 2010/11/23 11:38:00

Fin Atención: 2010/11/23 1

| | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| IPS Atención: SC IPS Pasto Norte | | Ciudad: Pasto | |
| Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | | Identificación: CC 87070084 Estado Civil: SOLTERO | |
| Sexo: MASCULINO | Edad: 25 Años 5 Meses 2 Días | Fecha Nac: 1985/06/21 | Grupo Atención: Otros |
| IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte | | Regional: | |
| Fecha Ingreso: 2010/11/23 | Hora Ingreso: 11:16:22 | Nro Cuenta: 36165770 | Ocupación: AUXILIAR |
| Dirección: MZ D CASA 16 | | Teléfono: 7293381 | |
| Convenio: Convenio Ips Pasto norte - Tipo Afiliado: COTIZANTE | | Ambito Realización: AMBULATORIO | |
| Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL | | | |
| Finalidad: NO APLICA | | | |
| Acompañante: | | Tel: | |
| Responsable del Usuario: | | Tel: | |
| Parentesco Responsable: | | | |
| Motivo Consulta: DOLOR EN REGION DE COLUMNA LUMBAR | | | |
| Enfermedad Actual: SR NO SP NO | | | |
| PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DOLOR EN REGION LUMBAR CON PRESENCIA DE PARESTESIAS CONDIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD SE ENCUENTRA EN RODILLA DE RUEDAS POR CAIDA DE ESCALERA DE 3 METROS POR LO CUAL ASISTE | | | |
| SIGNOS VITALES: FC: 80 Sistole: 120 Diastole: 80 T.A.M93.33 FR: 18 T°: 36 Saturación: 0 Glucometría: 0 | | | |
| Talla: 172 Peso: 101 I.M.C: 34.14 | | | |
| ANTECEDENTES PERSONALES | | | |
| Grupo | Antecedente | Fecha | Observaciones |
| Patológicas Infecciosas | Varicela | 2010/11/23 | |
| Patológicas Infecciosas | Hepatitis | 2010/11/23 | A |
| Congénitos | No Refiere | 2010/11/23 | |
| Otras | No refiere | | |
| REVISIÓN POR SISTEMAS | | | |
| Sistema | Variable | | Observaciones |
| Neurológico y Psíquico | | | |
| Órganos de los sentidos | | | |
| Piel y Fanerreas | | | |
| Sistema Cardiovascular | | | |
| Sistema Colágeno | | | |
| Sistema Endocrino | | | |
| Sistema Gastrointestinal | | | |
| Sistema Genital | | | |
| Sistema Linfático | | | |
| Sistema Muscular | | | |
| Sistema Osteoarticular | | | |
| Sistema Respiratorio | | | |
| Sistema Sanguíneo | | | |
| Sistema Urinario | | | |
| EXAMEN FISICO | | | |
| Parte del Cuerpo | Variable | | Observaciones |
| a. Cabeza y Cráneo | Normal | | |
| c. Oído | Normal | | |
| e. Nariz | Normal | | |
| f. Cuello | Normal | | |
| i. Abdomen | Normal | | |
| k. Sistema Genital Masculino | Normal | | |
| l. Extremidades Superiores | Normal | | |
| m. Extremidades Inferior | Anormal | | DISMINUCION DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS EN MIEMBROS INFERIORES CON ATROFIA NO PUEDE CAMINAR |
| n. Neurológico | Anormal | | AUSENCIA DER SINSIBILIDAD EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO REFLEJOS AUSENTES |
| DIAGNOSTICOS | | | |
| Nombre | Tipo | CIE10 Tipo Dx | Observaciones |
| Compresiones de las raices y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales (m50-m51) | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | G551 CONFIRMADO REPETIDO | |
| Compresion medular, no especificada | DIAGNOSTICO SECUNDARIO | G952 CONFIRMADO NUEVO | |
| INTERCONSULTAS | | | |
| Nombre | Especialidad | | Observaciones |
| HeOn | Tuesday, November 23, 2010 | 12:55:08 PM | Pag. 1 De 2 |

IPS Atención: SC IPS Pasto Norte
Paciente: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR Identificación: CC 87070064 Ciudad: Pasto Estado Civil: SOLTERO
Sexo: MASCULINO Edad: 25 Años 5 Meses 2 Días Fecha Nac: 1985/06/21 Grupo Atención: Otros
IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte
Fecha Ingreso: 2010/11/23 Hora Ingreso: 11:16:22 Nro Cuenta: 36165770 Ocupación: AUXILIAR

INTERCONSULTAS

| Nombre | Especialidad | Observaciones |
|--------------------|--------------|---------------|
| Ortopedia Consulta | ORTOPEDIA | |

MEDICAMENTOS

| Nombre | Posología | Observaciones |
|--|--|---------------|
| prednisolona tab. x5mg (tab) | tomar 1 tableta despues del almuerzo | |
| betametasona fosfato sol. iny. x4mg amp. x1ml (amplicar) | 2 ampollas intramuscular dosis unica | |
| naproxeno tableta x250mg(tab) | tomar 1 tableta cada 8 horas 7am 3pm 10 pm | |
| artica crema fco x50g (fco) - lablarve | aplicar 3 veces al dia | |

INCAPACIDADES Fecha Inicial: 2010/11/23 Fecha Final: 2010/11/26 Duración (Días): 4
Tipo: Ambulatoria No Quirúrgica Concepto: Enfermedad General

Diagnóstico: G551 Compresiones de las raíces y plexos nerviosos en trastornos de los discos intervertebrales (m50-m51)

Observaciones PACIENTE QUE PRESENTA COMPRESION DE CANAL MEDULAR CON HERNIA DISCAL

RECOMENDACIONES: SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDISTA EN COLUMNA HAY COMPROMISO SEVERO DE CANAL MEDULAR EN RESONANCIA CON HERNIA DISCAL Y COMPROMISO MEDULAR POR LO QUE SE SOLICITA URGENTE

PLAN TERAPEUTICO:

Profesional: Erbin Tobin Narvaez Solarte
Identificación: 5207090

Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 5207090

SEÑORES



372

17084717 ARGEMIRO RAIÑOS GUZMAN

Tel. 3312502

CALLE 34 # 96-79

CALI

314 661 9644

TM. 314 661 9574

AUTORIZACION DE SERVICIOS

| | | |
|--|---|----------------------------|
| SINIESTRO: 20101017557 FECHA: 2010/10/19 | FECHA DE EXPEDICION 2011/08/25 - 9:11:07 | AUTORIZACION No. 377727 |
|--|---|----------------------------|

SIRVASE PRESTAR A NUESTRO USUARIO:

AFILIACION: 150419 CEDULA CIUDADANIA 87070084 ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR

INFORMACION DEL SERVICIO

MEDICO REMITENTE: 16733160 ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA

| CODIGO | SERVICIO |
|--------|-----------------------|
| 6 | CONSULTA ESPECIALISTA |

| CODIGO | DIAGNOSTICO |
|--------|--|
| S335 | ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR |
| M511 | TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPA |

| CODIGO | PROCEDIMIENTO |
|--------|---|
| S31302 | TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES; REDONDO |

| OBSERVACIONES |
|---|
| SE AUTORIZA TRANSPORTE DE COLPATRIA AFUNDACION VALLE DEL LILI IDA Y REGRESO) VOBO DR SIMON SUJETO AUDITORIA MEDICA |

AUTORIZADO POR

RECIBIDO POR

NM LOPEZZ

373

**ARP COLPATRIA CONCEPTO
MÉDICO DE APTITUD LABORAL**



| Datos de Impresión | | |
|--------------------|----------|---------|
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/08/25 | 09:42:35 | SREYM |
| REGIONAL CALI | | |

CALI 2011/08/25

Empresa Nit
Trabajador Documento

Concepto Tipo Examen
Vigencias Recomendaciones

Observaciones

Trabajador que como consecuencia de accidente laboral, ocurrido el 2010/10/19 , debe realizar su labor teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

** ALTERNAR POSTURA SEDENTE CON LA DE PIE MINIMO CADA 30 MINUTOS.

** CAMINAR MAXIMO 30 MINUTOS CADA 4 HORAS.

** PUEDE REALIZAR DESPLAZAMIENTOS PUNTUALES POR TERRENOS IRREGULARES TOMANDO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR LESIONES SOBRE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA.

** MANIPULACION DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 5 KGS.

** LEVANTAMIENTO DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 5 KG.

** TRANSPORTE DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 10 KG.

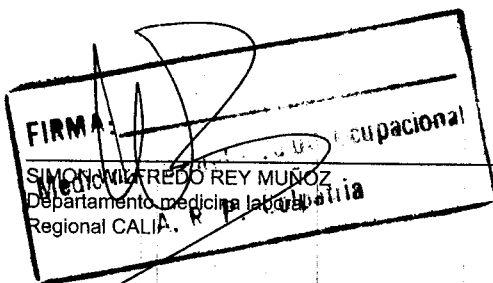
***** TRABAJADOR QUE PUEDE HACER LABORES EN UN PUESTO DE TRABAJO EN DONDE NO SEA NECESARIO LA FLEXION-EXTENSION FRECUENTE DE COLUMNA DORSOLUMBAR DURANTE EL TURNO***** PUEDE HACER LABORES CON MANIPULACION DE PESOS LIVIANOS***** PUEDE HACER TRABAJOS EN LOS QUE NO TENGA QUE HACER DESPLAZAMIENTOS DE MANERAFRECUENTE EN EL TURNO Y PUEDA ALTERNAR A LIBRE DISPOSICION SU POSTURA SENTADO-DEPIES-

**RECIBIR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, CON ÉNFASIS EN SALUD OCUPACIONAL.

**CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL QUE SE HAN ESTABLECIDO POR LA EMPRESA DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO.

**UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO.

**EXTENDER EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS RECOMENDACIONES A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FUERA DEL TRABAJO.



Andrés Felipe Obando B
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE
C.C. 87 270 084

Ley 776 de 2002 Artículo 4°, reincorporación al trabajo. Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado de la misma categoría.

Si su empresa requiere asesoría para el retorno al trabajo, la puede solicitar a través del CallCenter 4235757 opción 5 - Fuera de Bogotá 01-800-0514045

379

ARP COLPATRIA CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



| Datos de Impresión | | |
|--------------------|----------|---------|
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/08/25 | 09:42:35 | SREYM |
| REGIONAL CALI | | |

CALI 2011/08/25

| | | | |
|------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Empresa | IMPULSO Y MERCADEO S A | Nit | 800028659 |
| Trabajador | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Documento | 87070084 |

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| Concepto | APTO CON RECOMENDACIONES | Tipo Examen | RETORNO LABORAL |
| Vigencias Recomendaciones | 2013/01/14 | | |

Observaciones

Trabajador que como consecuencia de accidente laboral, ocurrido el 2010/10/19 , debe realizar su labor teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

** ALTERNAR POSTURA SEDENTE CON LA DE PIE MINIMO CADA 30 MINUTOS.

** CAMINAR MAXIMO 30 MINUTOS CADA 4 HORAS.

** PUEDE REALIZAR DESPLAZAMIENTOS PUNTUALES POR TERRENOS IRREGULARES TOMANDO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR LESIONES SOBRE LA PARTE DEL CUERPO AFECTADA.

** MANIPULACION DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 5 KGS.

** LEVANTAMIENTO DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 5 KG.

** TRANSPORTE DE CARGA SIN ADECUADAS AYUDAS MECANICAS HASTA 10 KG.

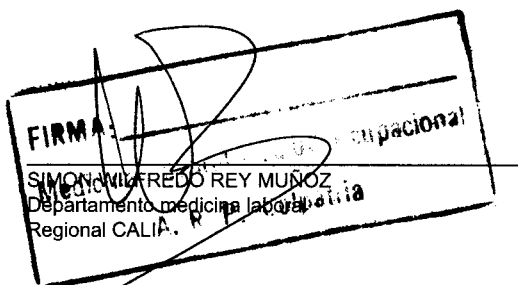
***** TRABAJADOR QUE PUEDE HACER LABORES EN UN PUESTO DE TRABAJO EN DONDE NO SEA NECESARIO LA FLEXION-EXTENSION FRECUENTE DE COLUMNA DORSOLUMBAR DURANTE EL TURNO***** PUEDE HACER LABORES CON MANIPULACION DE PESOS LIVIANOS***** PUEDE HACER TRABAJOS EN LOS QUE NO TENGA QUE HACER DESPLAZAMIENTOS DE MANERAFRECUENTE EN EL TURNO Y PUEDA ALTERNAR A LIBRE DISPOSICION SU POSTURA SENTADO-DEPIES-

**RECIBIR INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA, CON ÉNFASIS EN SALUD OCUPACIONAL.

**CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL QUE SE HAN ESTABLECIDO POR LA EMPRESA DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO.

**UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO.

**EXTENDER EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS RECOMENDACIONES A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FUERA DEL TRABAJO.



Andres Felipe Obando B
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE
C.C. 87 070 084

Ley 776 de 2002 Artículo 4°, reincorporación al trabajo. Al terminar el periodo de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado de la misma categoría.

Si su empresa requiere asesoría para el retorno al trabajo, la puede solicitar a través del CallCenter 4235757 opción 5 - Fuera de Bogotá 01-800-0514045

CONSULTA MEDICA ARP COLPATRIA



| Datos de Impresión | | |
|--------------------|----------|----------|
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/08/25 | 09:57:55 | ELEDESMB |
| REGIONAL CALI | | |

| | | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Empresa | IMPULSO Y MERCADEO S A | Nit | 800028659 |
| Trabajador | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Documento | 87070084 |
| Fecha /Hora Consulta | 2011/08/24 15:23:32 | Asistió | Si |

Circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurrió el accidente

AT EL DIA 19/10/2010 SEGUN FURAT "SE CAYO DE LA ESCALERA TIPO AVION QUE UTILIZAN EN LA BODEGA Y SE GOLPEO LA ESPALDA, EL HOMBRO Y LA CADERA."

Motivo Consulta y Enfermedad Actual

DRA EDITH LEDESMA/ML: PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN TRABAJA PARA IMC # CARREFOUR DESDE OCTUBRE 2010 EN EL CARGO OPERATIVO (MENEJO DE BODEGA Y SURTIR MERCANCÍA)***** PRESENTO AT EL DIA 19/10/2010 SE ENCONTRABA BAJANDO UNAS CAJAS DE ACEITE, HABIA BAJADO 30 CAJAS UNA TRAS OTRA, UTILIZANDO UNA ESCALERA TIPO AVION, CUANDO BAJABA LAS ESCALERAS CON DOS CAJAS PIERDE EL EQUILIBRIO, RESBALAY CAE (#RODANDO POR LAS ESCALERAS, GRADA POR GRADA#) DE UNA ALTURA DE 3 MTS, CON POSTERIOR SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO ***** VALORADO EN CLINICA FATIMA DONDESOLICITAN VALORACIÓN CON NEUROCIRUJANO, TOMAN RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5,S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DESCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL. RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUEGENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR. EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL, AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIORE INFERIOR DERECHOS, POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO.**** HA REALIZADO 80 SESIONES DE TERAPIA FISICA SIN PRESENTAR MEJORIA. PERSISTE SINTOMATICO, REFIERE ESTAR ACTUALMENTE INCAPACITADO, TOMA 70 # 80 GOTAS DE TRAMADOL SEGÚN DOLOR.***** VALORADO POR FISIATRIA (24/08/2011): ENCUENTRA PACIENTE ANSIOSO, CIRCUNSTANCIAL, CONCIENTE, PARES CRANEALES NORMALES, PESO 92KG, OSTEOMUSCULAR: AMAS NORMALES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR DE EXTREMIDADES NORMALES, NO ATROFIAS, COLUMNA: FLEXION GRADO 2, REALIZA EXTENSIÓN CON BUEN EQUILIBRIO, NEUROLÓGICO: ROT NORMALES +++/+++, FUERZA MUSCULAR 4/5, MARCHA AUMENTO BASE SUSTENTACIÓN NO CONCORDANTE A MARCHA SEMIOLOGICAMENTE, ESPECIFICA DE PATOLOGÍA MUSCULAR. REFIERE DOLOR Y LIMITACIÓN MOVIMIENTOS GENERAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. DA DX DE DORSOLUMBALGIA POSTRAUMÁTICA SIN HALLAZGOS ESPECIFICOS DE TIPO TRAUMATICO EN RMN NI EMG. DOLOR INESPECÍFICO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO NO MEDIADO POR SIMPATICO, SOLICITA MMPI, CONTROL D DOLOR CON TRAMADOL + ACETAMINIFEN***** VALORADO POR NEUROCIRUGÍA (24/08/2011): ENCUENTRA NEUROLÓGICO: NORMAL, AMAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES NORMALES, ROTACIONES NORMALES, TONO, TROFISMO, FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL, LIMITACIÓN VOLUNTARIA A LOS AMAS DE MIEMBROS INFERIORES, RESTO DEL EXAMEN MEDICO NORMAL, DA DX DE LUMBAGO INESPECÍFICO, MAGNIFICACIÓNDEL CUADRO CLINICO, POR NEUROCIRUGÍA NO HAY TRATAMIENTO MEDICO NI QUIRÚRGICO. SE LE HAN REALIZADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS INDICADOS Y COHERENTES SIN ALIVIO, NO ES NECESARIO REALIZAR PARACLINICOS (IMÁGENES DX), ALTA MEDICA POR NEUROCIRUGÍA Y RETORNO LABORAL CON RECOMENDACIONES. NO SE DEBEN EXPEDIR MAS INCAPACIDADES, CONTROL EN 3 MESES, CONTROL CON MEDICINA LABORAL, LIMITACIÓN EN LOS MOVIMIENTOSFLEXO # EXTENSIÓN DE LA COLUMNA LUMBO-SACRA***** SE PASA A GRUPO INTERDISCIPLINARIO PARA EVALUAR EL CASO.

Detalle de las ABC y AVD

DOLOR EN PIERNA DERECHA Y LIMITACION DE MOVIMIENTO EN PIE DERECHO

| Sinistro | | | | | |
|---------------|-------------|----------------|--|---------------|------------|
| Nro. sinistro | 20101017557 | Fecha reporte | | Tipo sinistro | AT |
| | | Fecha sinistro | | | 2010/10/19 |

Antecedentes Laborales

| Antecedentes Personales | Descripción | Fecha de Registro |
|-------------------------|-------------|-------------------|
|-------------------------|-------------|-------------------|

| Paraclinicos | | | |
|----------------------|------------------|---|-------------------|
| Tipo de servicio | Fecha del examen | Descripción | Tipo de resultado |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2010/10/23 | RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5, S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL | ALTERADO |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2010/12/06 | RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DE SCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL | ALTERADO |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2011/01/17 | RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUE GENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR | ALTERADO |
| ELECTRODIAGNOSTICO | 2010/12/30 | EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL, AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR | NORMAL |

376

CONSULTA MEDICA ARP COLPATRIA



| Datos de Impresión | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Fecha | Hora | Usuario |
| 2011/08/25 | 09:57:55 | ELEDESMAB |
| REGIONAL CALI | | |

| | | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Empresa | IMPULSO Y MERCADEO S A | Nit | 800028659 |
| Trabajador | ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR | Documento | 87070084 |
| Fecha /Hora Consulta | 2011/08/24 15:23:32 | Asistió | Si |

Circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurrió el accidente

AT EL DIA 19/10/2010 SEGUN FURAT "SE CAYO DE LA ESCALERA TIPO AVION QUE UTILIZAN EN LA BODEGA Y SE GOLPEO LA ESPALDA, EL HOMBRO Y LA CADERA."

Motivo Consulta y Enfermedad Actual

DRA EDITH LEDESMA/ML: PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN TRABAJA PARA IMC # CARREFOUR DESDE OCTUBRE 2010 EN EL CARGO OPERATIVO (MENEJO DE BODEGA Y SURTIR MERCANCÍA)***** PRESENTO AT EL DIA 19/10/2010 SE ENCONTRABA BAJANDO UNAS CAJAS DE ACEITE, HABIA BAJADO 30 CAJAS UNA TRAS OTRA, UTILIZANDO UNA ESCALERA TIPO AVION, CUANDO BAJABA LAS ESCALERAS CON DOS CAJAS PIERDE EL EQUILIBRIO, RESBALAY CAE (#RODANDO POR LAS ESCALERAS, GRADA POR GRADA#) DE UNA ALTURA DE 3 MTS, CON POSTERIOR SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO ***** VALORADO EN CLINICA FATIMA DONDESOLICITAN VALORACIÓN CON NEUROCIRUJANO, TOMAN RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5,S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DESCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL. RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUEGENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR. EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL, AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIORE INFERIOR DERECHOS, POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO.**** HA REALIZADO 80 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA SIN PRESENTAR MEJORIA. PERSISTE SINTOMATICO, REFIERE ESTAR ACTUALMENTE INCAPACITADO, TOMA 70 # 80 GOTAS DE TRAMADOL SEGÚN DOLOR.***** VALORADO POR FISIATRIA (24/08/2011): ENCUENTRA PACIENTE ANSIOSO, CIRCUNSTANCIAL, CONCIENTE, PARES CRANEALES NORMALES, PESO 92KG, OSTEOMUSCULAR: AMAS NORMALES, TONO Y TROFISMO MUSCULAR DE EXTREMIDADES NORMALES, NO ATROFIAS, COLUMNA: FLEXION GRADO 2, REALIZA EXTENSIÓN CON BUEN EQUILIBRIO, NEUROLÓGICO: ROT NORMALES ++/+++, FUERZA MUSCULAR 4/5, MARCHA AUMENTO BASE SUSTENTACIÓN NO CONCORDANTE A MARCHA SEMIOLOGICAMENTE, ESPECIFICA DE PATOLOGÍA MUSCULAR. REFIERE DOLOR Y LIMITACIÓN MOVIMIENTOS GENERAL EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO. DA DX DE DORSOLUMBAGIA POSTRAUMÁTICA SIN HALLAZGOS ESPECIFICOS DE TIPO TRAUMATICO EN RMN NI EMG. DOLOR INESPECIFICO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO NO MEDIADO POR SIMPATICO, SOLICITA MMPI, CONTROL D DOLOR CON TRAMADOL + ACETAMINIFEN***** VALORADO POR NEUROCIRUGÍA (24/08/2011): ENCUENTRA NEUROLÓGICO: NORMAL, AMAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES NORMALES, ROTACIONES NORMALES, TONO, TROFISMO, FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMALE, LIMITACIÓN VOLUNTARIA A LOS AMAS DE MIEMBROS INFERIORES, RESTO DEL EXAMEN MEDICO NORMAL, DA DX DE LUMBAGO INESPECÍFICO, MAGNIFICACIÓN DEL CUADRO CLINICO, POR NEUROCIRUGÍA NO HAY TRATAMIENTO MEDICO NI QUIRÚRGICO. SE LE HAN REALIZADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS INDICADOS Y COHERENTES SIN ALIVIO, NO ES NECESARIO REALIZAR PARACLINICOS (IMÁGENES DX), ALTA MEDICA POR NEUROCIRUGÍA Y RETORNO LABORAL CON RECOMENDACIONES. NO SE DEBEN EXPEDIR MAS INCAPACIDADES, CONTROL EN 3 MESES, CONTROL CON MEDICINA LABORAL, LIMITACIÓN EN LOS MOVIMIENTOS FLEXO # EXTENSIÓN DE LA COLUMNA LUMBO-SACRA***** SE PASA A GRUPO INTERDISCIPLINARIO PARA EVALUAR EL CASO.

Detalle de las ABC y AVD

DOLOR EN PIERNA DERECHA Y LIMITACION DE MOVIMIENTO EN PIE DERECHO

| Sinistro | | | | | | | |
|--------------|-------------|---------------|--|---------------|----|----------------|------------|
| Nro sinistro | 20101017557 | Fecha reporte | | Tipo sinistro | AT | Fecha sinistro | 2010/10/19 |

Antecedentes Laborales

| Antecedentes Personales | Descripción | Fecha de Registro |
|-------------------------|-------------|-------------------|
|-------------------------|-------------|-------------------|

| Paraclínicos | | | |
|----------------------|------------------|---|-------------------|
| Tipo de servicio | Fecha del examen | Descripción | Tipo de resultado |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2010/10/23 | RMN COLUMNA LUMBOSACRA (23/10/2010): LOS DISCOS L4, L5 Y L5,S1 PRESENTAN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN L5-S1 SE OBSERVA UNA PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE BASE AMPLIA CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME EL SACO TECAL Y PODRIA CONTACTAR LA RAIZ DE S1 DERECHA, EN EL NIVEL L4-L5 SE OBSERVA UNA LEVE PROTRUSION DISCAL CENTRAL DE PEQUEÑO TAMAÑO QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN PROTRUSIONES PREVIAMENTE DESCRITAS SE OBSERVAN SIGNOS DE DESGARRO ANULAR. RMN COLUMNA DORSAL | ALTERADO |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2010/12/06 | RMN COLUMNA DORSAL (06/12/2010): SE APRECIAN MULTIPLES Y PEQUEÑAS HERNIAS INTRA OSEAS DE SCHMORI EN LOS PLATILLOS VERTEBRALES PREDOMINANTEMENTE INFERIORES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO Y BAJO, LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DEL SEGMENTO DORSAL MEDIO PRESENTAN ALGUNOS SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, EN D6-D7 SE OBSERVA UNA PEQUEÑA PROTRUSION PARASAGITAL IZQUIERDA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, QUE COMPRIME LIGERAMENTE EL SACO TECAL, EN D7-D8 ABOMBAMIENTO DISCAL DIFUSO POSTERIOR CON LIGERA ASIMETRÍA DERECHA QUE COMPRIME LIBREMENTE SACO TECAL | ALTERADO |
| RESONANCIA MAGNETICA | 2011/01/17 | RMN CERVICAL (17/01/2011): LOS DISCOS C3-C4, C4-C5, C5-C6 PRESENTAN MUY LEVE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, MINIMOS ABOMBAMIENTO DISCALES DIFUSOS POSTERIORES QUE GENERAN MUY LIGERA INDENTACION DEL CONTORNO ANTERIOR DEL SACO TECAL SIN AFECTAR EL CORDÓN MEDULAR | ALTERADO |
| ELECTRODIAGNOSTICO | 2010/12/30 | EMG MIEMBROS INFERIORES (30/12/2010): NEUROCONDUCCION ES NORMAL, AMPLITUD DE RESPUESTA MENOR EN SENSITIVO CUBITAL DERECHO. RESPUESTAS TARDIAS AUMENTADAS EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO, AL EMG NO SE OBSERVA POTENCIALES ANORMALES AL REPOSO, ACTIVIDAD VOLUNTARIA DISMINUIDA EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR | NORMAL |

397

| | | |
|--|---|--|
| | DERECHOS, POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO | |
|--|---|--|

| Contraremitisiones | | |
|--------------------|-----------|------------------|
| Fecha de atención | Proveedor | Tipo de servicio |

| Revisión Sistemas | | |
|-------------------|-------------|----------------|
| Sistema cuerpo | Descripción | Fecha revisión |

| Examen Físico | | | | | |
|--------------------|------------|-------|------|--------------|---------------|
| Ind. masa corporal | Dominancia | Talla | Peso | Tensión sist | Tensión diast |

| Diagnóstico COD-CIE10 | Descripción | Fecha registro |
|-----------------------|-------------------------|----------------|
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 2011/08/24 |

| Planes de Manejo | |
|------------------|---|
| Plan Manejo | PENDIENTE REALIZAR MMPI, VALORACION CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO. |

Elaborado por

LEDESMA BOLAÑOS EDITH
MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA REGIONAL CALI

| | | |
|--|---|--|
| | DERECHOS, POTENCIALES DE ACCION ANORMALES, COMPROMISO MIXTO, MEDULAR, AFECTANDO EL LADO DERECHO Y RADICULAR C6-C7 DERECHO | |
|--|---|--|

| Contraremitisiones | | |
|--------------------|-----------|------------------|
| Fecha de atención | Proveedor | Tipo de servicio |

| Revisión Sistemas | | |
|-------------------|-------------|----------------|
| Sistema cuerpo | Descripción | Fecha revisión |

| Examen Físico | | | | | |
|--------------------|------------|-------|------|--------------|---------------|
| Ind. masa corporal | Dominancia | Talla | Peso | Tensión sist | Tensión diast |

| Diagnóstico COD-CIE10 | Descripción | Fecha registro |
|-----------------------|-------------------------|----------------|
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 2011/08/24 |

| Planes de Manejo | |
|------------------|---|
| Plan Manejo | PENDIENTE REALIZAR MMPI, VALORACION CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO. |

Elaborado por

LEDESMA BOLAÑOS EDITH
MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA REGIONAL CALI

San Juan de Pasto, Agosto de 2013.

TRdo

Adm. c. c.

21-08-13

5:40 p.m.

Señores:

JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO

E. S. D.

**REFERENCIA: Acción de tutela No 2013- 0049
Propuesto por ANDRES FELIPE OBANDO
Contra: COLPATRIA ARP COMPAÑÍA
DE SEGUROS.**

ANDRES FELIPE OBANDO, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado como aparece al pie de mi respectiva firma, obrando en calidad de accionante dentro del proceso de la referencia, me dirijo a Ud. con el debido respeto con el fin de manifestarle que mediante sentencia del 14 de Agosto de 2013, se resuelve Tutelar mi derecho fundamental a una vida digna, ordenando a ARL COLPATRIA S.A que en el termino improrrogable de 48 horas siguientes a la notificación de esta providencia se me remita al medico laboral con quien tenga contrato, a fin de que califique el origen del accidente o de mi enfermedad causante o no de pérdida de la capacidad laboral ocurrida el día 15 de abril de 2012.

Sin embargo y pese a lo anterior, su señoría en la parte Resolutiva no se pronuncio sobre Lo correspondiente a cargo de quien se encuentra mi seguridad social y sobre el pago de incapacidades laborales que se han dejado de pagar al suscrito, correspondientes al mes de mayo y junio del hogaño, ya que hasta hoy 48 horas después del fallo en mención no se ha comunicado la accionada con el suscrito ni se ha entablado ninguna acción tendiente al cumplimiento del fallo.

Por lo anterior solicito a su despacho se aclare por su parte a quien le corresponde el pago de mi salud, a fin de que el suscrito sea atendido cuando se requiera y hasta tanto se defina la Calificación de Perdida de capacidad laboral.

Esperando que por ser conformes al Derecho sea recalcado por su despacho a cargo de quien se encuentran las incapacidades y la salud hasta tanto se defina mi situación laboral, teniendo en cuenta que tengo 403 dias de incapacidades prescritas y cada día mi estado de salud se va detrimiendo Y de esta manera se resuelva mi situación poniendo fin a la problemática, haciendo brillar la majestad de la Justicia en contraposición a la oscuridad de los intereses personales, toda vez que no hay merito para negar la solicitud que el suscrito realiza haciendo eco

Consultar por Nombre y Apellidos - Histórico

52 / NARIÑO 001 / Pasto

Sólo tiene validez para efectos de información del puntaje.

| Ficha | Hogar | Orden | Nucleo | JUG | UG | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Tipo | Identificación | Sexo | Fecha Nacimiento | Ed |
|----------|-------|-------|--------|-----|----|--------------|--------------|------------|------------|------|----------------|------|------------------|----|
| 00049504 | 01 | 2 | 1 | | 1 | OBANDO | BELALCAZAR | ANDRES | FELIPE | 1 | 8707/0094 | 1 | 21/06/1985 | |

El puntaje del Sisben III y la información aquí suministrada

es solamente de carácter informativo

**Esta inscripción no puede ser válida sin por el tipo de
para la conformación de la Base Constituyente del Sisben**

Para los propósitos de focalización del gasto social, los programas sociales deben hacer uso de la Base Certificada del Sisbén. En este sentido, esta impresión no sustituye dicha base ni se deberá entender como útil para la asignación de subsidios.



380

MEDINUCLEAR S.A.S.
NIT 800223618-0
Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Atríz
Carrera 34 No. 11ª 12 Barrio Aurora
Pasto - Nariño

PACIENTE: **OBANDO ANDRÉS**
EXAMEN: TAC DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: SCOOP
RECIBO: 113503
FECHA: 31 DE MAYO DE 2011

Se realizaron cortes axiales de la calota craneal desde la base del cráneo hasta el ápex craneal, observándose:

El estudio tomográfico demuestra adecuada conformación del parénquima cerebral, la relación córtico- subcortical se encuentra conservada, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio intra ni extraxiales, tampoco se identifican calcificaciones corticales ni centrales.

El sistema ventricular y las cisternas de la base se encuentran conservadas.

Estructuras de la línea media en su sitio, las estructuras vasculares del polígono de Willis son de apariencia normal, sin identificarse realce patológico.

La calota craneal, los peñascos y estructuras de la base son de morfología normal, sin observarse alteraciones este nivel.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

ESTUDIO NORMAL. ✓

Atentamente,


Joseph Ariel Lima Rosero M.D.

Medico Radiólogo

13.016.719

Reporte, Aprobación Electrónica Dr. Josehp Ariel Lima Rosero

San Juan de Pasto 05 de septiembre de 2.013

Señores:
COOTRANAR
Ciudad

382
COOTRANAR LTDA
SECRETARIA
5/09/13 2:09pm

Cordial saludo

Yo, ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR identificado con cedula de ciudadanía No 87.070.084 de Pasto, el motivo de el presente escrito, es para solicitar muy comedidamente a quien corresponda **UNA CERTIFICACION** expresando el motivo por el cual no hay transporte en el transcurso de la ciudad de PASTO hacia la ciudad de CALI, el motivo de dicha certificación por el cual me la exigen en mi entidad de salud para así poder acceder al subsidio de transporte que me brinda dicha entidad.

Por su atención y colaboración anticipo mis agradecimientos

Atentamente

Andres Obando B.
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
C.C No 87.070.084 de Pasto

7- ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS

Citología: Si Na Fecha: Año: 2011 Mes: enero Día: 1 Resultado: fuera de rango (+1)
Hábitos Tóxicos: (+1)
Inmunizaciones: (+)
Actividad Física y/o Deportes: hasta antes del accidente. Frecuencia: 1 x semana

8- REVISIÓN POR SISTEMAS

repele dolor en area cervical -
dorsal y lumbar y poliquiuria.

9- EXAMEN FISICO

Aspecto General: Buena.
Impresión Psicológica: normal
Tensión Arterial: 130/80- mm/Hg. Frecuencia Cardíaca: 72 /min. Frecuencia Respiratoria: 22 /min.
Temperatura: N. CG Peso: 96 Kg. Talla: 1.72 metros IMC: 32.5 Diestro: X Zurdo:

| | N | A | NE | Hallazgo |
|----------------|---|---|----|----------------------------|
| Cabeza | / | | | |
| Ojos | / | | | |
| O.R.L. | / | | | |
| Cavidad Oral | / | | | |
| Cuello | / | | | |
| Columna | / | / | | <u>Pbs Cervicales.</u> |
| Tórax | / | | | <u>Dorsales y lumbares</u> |
| Senos | / | | | <u>dolorosos.</u> |
| Cardiopulmonar | / | | | |

| | N | A | NE | Hallazgo |
|-----------------|---|---|----|---------------------------|
| Abdomen | / | | | |
| Genitales Ext. | | | / | |
| Miembros Sup. | / | | | |
| Miembros Inf. | / | | | |
| Vascular Perif. | / | | | |
| Neurológico | | / | | <u>Hipostenia en Mies</u> |
| Osteomuscular | | / | | <u>inferior derecho</u> |
| Piel y Anexos | / | | | <u>↓ fuerza en Mies</u> |

Énfasis - Hallazgo Positivo N= normal A= anormal NE= no se explora
Sistema Osteomuscular: Alturas: Otros: INF. derecho
ROT patelar dere
disminuido.

Audiometría: Otros: ① Urodiuamía = vejiga d
baja capacidad

Visiometría: ② EMG y NC : compromiso mixto medular todo derecho y radicular GG-
10- IMPRESIÓN DIAGNOSTICA ③ RMN : Abombamiento discal y dis

IE: Dx : DISCOPATIA Cervical.
Dorso lumbal y lumbosacrales.
obesidad GI.

11- CRITERIO DE APTITUD

Apto: Apto con limitación funcional: Aplazado: No Apto: Otra indicación:
Observaciones: Plan : Concept de medico tratante para
Definición de Conducta y Seruclon
y pronóstico
Examen de Egreso: Satisfactorio: No Satisfactorio: Observaciones:

12- RECOMENDACIONES

Cumplir normas de salud Ocupacional: Estilo de vida Saludable: Otros:

VICTOR A. BASTOS S.L.
MEDICO
OCCUPACIONALISTA
R.M. 972 L.M. 1514/08
MEDICO OCCUPACIONALISTA
CC/TL 870400864

Andres Felipe Chando PO
FIRMA DEL EVALUADO
CC/TL 870400864

Empresa: IML Impulso y Mercadeo
Tipo de ingreso: Periódico Egreso: otro
Pais: Salvador ARP:
Fecha de reconocimiento: Año: 2011 Mes: 07 Día: 22 Ciudad: PASTO Dpto: NARIÑO

1- IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | |
|---|--|---|
| Nombres y Apellidos: <u>Andrés Felipe Obando Belalcazar</u> | | Sexo: <u>F</u> <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> |
| Documento de identificación: <u>87070084 de PASTO</u> | | Edad: <u>26 años</u> |
| Lugar y fecha de nacimiento: <u>21-JUN-1985 PASTO</u> | | Estado civil: <u>soltero</u> |
| Profesión u ocupación: <u>Bodeguero</u> | | Teléfono: <u>7293381-3185014291</u> |
| Residencia: <u>B1 PANORAMICO N2 76 Casa 1</u> | | |

2- INFORMACIÓN OCUPACIONAL

| | |
|--|---------------------------------|
| Fecha ingreso a la Empresa: Año: <u></u> Mes: <u></u> Día: <u></u> | Antigüedad: <u>"NO Precisa"</u> |
| Nombre del cargo actual o a desempeñar: <u>bodeguero</u> | Área: <u></u> |
| Turno: <u>Diurno</u> <u>Nocturno</u> <u>Rotativo</u> <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Descripción de cargo: <u>recepcion - Surtido - entrega mercancías</u> | |

3- ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Anterior: Actual: ☒

FACTORES DE RIESGO

| Empresas: | Tiempo: | F | Q | B | E | PS | EL | M | L | O |
|-------------------------|---------|---|---|---|-------------------------------------|----|----|-------------------------------------|---|---|
| <u>Tr: Carga Física</u> | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| <u>gato hidráulico</u> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

F: Físico - Q: Químico - B: Biológico - E: Ergonómico - PS: Psicosocial - EL: Eléctrico - M: Mecánico - L: Locativo - O: Otros

Observaciones:
Uso de EPP: Si No ☒ Puero Aclara: dice si: "dotacim"

4- ACCIDENTES DE TRABAJO

Accidentes de trabajo (AT): Si ☒ No Enfermedad Profesional (EP): Si No ☒

| Fecha | Empresa | Causa | Tiempo de lesión | Parte Afectada | Días de Incapacidad | Enfermedad Profesional - Indemnización |
|-------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------|--|
| <u>9-oct-2010</u> | <u>IML</u> | <u>Cayo desde altura</u> | <u>→ Trauma lumbar, cervical</u> | <u>incapacidad: "260 días"</u> | | |
| <u>y dorsal "</u> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5- ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre Hipertension y diabetes.

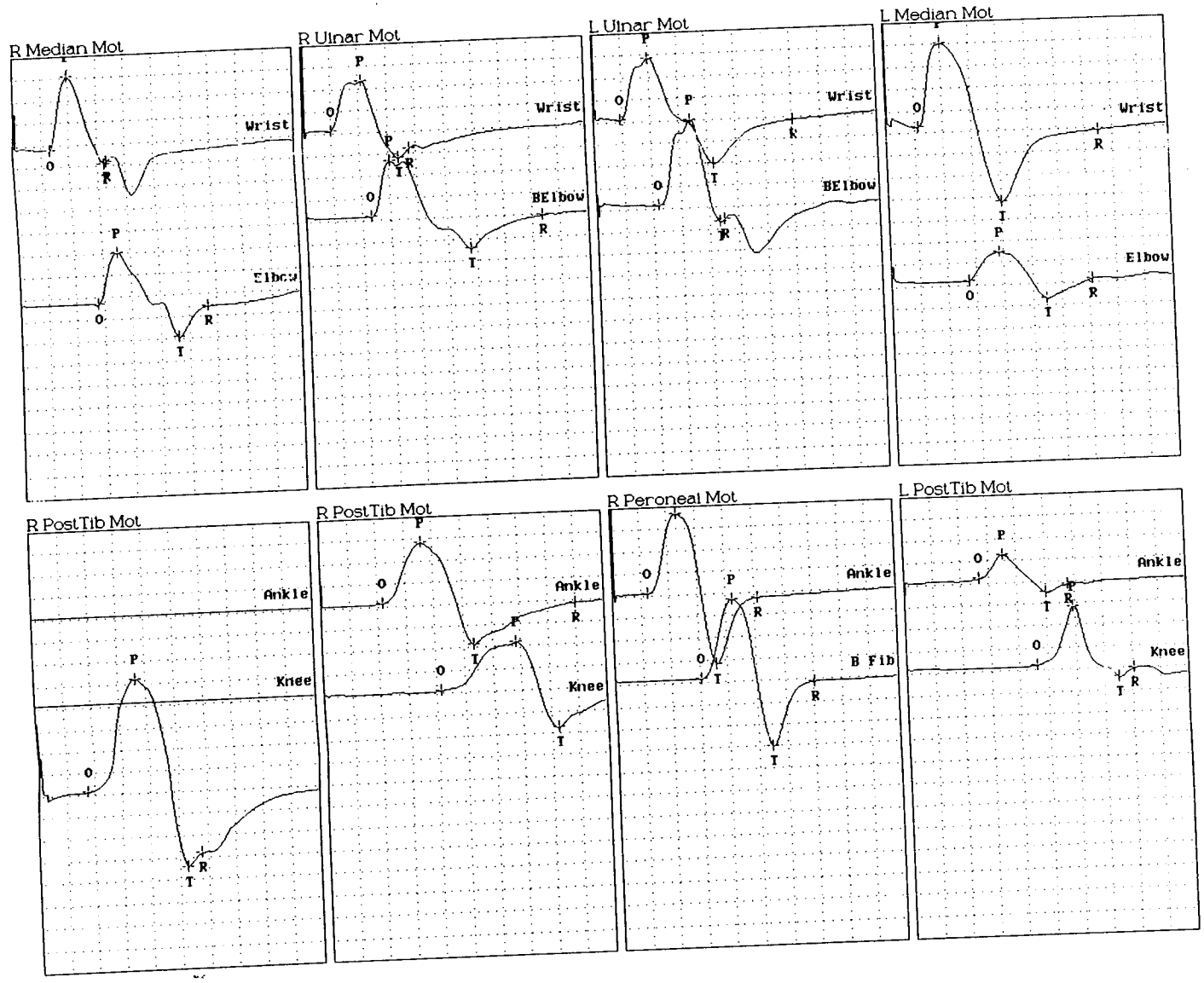
6- ANTECEDENTES PERSONALES

"Solo lo referido en accidente de trabajo"
patías por lo cual ha recibido tto.

Dr. Carlos A. Benavides Dulce
Louisiana State University New Orleans
Cra. 33A # 20-42
Pasto, Colombia
7310888

Patient: OBANDO, ANDRES
Sex: Male

Physician: BENAVIDES
Ref Phys: CASANOVA



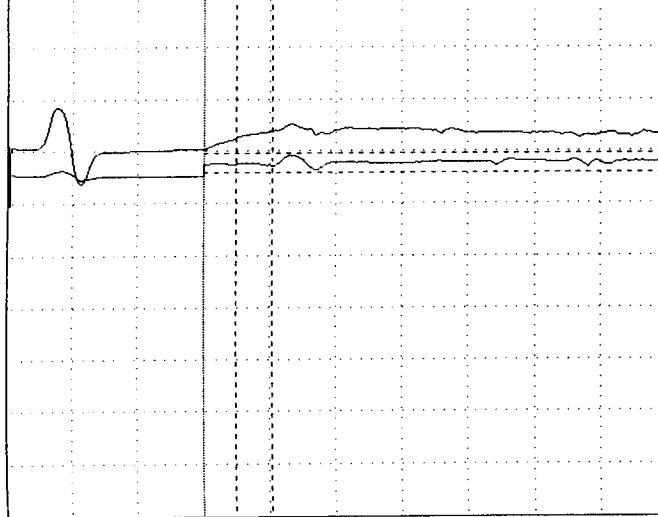
R H Reflex H



L H Reflex H



L Peroneal F



Nerve Conduction Report:

Motor Nerves

| Nerve | Site | Onset Lat (ms) | Peak Lat (ms) | Amplitude | Area (mVms) | Duration (ms) | Seg Name | Delta (ms) | Distance (cm) | Velocity (m/s) |
|-----------|--------|----------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-------------|------------|---------------|----------------|
| R Median | APB | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 3.98 | 5.81 | 6.64 | 17.845 | 4.88 | Elbow-Wrist | 4.36 | 25.70 | 59.0 |
| | Elbow | 8.34 | 10.50 | 4.67 | 14.094 | 5.48 | | | | |
| R Ulnar | ADM | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 3.00 | 6.28 | 4.52 | 14.744 | 5.06 | Elbow-Wrist | 3.94 | 24.30 | 61.7 |
| | Elbow | 6.94 | 9.19 | 4.94 | 18.114 | 5.81 | | | | |
| L Ulnar | ADM | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 2.86 | 5.91 | 5.55 | 18.653 | 6.19 | Elbow-Wrist | 3.66 | 24.20 | 66.2 |
| | Elbow | 6.52 | 10.17 | 7.71 | 23.979 | 5.58 | | | | |
| L Median | APB | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Wrist | 3.38 | 5.95 | 7.52 | 29.748 | 6.14 | Elbow-Wrist | 4.83 | 24.40 | 50.5 |
| | Elbow | 8.20 | 11.44 | 2.57 | 10.399 | 6.47 | | | | |
| R PostTib | AbdHal | 5.30 | 10.92 | O-P (mV) | Neg | Neg | | | | |
| | | | | 5.08 | 24.367 | 8.91 | | | | |

| Nerve | Site | Onset Lat (ms) | Peak Lat (ms) | Amplitude | Area (mVms) | Duration (ms) | Seg Name | Delta (ms) | Distance (cm) | Velocity (m/s) |
|------------|--------|----------------|---------------|-----------|-------------|---------------|-------------|------------|---------------|----------------|
| R PostTib | AbdHal | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Ankle | 6.52 | 10.73 | 5.37 | 23.397 | 7.73 | Knee-Ankle | 5.95 | 35.00 | 58.8 |
| | Knee | 12.47 | 20.48 | 4.10 | 22.900 | 10.27 | | | | |
| R Peroneal | EDB | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Ankle | 3.80 | 6.98 | 7.17 | 23.591 | 5.58 | B Fib-Ankle | 5.39 | 30.30 | 56.2 |
| | B Fib | 9.19 | 12.61 | 7.09 | 23.377 | 5.77 | | | | |
| L PostTib | AbdHal | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Ankle | 8.02 | 10.55 | 2.11 | 5.296 | 5.06 | Knee-Ankle | 5.77 | 35.00 | 60.7 |
| | Knee | 13.78 | 17.86 | 5.24 | 12.247 | 6.33 | | | | |
| L Peroneal | EDB | | | O-P (mV) | Neg | Neg | | O | | |
| | Ankle | 3.75 | 6.52 | 3.88 | 10.900 | 4.92 | B Fib-Ankle | 5.95 | 28.00 | 47.0 |
| | B Fib | 9.70 | 12.38 | 1.68 | 4.763 | 4.64 | | | | |

Sensory Nerves

| Nerve | Site | Onset Lat (ms) | Peak Lat (ms) | Amplitude | Area (mVms) | Duration (ms) | Seg Name | Delta (ms) | Distance (cm) | Velocity (m/s) |
|------------|--------------|----------------|---------------|-----------|-------------|---------------|--------------|------------|---------------|----------------|
| L Med Anti | 2ndDig Wrist | 2.53 | 2.97 | P-T (μV) | Neg | Neg | Wrist-2ndDig | P 2.97 | ----- | ----- |
| R Ulnar | 5thDig Wrist | 3.44 | 4.09 | P-T (μV) | Neg | Neg | Wrist-5thDig | P 4.09 | ----- | ----- |
| L Ulnar | 5thDig Wrist | 2.34 | 2.63 | P-T (μV) | Neg | Neg | Wrist-5thDig | P 2.63 | ----- | ----- |
| L Med Anti | 2ndDig Wrist | 0.59 | 3.09 | P-T (μV) | Neg | Neg | Wrist-2ndDig | P 3.09 | ----- | ----- |
| | Elbow | 2.59 | 3.03 | 17.20 | ----- | ----- | Elbow-Wrist | -0.06 | ----- | ----- |

F/H Report:

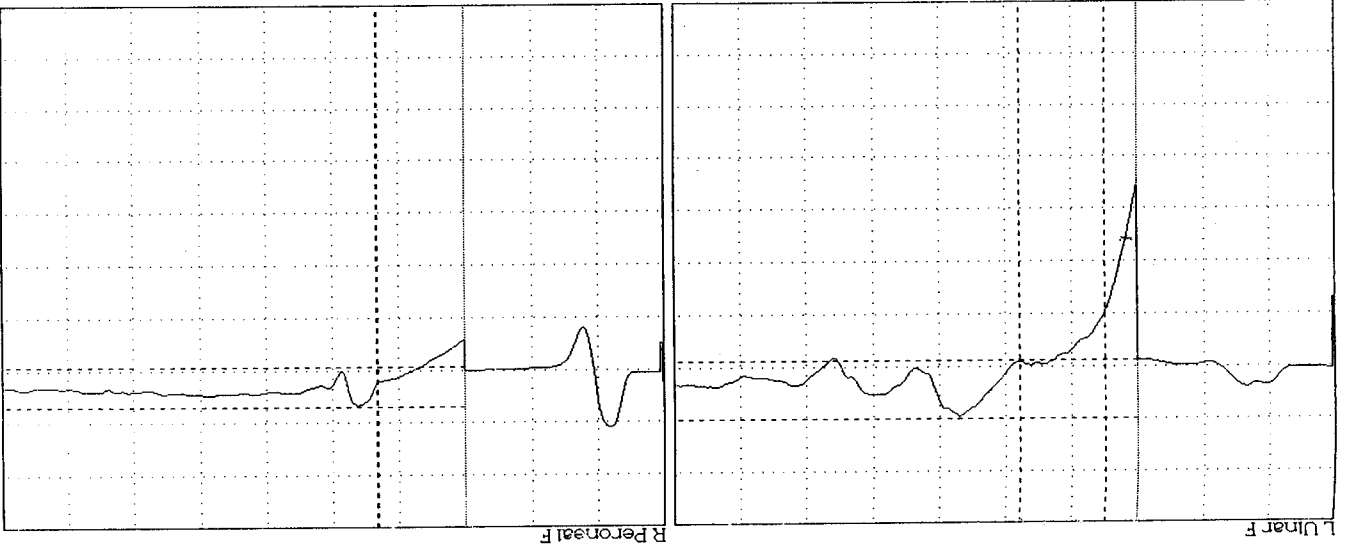
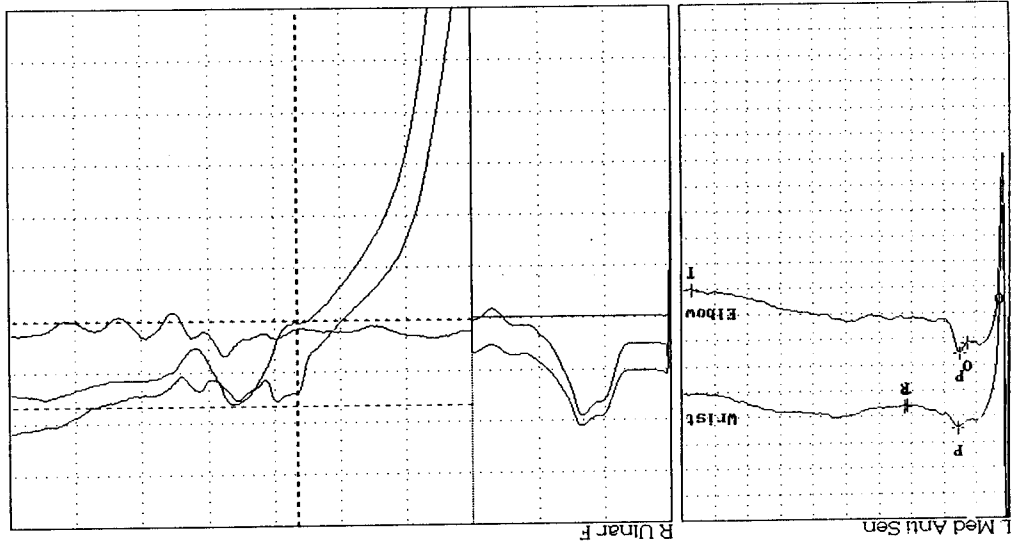
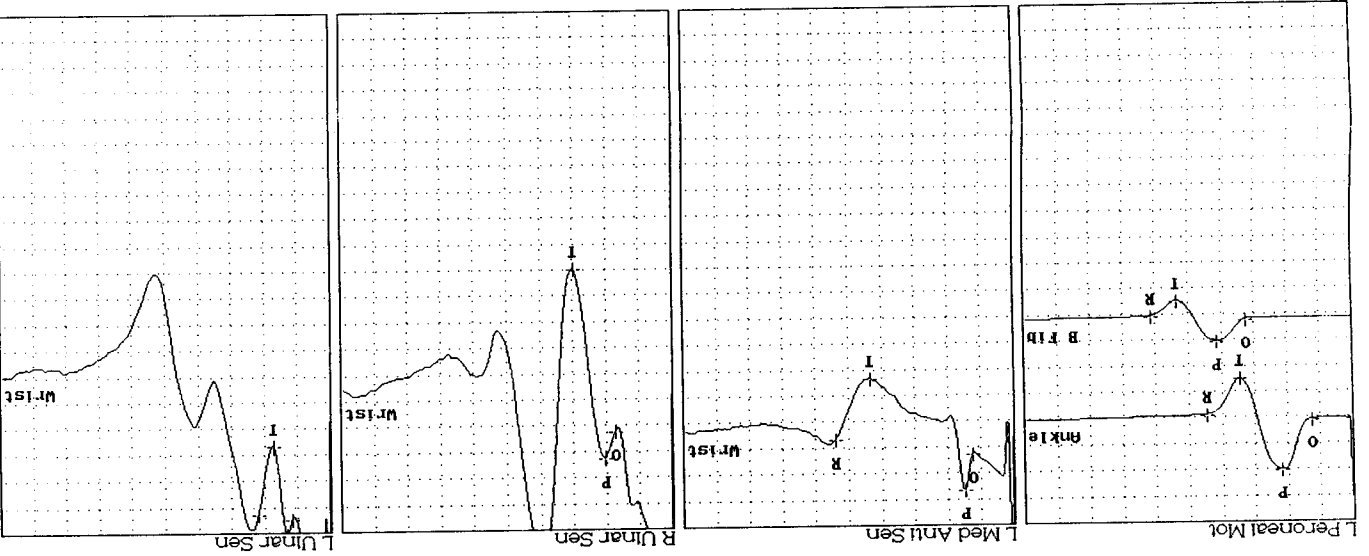
| Nerve | Muscle | Lat1 (ms) | Lat2 (ms) | Lat2 - Lat1 (ms) | Amplitude (μV) |
|--------------|-------------|-----------|-----------|------------------|----------------|
| R Ulnar F | ADM | 28.20 | 28.28 | 0.08 | 329.41 |
| L Ulnar F | ADM | 17.50 | 23.91 | 6.41 | 219.61 |
| R Peroneal F | EDB | 43.13 | 43.44 | 0.31 | 152.94 |
| R H Reflex H | Gast-Soleus | 27.19 | 27.03 | 0.16 | 12156.4 |
| L H Reflex H | Gast-Soleus | 27.34 | 27.50 | 0.16 | 9176.4 |
| L Peroneal F | EDB | 35.00 | 40.47 | 5.47 | 74.51 |


EMG Report:

| Side | Muscle | Nerve | Root | INS | FIBS | PSW | AMP | DUR | PHS | REC | IP | Comment |
|------|--------------|----------|--------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
| R | APB | Median | C8-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | FlexDigPro | Ulnar | C8, T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 80% |
| R | Biceps | Musc | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 70% |
| R | Cerv Parasp | Rami | C1-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | Deltoid | Axillary | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 90% |
| L | APB | Median | C8-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | ABD DigMini | Ulnar | C8-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | FlexDigPro | Ulnar | C8, T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | Biceps | Musc | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | Deltoid | Axillary | C5-6 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | Cerv Parasp | Rami | C1-T1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | MedGastroc | Tibial | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 40% |
| R | AntTibialis | Dp Peron | L4-5 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 40% |
| R | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| R | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 30% |
| R | AbdHallBrev | MedPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 30% |
| L | MedGastroc | Tibial | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 80% |
| L | AntTibialis | Dp Peron | L4-5 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | |
| L | AbdHallBrev | MedPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 90% |
| L | AbdDigQuinti | LatPlan | S1-2 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | Nm1 | 2 | Nm1 | Nm1 | 90% |

Historia cl.

TRAUMA CERVICAL AL CAER PORTANDO ALGO PESADO



| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------|
|  | Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A. | CODIGO: FO-HC-029 |
| | | VERSION: 1.0 |
| | INCAPACIDAD | VIGENCIA: |
| | | PAGINA 1/1 |

Número: 0000003994

Fecha: 25/10/2010

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | |
|-----------------|---|-----------|----------|----------------|-------------|
| Identificación: | 87070084 | Historia: | 87070084 | Ingreso: | 0000063768 |
| Paciente: | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | Edad: | 25 Años |
| Ocupación: | PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION | | | Sexo: | MASCULINO |
| Contrato: | ARP COLPATRIA | | | Tipo Paciente: | Otro |
| Plan: | RIESGOS PROFESIONALES | | | Cama: | 236 |
| Causa Externa: | ACCIDENTE DE TRABAJO | | | Motivo: | Sin Definir |
| Procedimiento: | Sin Definir | | | | |

Acumulado de días por prorroga 0

A Partir del : martes, 19 octubre 2010 Hasta el: martes, 02 noviembre 2010 Número de Días: 15

con la siguiente descripción medica :

INCAPACIDAD MEDICA POR 15 DIAS APARTIR DEL INGRESO (19 DE OCTUBRE DEL 2010)

Médico: VITHYAM JOHANNA GUZMAN MORA

Especialidad 1 MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Firma: 

Registro Médico: 860884



Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

HC EVOLUCION HOSPITALARIA

CODIGO: FO-HC-020 489

VERSION: 1.0

VIGENCIA:

PAGINA 2/2

No. Historia clínica 87070084

Fecha registro : 29/oct/2010 13:52

Registro: 22

RANITIDINA 50 MG AM

1 amp iv c 8h

CATETER HEPARINIZADO UNIDAD

para medicacion



Bogotá, 26 de junio de 2013

Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Operador logístico
Impulso y Mercadeo
Pasto

Estimado Señor Obando,

Teniendo en cuenta la incapacidad presentada por usted y emitida por la EPS Saludcoop con fecha de inicio 17/06/2013 al 01/07/2013, en donde el diagnostico de origen es "accidente de trabajo", le informamos lo siguiente:

- Le recordamos que el día viernes 14 de junio del presente año, le enviamos un documento notificándole que **"De acuerdo a información suministrada por la ARL Colpatria, fue calificado en el mes de febrero de 2012 por causa del accidente de trabajo ocurrido el día 19 de octubre de 2010, con una Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) del 7,95% y fue indemnizado de acuerdo a ese porcentaje"**. Por lo tanto, las incapacidades que se generaron después de la calificación, no fueron ni serán aceptadas por la ARL.
- Se le ratifico que si usted presentaba alguna molestia física y consideraba que esta se derivaba del accidente de trabajo que sufrió, debía dirigirse nuevamente al médico laboral de la ARL Colpatria, quien definirá si la molestia es de origen común o de origen laboral y será quien determine el tratamiento a seguir así como las incapacidades a que haya lugar.
- Como se lo mencionamos en el comunicado del 14 de junio, a la fecha y según nuestros registros, usted ya supero los 180 días de incapacidad con el concepto médico expedido por la EPS. De acuerdo al Decreto 2463 de 2001, **"...en el caso que la incapacidad supere los 180 días y hasta 360 días, con el concepto médico expedido por la EPS el cual afirme pronóstico favorable de rehabilitación, será la Administradora de Fondos de Pensiones la que se responsabilice del pago por dicho concepto, manteniendo el pago del monto que venía recibiendo por parte de la EPS (50% del salario)**. Por lo tanto le reiteramos que debe acercarse ante su Fondo de Pensiones para que realice los trámites correspondientes para comenzar el proceso de Pensión. Recibida esta comunicación tendrá 5 días hábiles, para hacernos llegar la radicación ante el Fondo de Pensiones.



Impulso & Mercadeo S.A.

Outsourcing Partners[®]

- De igual manera, le informamos que no tenemos dificultad en recibir las incapacidades, pero como le hemos informado en el punto 1, la ARL no pagara las incapacidades ya que usted fue calificado e indemnizado y la EPS tampoco hará el pago de estas incapacidades ya que cuando usted asiste al servicio médico consulta por Accidente de trabajo.
- Le reiteramos nuevamente que en caso de sentir alguna molestia que usted considere que se relaciona con el accidente de trabajo, debe asistir al médico laboral de la ARL Colpatría.

Cualquier duda que le genere al respecto con gusto será resuelta y cuente con todo el apoyo que le podamos brindar.

Cordial Saludo,

MARIA ASTRID QUINTERO CADENA
Directora Recursos Humanos

Impulso & Mercadeo S.A.
NIT. 802.028.659-7
GESTIÓN HUMANA

Impulso & Mercadeo S.A.
NIT. 802.028.659-7
GESTIÓN HUMANA

Anexo: Copia recibido comunicado del 14 de junio de 2013



Outsourcing Partners

391

Bogotá, 14 de junio de 2013

Señor

ANDRES FELIPE OBANDO

Manzana D Casa 16 Panorámico Primera etapa
Pasto - Narino

ASUNTO: SEGUIMIENTO ACCIDENTE DE TRABAJO

Estimado señor Obando:

De acuerdo al seguimiento realizado a su caso por el área de salud ocupacional, nos permitimos informarle los siguientes hechos encontrados:

1. De acuerdo a información suministrada por la ARL Colpatría, fue calificado en el mes de febrero de 2012 por causa del accidente de trabajo ocurrido el día 19 de octubre de 2010, con una Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) del 7,95% y fue indemnizado de acuerdo a ese porcentaje. El proceso con la ARL fue cerrado, por lo que cualquier molestia de salud que se genere después de este evento debió ser consultada a la ARL.
2. Hemos recibido después de su calificación, incapacidades generadas por la EPS, pero con origen de Accidente de Trabajo. Estas incapacidades no fueron aceptadas por la ARL debido a que como se especifica en el punto anterior ya se había pagado una indemnización por la pérdida de capacidad laboral. Anexamos cartas de devolución de ARL Colpatría.
3. La ARL Colpatría lo seguirá atendiendo si usted siente alguna molestia y considera que esta está asociada a las secuelas del accidente. La ARL será quien defina si la molestia es de origen común o de origen laboral y será quien determine el tratamiento a seguir así como las incapacidades a que haya lugar.
4. En este momento de acuerdo a nuestros registros, usted ya superó los 180 días de incapacidad, por lo que le sugerimos que realice los trámites de pensión correspondientes ante su Fondo de Pensiones. Si necesita alguna ayuda con este trámite, estamos a su disposición para colaborar en lo posible.



Outsourcing Partners™

IMPULSO EMPRESARIAL S.A.

Le reiteramos que en caso de sentir alguna molestia que usted considere que se relaciona con el accidente de trabajo, no dude en acudir al médico laboral de la ARL Colpatria.

Cualquier duda que se le genere al respecto con gusto será resuelta y cuenta con todo el apoyo que le podamos brindar.

Cordialmente;

Maria Astrid Quintero C.

MARIA ASTRID QUINTERO CADENA
Directora de Recursos Humanos

Saverio Obando

P 12745736

17 06 2013

Bogotá, 6 de junio de 2013

Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Operador Logístico
Impulso y Mercadeo S.A.
Pasto

ASUNTO: SEGUIMIENTO ACCIDENTE DE TRABAJO

Estimado Señor Obando:

De acuerdo al seguimiento realizado a su caso por el área de Salud Ocupacional, nos permitimos informarle los siguientes hechos encontrados con respecto a su caso:

1. De acuerdo a información suministrada por la ARL Colpatria, fue calificado en el mes de febrero de 2012 por causa del accidente de trabajo ocurrido el día 19 de octubre de 2010, con una Perdida de Capacidad Laboral (PCL) del 7,95% y fue indemnizado de acuerdo a ese porcentaje. El proceso con la ARL fue cerrado, por lo que cualquier molestia de salud que se generó después de este evento, debió ser consultada a la ARL.
2. Hemos recibido después de su calificación, incapacidades generadas por la EPS, pero con origen de Accidente de Trabajo. Estas incapacidades no fueron aceptadas por la ARL, debido a que no fueron generadas directamente por ellos y ya se había pagado una indemnización.
3. La ARL Colpatria lo seguirá atendiendo si usted siente alguna molestia y considera que esta está asociada a las secuelas del accidente. La ARL será quien defina si la molestia es de origen común o de origen laboral y será quien determine el tratamiento a seguir así como las incapacidades a que haya lugar.
4. En este momento de acuerdo a nuestros registros, usted ya superó los 180 días de incapacidad, por lo que le sugerimos que realice los trámites de pensión correspondientes ante su Fondo de Pensiones.

Le reiteramos que en caso de sentir alguna molestia que usted considere que se relaciona con el accidente de trabajo, no dude en acudir al médico Laboral de la ARL Colpatria.

Cualquier duda que se le genere al respecto con gusto será resuelta y cuente con todo el apoyo que le podamos brindar.

Cordialmente;

Impulso & Mercadeo S.A.

NIT. 800.028.559-7

GESTIÓN HUMANA



MARIA ASTRID QUINTERO CADENA

Directora de Recursos Humanos

Bogotá, 14 de junio de 2013

Señor

ANDRES FELIPE OBANDO

Manzana D Casa 16 Panorámico Primera etapa
Pasto - Narino

ASUNTO: SEGUIMIENTO ACCIDENTE DE TRABAJO

Estimado señor Obando:

De acuerdo al seguimiento realizado a su caso por el área de salud ocupacional, nos permitimos informarle los siguientes hechos encontrados:

1. De acuerdo a información suministrada por la ARL Colpatria, fue calificado en el mes de febrero de 2012 por causa del accidente de trabajo ocurrido el día 19 de octubre de 2010, con una Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) del 7,95% y fue indemnizado de acuerdo a ese porcentaje. El proceso con la ARL fue cerrado, por lo que cualquier molestia de salud que se genere después de este evento debió ser consultada a la ARL.
2. Hemos recibido después de su calificación, incapacidades generadas por la EPS, pero con origen de Accidente de Trabajo. Estas incapacidades no fueron aceptadas por la ARL debido a que como se especifica en el punto anterior ya se había pagado una indemnización por la pérdida de capacidad laboral. Anexamos cartas de devolución de ARL Colpatria.
3. La ARL Colpatria lo seguirá atendiendo si usted siente alguna molestia y considera que esta está asociada a las secuelas del accidente. La ARL será quien defina si la molestia es de origen común o de origen laboral y será quien determine el tratamiento a seguir así como las incapacidades a que haya lugar.
4. En este momento de acuerdo a nuestros registros, usted ya superó los 180 días de incapacidad, por lo que le sugerimos que realice los trámites de pensión correspondientes ante su Fondo de Pensiones. Si necesita alguna ayuda con este trámite, estamos a su disposición para colaborar en lo posible.



Impulso & Mercadeo S.A.

Outsourcing Partners®

Le reiteramos que en caso de sentir alguna molestia que usted considere que se relaciona con el accidente de trabajo, no dude en acudir al médico laboral de la ARL Colpatria.

Cualquier duda que se le genere al respecto con gusto será resuelta y cuenta con todo el apoyo que le podamos brindar.

Impulso & Mercadeo S.A.

Cordialmente;

NIT. 600.028.659-7

GESTIÓN HUMANA

MARIA ASTRID QUINTERO CADENA

Directora de Recursos Humanos

Santiago de Cali, Mayo 02 de 2013
PRESS/ECON/274/13

Señores:
IMPULSO Y MERCADEO S.A.
Departamento de Recursos Humanos
Carrera 12 # 97 – 04 Piso 3
Tel. 6461212
Bogotá D.C.

REF. DEVOLUCION DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

Con el fin de efectuar pagos de incapacidades temporales por parte de ARL Colpatria, es indispensable que los documentos que soportan el pago cumplan con todos los requisitos.

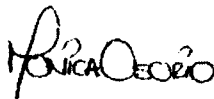
Para el caso correspondiente al señor ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR identificado con CC. 87.070.084 presenta el siguiente inconveniente:

SE DEVUELVE INCAPACIDAD TEMPORAL YA QUE NO FUE AUTORIZADO EL PAGO POR NUESTRO DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL POR PRESENTAR CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, VER CARTA ADJUNTA.

Nota: Se devuelve incapacidad original por 15 días desde 2012/09/05, por 15 días desde 2012/10/05, por 15 días desde 2012/10/20, por 15 días desde 2012/11/19, por 15 días desde 2012/12/04, por 15 días desde 2012/11/04, por 15 días desde 2012/12/19, por 15 días desde 2013/01/04, por 15 días desde 2013/01/18, por 15 días desde 2013/02/02.

Cualquier inquietud adicional con gusto será atendida en la Calle 22 Norte # 5BN-102 o al Teléfono 4881919 Ext. 136 con nuestra funcionaria Maria del Rosario Silva Montilla, Analista de Prestaciones Económicas.

Cordialmente,



**Directora Operativa
Capital Humano
Regional Cali**

Smillan

Línea Integral de Atención al Cliente Colpatria: Teléfonos 4235757 en Bogotá y 018000-512620 para fuera de Bogotá. Para Quejas y Reclamos usted también cuenta con la Defensoría del Cliente ubicada en la Calle 13 No. 7-90 Piso 2 Bogotá, teléfono 7456300 extensiones: 4910, 4911, 4747, 3412, 3414 y 3473 (FAX) correo electrónico: defensoria@colpatria.com.

ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Medicina Laboral

Santiago de Cali, Febrero 05 de 2013

Señores:
IMPULSO Y MERCADEO
SALUD OCUPACIONAL
Cali

Ref: . ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR CC 87.070.084

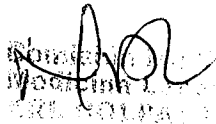
Reciban un cordial saludo,

Por medio de la presente me permito informar que la ARL dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2463 de 2001, 917 de 1999, Decreto 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002 Artículos 1,2,3,4,5,6 y 7, se procedió a calificar el 26 de Diciembre del 2011 un PCL de 7,95%

Por lo anterior no es posible dar trámite de pago por parte de la ARL a la incapacidad expedida el 05 de Septiembre del 2012 por 15 días, 05 de Octubre del 2012 por 15 días, 20 de Octubre del 2012 por 15 días, 04 de Noviembre del 2012 por 15 días, 19 de Noviembre del 2012 por 15 días, 04 de Diciembre del 2012 por 15 días.

Nota: Diagnostico no corresponde a patologías calificadas como accidente de trabajo. Paciente calificado.

Atentamente;


COMISION MEDICA LABORAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA

COMISION MEDICA LABORAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA

ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Medicina Laboral

Santiago de Cali, Marzo 08 de 2013

Señores:
IMPULSO Y MERCADEO
SALUD OCUPACIONAL
Cali

Ref.: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR CC. 87.070.084

Reciban un cordial saludo,

Por medio de la presente me permito informar que la ARL dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2463 de 2001, 917 de 1999, Decreto 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002 Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7, se procedió a calificar el 26 de Diciembre del 2011 un PCL de 7.95%.

Por lo anterior no es posible dar trámite de pago por parte de la ARL a la incapacidad expedida el 19 de Diciembre del 2012 por 15 días, 03 de Enero del 2013 por 15 días, 18 de Enero del 2013 por 15 días.

Atentamente;



Comisión Médica
Medicina Laboral
ARL COLPATRIA

COMISION MÉDICA LABORAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA



ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORES
División Medicina Laboral

Santiago de Cali, 09 de Abril 2013

Señores:
IMPULSO Y MERCADEO S A
Cali Valle

Ref. DEVOLUCIÓN INCAPACIDAD
AFILIADO: ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR CC 87.070.084

Reciban cordial saludo.

Por medio de la presente me permito informar que la ARL dando cumplimiento a lo establecido en el decreto 2463 de 2001, 917 de 1.999, Decreto 1295 de 1.994 y Ley 776 de 2002 Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7., procedió a calificar el 26 de Diciembre de 2011 con una PCL de 7.95%

Por lo anterior no es posible dar tramite de pago por parte de la ARL a la siguiente incapacidad expedida el 04 de Febrero de 2013, por 15 días.

Atentamente:



[Handwritten signature]
Comisión Médica
Medicina Laboral
ARL COLPATRIA

COMISION MEDICA LABORAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LABORAL
ARP COLPATRIA

JUZGADO CUARTO PENAL MUNICIPAL DE PASTO

San Juan de Pasto, trece (13) de Agosto de dos mil trece (2013).

ASUNTO: SENTENCIA

ACCION DE TUTELA: No. 2013 - 000049

ACCIONANTE: ANDRES FELIPE OBANDO

ACCIONADO: COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS

VINCULADOS: SALUDCOOP EPS
COLPENSIONES
IMPULSO Y MERCADEO

ANTECEDENTES:

El señor ANDRES FELIPE OBANDO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 87.070.084 expedida en Pasto (N), residente en esta ciudad, instaura ACCION DE TUTELA, en contra de la entidad COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS, por considerar vulnerados los derechos fundamental A LA VIDA EN CONDICIONES DIGNAS y AL MINIMO VITAL y con fundamento en los siguientes:

HECHOS:

Manifiesta el accionante que hace tres años se desempeñaba como operativo de la firma IMPULSO Y MERCADEO, la cual prestaba sus servicios a CARREFOUR. El 19 de octubre de 2010 tuvo un accidente de trabajo, el cual fue reportado debidamente la entidad accionada, sufrió lumbago postraumático, síndrome depresivo inicial, cervicalgias postraumática, protucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar y vejiga neurogena. Debido a este accidente permaneció 280 días con incapacidades generadas por SALUDCOOP EPS.

El 24 de agosto de 2011 fue remitido a la ciudad de Cali a Medicina Laboral, donde se le determinó una pérdida de capacidad laboral de 7,95% y recibió una suma de \$1.600.000 por concepto de indemnización.

El 25 de agosto de 2011, el doctor SIMON WILFREDO REY MUÑOZ consideró posible su retorno al trabajo, con algunas recomendaciones.

Su estado de salud continuo en mal estado y a los 10 meses, sin tener en cuenta las indicaciones del médico tratante fue enviado al cuarto frío, de inmediato, se le empezaron a torcer sus brazos, manos y extremidades, fue remitido a la sala de urgencias de SALUDCOOP EPS pero no fue reportado como accidente laboral. Desde ese momento, le han expedido diferentes incapacidades médicas las cuales venían siendo canceladas por parte de la ARP accionada.

Ha interpuesto acción de tutela en contra de la accionada para acceder a la autorización de cirugía de columna.

Hasta el mes de mayo de 2013 no tuvo problemas relacionados con el pago de incapacidades que le habían prescrito los médicos con recomendaciones de reubicación de su actividad física con el fin de ayudar a su rehabilitación. Las incapacidades del mes de mayo y junio no fueron canceladas por parte de la accionada al argumentar que no fueron aceptadas por la ARL debido a que ya fue indemnizado por la pérdida de la incapacidad laboral, sin tener en cuenta el nuevo incidente y que su condición de salud cada día se deterioraba más.

El 14 de junio de 2013, la Directora de Recursos Humanos, le sugiere realizar los trámites correspondientes ante el Fondo de Pensiones y le devuelven las incapacidades desde el mes de septiembre de 2012. Finalmente el 13 de julio de 2013, le informan que termina su contrato al finalizar la jornada, en razón de transacción comercial entre CARREFOUR y CENCOSUD.

Esta situación le ha generado múltiples padecimientos, tanto físicos como económicos, a la fecha acumula más de 403 días de incapacidad por este hecho, sin embargo la accionada se ha desentendido de cualquier tipo de obligación con él, ha perdido su trabajo, dejándolo en un estado de vulnerabilidad, le han negado el servicio de seguridad social y requiere valoración del médico laboral para que se determine el grado de invalidez.

La entidad accionada está evadiendo su responsabilidad de asumir la realización de los exámenes que el tratamiento médico y farmacéutico requiere, además del pago de las incapacidades a que tendría derecho si los médicos las emitieran teniendo en cuenta su estado de salud.

PRETENSIONES

El señor ANDRES FELIPE OBANDO, al interponer la acción de amparo, suplica lo siguiente:

- TUTELAR su derecho a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida, a la par de estos derechos tutelar el derecho a una vida en condiciones dignas y justas, los cuales están siendo amenazados por vía directa ante la no prestación y pronta solución a SU SITUACION DE INDEFINICION (sic) LABORAL que conlleva a la no prestación de servicios médicos y salariales y el no propiciar una nueva junta de calificación de invalidez que puede determinar la afectación que realmente tiene.
- Conforme a la primera declaración, ordenar a COLPATRIA ARP COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a través de su representante legal, que se realice las gestiones administrativas y presupuestales necesarias ante la EPS, en aras de la cobertura total en salud y prestación asistencia médica quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y terapéutica que demanda su condición de paciente accionante (decreto 1295-049 artículo 5) hasta su recuperación total, particularmente para que garantice la prestación inmediata e integral de la atención médica especializada, junto a los insumos médicos, medicamentos y demás que requiere de forma inmediata, según determinación del médico especialista debido a la contingencia de salud descrita en la parte fáctica.
- Ordenar a la ARP COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., que en esta oportunidad y también en lo sucesivo hasta su recuperación total, reconozca y pague a favor del accionante las prestaciones económicas a que haya lugar con motivo de su accidente profesional, especialmente, el subsidio legal correspondiente a las incapacidades reconocidas y no pagadas y las que se llegaren a efectuar de conformidad con el decreto 1295 de 2004 y la ley 776 de 2002, so pena de vulnerarle al usuario el derecho al mínimo vital y móvil.
- Que se prevenga ala parte accionada para que en lo sucesivo se le dé una atención pronta y eficaz teniendo en cuenta el delicado estado de salud en el que se encuentra y su estado de indefensión.

- 4064
- Que al ARP COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., preste de manera inmediata e integral la atención que requiere en el sentido de que ordene la realización de todo el tratamiento médico y farmacéutico además de que se cubran los gastos que se llegaren a presentar por concepto de transporte, alimentación y hospedaje, debido la contingencia de salud descrita en la parte fáctica de este escrito y además se le suministre los medicamentos y procedimientos que demande la atención de su enfermedad en las cantidades y condiciones prescritas por el especialista tratante y aún los que no puedan ser suministrados por la entidad accionada en la ciudad de Pasto y que en consecuencia deban ser prestados en otras ciudades del país.
 - Que se prevenga a los representantes legales de las entidades pretendidas que el incumplimiento de la tutela acarreará en su contra las sanciones establecidas en el decreto 2951 de 1991.

ASPECTO PROBATORIO:

POR PARTE DEL ACCIONANTE

En el libelo incoativo y con posterioridad, se aportaron como pruebas por parte del accionante las siguientes:

Pruebas Documentales

- Fotocopia simple de incapacidades temporales ordenadas al accionante (4 folios).
- Fotocopia simple de orden para valoración por cirugía de columna, de consentimiento informado intervención quirúrgica o procedimiento especial, de boleta de solicitud sala de cirugía, de autorización de servicios No. 96577648 proveniente de SALUDCOOP EPS, de HISTORIA PRIMERA VEZ CONSULTA EXTERNA (7 folios).
- Fotocopia simple de diferentes comunicados enviados al accionante por la Directora de Recursos Humanos de la empresa IMPULSO Y MERCADEO, calendados 26 de junio de 2013, 14 de junio de 2013, 6 de junio de 2013. (6 folios).
- Fotocopia simple de escrito calendado 11 de julio de 2013 proveniente de IMPULSO MERCADEO S.A. y dirigido al accionante, mediante el cual la informan la terminación del contrato de trabajo.
- Fotocopia de escritos dirigidos a la entidad IMPULSO Y MERCADEO S.A. por parte de COLPATRIA, en relación con el caso del actor ANDRES FELIPE OBANDO (4 folios).
- Fotocopia simple de la HISTORIA DE URGENCIAS calendado 15 de abril de 2012 a nombre del accionante.
- Fotocopia simple de sentencia proferida por el Juzgado Primero Penal Municipal con Función de Garantías para Adolescentes dentro de la acción de tutela 520014071001-2013-0016 (11 folios).

POR PARTE DE LA ENTIDAD ACCIONADA COLPATRIA ARL COMPAÑÍA DE SEGUROS

- 4075
- Fotocopia simple de sentencia proferida por el Juzgado Primero Penal Municipal con Función de Garantías para Adolescentes dentro de la acción de tutela 520014071001-2013-0016 (16 folios).

POR PARTE DE LA ENTIDAD VINCULADA IMPULSO Y MERCADEO

- Fotocopia de CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR EL TIEMPO QUE LA OBRA O LABOR DETERMINADA, celebrado entre el accionante y la empresa IMPULSO Y MERCADEO S.A. (2 folios)
- Pantallazos de correos electrónicos calendados 15 de marzo de 2013 y 14 de mayo de 2013, en los cuales se les informa sobre el desmonte de la operación de las tiendas CENCOSUD a nivel nacional (2 folios).
- Fotocopia simple del informe de cierre individual del caso Medicina Laboral ARL Colpatria.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD ACCIONADA ARL COLPATRIA

La entidad accionada compareció por medio de su representante legal HELBERTH ALBERTO DURAN VERGARA.

Manifiesta en su respuesta frente a los hechos y pretensiones que el accionante está afiliado a SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. – ARL COLPATRIA como trabajador de IMPULSO Y MERCADEO S.A. desde el 15 de octubre de 2010 hasta el 11 de julio de 2013. La afiliación lo ampara en los términos de ley, solo en las contingencias derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Tiene reporte de accidente laboral de fecha 19 de octubre de 2010, es atendido por medio de la ARL en urgencias, donde se evidencio el lumbago por el trauma agudo presentado; se le dio diagnóstico TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE ABDOMEN, región lumbosacra y pelvis no especificada, lo dejan hospitalizado para control del dolor y revisión por neurocirujano y ortopedista.

Con posterioridad pasa a calificación de secuelas por parte de ARL COLPATRIA el 8 de julio de 2011, se le califica LUMBAGO NO ESPECIFICADO con pérdida de capacidad laboral de 7,95%. El accionante no estuvo de acuerdo y solicita su remisión a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, quienes lo valoraron el 26 de diciembre de 2011 con diagnostico CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA y de la pelvis otorgando una pérdida de capacidad laboral de 7.95%, dicho fallo se encuentra en firme.

Los hallazgos encontrados en los discos 14,15 y 15 (sic), en los cuales se evidencia signos de deshidratación, en 14-15 y 15-s1 protrusión discal central, son patologías multinivel lo cual no fue considerado como secuelas del evento presentado a la ARL COLPATRIA y a la Junta Regional de Invalidez; son patologías que deben continuar manejadas por la EPS a la cual se encuentre afiliado.

Por lo anterior, debe considerarse que ARL COLPATRIA ha brindado todas las prestaciones asistenciales y económicas que el accionante ha requerido. Como prestaciones económicas se le ha reconocido y pagado 129 días de incapacidad; así mismo se le pagó por incapacidad permanente parcial la suma de \$1.969.282.

El caso de la incapacidad temporal está dispuesto en el artículo 3 de la Ley 776 de 2002, en el se señala que el subsidio se pagará desde el día siguiente al que

40466

ocurrió el accidente hasta el momento de la declaración de su incapacidad permanente parcial. No considera procedente que se acuda a la acción de tutela buscando el reconocimiento y pago de unas prestaciones económicas de invalidez o incapacidad temporal cuando ya está en forme el dictamen proferido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ.

Señala las prestaciones asistenciales que le han brindado al actor. En cuanto al tratamiento integral solicitado considera que debe ser prestado por la EPS a la cual se encuentra afiliado, cualquiera sea el origen de la enfermedad, no pueden ser prestados por la ARL COLPATRIA. El actor ya entabló una acción de tutela por los mismos hechos en el Juzgado Primero Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías para Adolescentes.

No encuentran que se le haya vulnerado ningún derecho fundamental al accionante ya que se le ha suministrado las prestaciones asistenciales y económicas que ha requerido en virtud del evento reportado.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD VINCULADA IMPULSO Y MERCADEO S.A.

La entidad vinculada al trámite que nos ocupa, IMPULSO Y MERCADEO S.A., compareció mediante el señor GERARDO CABRERA FALLA, en calidad de representante legal.

Señala en su respuesta que el señor ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR fue vinculado a la empresa desde el 15 de octubre de 2010 y su actividad terminó el 11 de julio de 2013, el contrato fue por el tiempo que durara la obra o labor determinada, se encontraba contratado para prestar el servicio de surtido en la actividad PGC con Grandes Superficies de Colombia S.A. Carrefour, hoy en día Cencosud.

La accionada es una empresa de Outsourcing y la relación comercial con Grandes Superficies de Colombia S.A. termino el 1 de junio de 2013, por decisión unilateral de la empresa contratante, razón por la cual de manera inmediata se terminaron todos los contratos de trabajo suscritos por los trabajadores, sin que existiera ninguna posibilidad de reubicación en otro cargo, simplemente porque no tiene cargos para proveer.

En el momento en que Grandes Superficies de Colombia S.A. decide terminar el contrato comercial con IML, ella misma realiza un proceso de selección con su personal y vincula directamente a los trabajadores seleccionados a través de contratos de trabajo; en consecuencia, IML no puede enviar al señor ANDRES FELIPE OBANDO a las tiendas de Grandes Superficies de Colombia S.A., ya no le permiten el acceso a las instalaciones, por esta razón se da la terminación de la labor de todas las personas que estaban vinculadas para prestarle servicio a este cliente. Hasta el 1 de junio de 2013 se recibió pago por el contrato que terminó.

En el contrato de trabajo, el señor ANDRES FELIPE OBANDO aceptó como causal de terminación del contrato de trabajo determinado por la duración de la obra o labor, la finalización del contrato con el cliente donde prestaba sus servicios.

Con relación al presunto accidente de trabajo, relacionado en el punto 6 de los hechos descritos, manifiesta que no fue de su conocimiento, nunca su tuvo información de que se tratara de un accidente en sus labores y no entiende porque sólo hasta después de un año se enteran de esta supuesta situación. Las recomendaciones de la ARL COLPATRIA siempre hacían referencia al accidente ocurrido el 19 de octubre de 2010. Si hubo otro evento, fue atendido por la EPS

905 67

como enfermedad general y no como accidente de trabajo pues no tuvo ocurrencia. La ARL cerró el caso y se lo informó en el año 2012.

Finaliza solicitando la improcedencia de la acción de tutela y se desvincule a IML de esta actuación, dejando a consideración del despacho si le solicitan a Grandes Superficies de Colombia que vincule laboralmente, de forma directa, al accionante.

RESPUESTA DE LAS ENTIDADES SALUDCOOP EPS Y COLPENSIONES

Las entidades vinculadas SALUDCOOP (notificada mediante oficio No. 1060 de 2 de agosto de 2013, recibido en sus dependencias el día 6 del mismo mes y año) y COLPENSIONES (notificada mediante oficio No. 1062 de 2 de agosto de 2013, recibido en sus dependencias el día 6 del mismo mes y año) se abstuvieron de ejercitar su derecho de defensa. (Folios 97 y 98 del expediente).

DECLARACIÓN DEL SEÑOR ANDRES FELIPE OBANDO

De manera oficiosa, el despacho consideró pertinente escuchar la declaración del accionante ANDRES FELIPE OBANDO quien manifestó su preocupación porque va a quedar desprotegido en salud ya que habían terminado su contrato de trabajo, no le han pagado algunas incapacidades que le había generado SALUDCOOP por el tratamiento de su columna. El tuvo un accidente, se cayó desde una altura de 3 metros con unas cajas de aceite, eso ocurrió el 19 de octubre de 2010, estuvo tres meses hospitalizado y más de un año incapacitado.

Fue calificada su incapacidad laboral en un 7.95%, frente a esta decisión interpuso recurso y se los negaron, luego tenía que ir a Bogotá de un día para otro y como no pudo viajar, quedó con el mismo porcentaje de calificación, le pagaron la suma de \$1.600.000.

Después del accidente, regresó a su trabajo con recomendaciones, pero no fueron respetadas por sus jefes, el día 15 de abril de 2012 lo metieron en un cuarto frío y se empezó a forcer, no lo reportaron como accidente de trabajo.

Lo han remitido al médico laboral, le han hecho varias resonancias y le han dado varias incapacidades; cuando debía reintegrarse a su trabajo el día 2 de julio de 2013, se presentó en la empresa y no había jefe inmediato, llamó a Cali, habló con la secretaria de Impulso y Mercadeo y le informaron que no le iban a pagar las incapacidades porque la ARP no las estaba reconociendo y que se lo iban a quitar de su liquidación, estuvo esperando una semana y al final no lo reubicaron ni nada sino que le llegó por correo la carta de despido. Se encuentra sin dinero y no puede trabajar en lo único que sabe hacer que es ser bodeguero. No le han pagado las incapacidades de mayo y junio.

Ha ido a COLPENSIONES pero verbalmente le han dicho que no le podían ayudar porque estaba calificado como accidente de trabajo y no como enfermedad general. Ha solicitado verbalmente la calificación con el médico laboral de la ARL pero se han negado a enviarlo.

Su familia se compone de su madre (58 años), su padre (55 años) y una tía (46 años), la mayoría de los gastos los asumía él, su padre trabaja en el Almacén Moderno, gana el salario mínimo, ayuda con \$100.000 en la casa. Actualmente no tiene ningún ingreso. Por su enfermedad no puede caminar bien, todavía no ha recibido el dinero por sus prestaciones sociales, le gustaría que lo vuelvan a calificar por la Junta Regional de Calificación de Invalidez y que se la ARL quien

4062

asuma ese costo porque él no lo puede hacer, que la empresa se responsabilice de él y si es posible lo reubique porque lo que quiere es trabajar.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO:

a.- Presupuestos Procesales y procedencia de la acción:

Están dados los presupuestos procesales para proferir fallo de fondo, a saber: la competencia del despacho, según el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991 y art. 1º del Dto. 1382 de 2.000, la demanda en forma por cumplir con requisitos de relación de los hechos, derecho que se considera vulnerado e identificación de la autoridad o personas contra la cual se impetra la tutela, y la capacidad sustantiva y procesal de las partes; además, de asistirles interés en la resolución constitucional del asunto planteado.

b.- Fundamentos jurídicos:

Según se encuentra consagrado en el artículo 86 de la Carta Política de 1.991, toda persona tiene la acción de tutela como aquella facultad para reclamar ante los Jueces, en todo tiempo y lugar, mediante un procedimiento preferentemente sumario, por sí o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que ellos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos específicos.

Tal precepto constitucional, encuentra su desarrollo legal en los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1.992 y 1382 de 2.000; por lo tanto, esta es la base jurídica tomada en cuenta por el despacho para analizar la procedencia o no del recurso de amparo constitucional impetrado por el señor ANDRES FELIPE OBANDO.

c.- Planteamiento del problema:

El actor interpone a nombre propio acción de tutela al considerar que se vulnera sus derechos fundamentales a la vida, vida en condiciones dignas y justas y al mínimo vital por parte de la ARL COLPATRIA al no definir su situación laboral, al negarse a seguir cancelando las incapacidades laborales que le habían prescrito y aquellas que le lleguen a prescribir por considerar que frente al accidente de trabajo que sufrió ya le fue calificada su incapacidad laboral y además ya fue debidamente indemnizado, dejándolo con su actuar también desprotegido frente a los servicios de salud que pudiere necesitar para la recuperación pues considera que su estado es delicado.

Le corresponde a esta judicatura decidir si en el caso en estudio procede la acción de tutela como mecanismo de amparo de los derechos constitucionales invocados.

d.- Reseña Jurisprudencial aplicable al caso.

I. Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte.

En sentencia T-208-10, la corte Constitucional señaló:

"Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte en el sistema de riesgos profesionales"

7. El decreto 2463 de 2001, "Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez", enuncia el procedimiento que se debe seguir cuando existe controversia o discrepancia con la calificación del origen, la enfermedad o la muerte. El artículo 6 este decreto prescribe:

"ARTÍCULO 6º. Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte. El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda. Cuando se presenten discrepancias por el origen, estas serán resueltas por la junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades promotoras de salud, deberán conformar una dependencia técnica o grupo interdisciplinario que adelante el procedimiento de determinación del origen y registrarla ante las Secretarías de Salud. Las administradoras de riesgos profesionales adelantarán el procedimiento por intermedio del grupo interdisciplinario previsto en el artículo 5º del presente decreto. Cada una de las citadas entidades, así como la junta integrada por las entidades promotoras de salud y administradoras de riesgos profesionales, contarán con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados.

Parágrafo 1º. Las controversias que surjan con ocasión de los conceptos o dictámenes emitidos sobre el origen o fecha de estructuración, serán resueltas por las juntas regionales de calificación de invalidez.

Parágrafo 2º. El costo de los honorarios que se debe sufragar a las juntas de calificación de invalidez, será asumido por la última entidad administradora de riesgos profesionales o fondo de pensiones al cual se encuentre o se encontraba afiliado el trabajador y podrá repetir el costo de los mismos contra la persona o entidad que resulte responsable del pago de la prestación correspondiente, de conformidad con el concepto emitido por las juntas de calificación de invalidez.

Parágrafo 3º. Cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud no emitan el concepto sobre determinación de origen y la persona sujeto de la calificación estima que se trata de un evento de origen profesional, podrá dirigir su solicitud directamente a la entidad administradora de riesgos profesionales o a la empresa promotora de salud. Si dichas entidades no inician el trámite correspondiente podrá acudir directamente a la junta regional de calificación de invalidez, según el procedimiento previsto por el presente decreto.

Parágrafo 4º. Cuando se haya determinado en primera instancia el origen de una contingencia, el pago de la incapacidad temporal deberá ser asumido por la entidad promotora de salud o administradora de riesgos profesionales respectiva, procediéndose a efectuar los reembolsos en la forma prevista por la normatividad vigente. El incumplimiento de la obligación de que trata el presente artículo dará lugar a imposición de sanciones, de conformidad con lo previsto en el artículo 91 del Decreto-ley 1295 de 1994." (Subrayado fuera del texto original)

Según este enunciado normativo, cuando se presente una controversia respecto al origen del accidente, la enfermedad o la muerte ésta será resuelta por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales, la cual contará con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados. En caso de que persista la controversia, la instancia que ha de resolverla será la Junta Regional de Calificación de Invalidez y el costo de los honorarios será asumido por la entidad que resulte responsable del pago de la prestación correspondiente, de conformidad con el concepto emitido por la junta de calificación de invalidez."

e. Del caso Concreto.

A partir de las pruebas arrojadas al plenario es posible establecer que el señor ANDRES FELIPE OBANDO, laboró como trabajador de la empresa IMPULSO Y MERCADEO, desarrollando su trabajo en el almacén CARREFOUR de la ciudad de Pasto. En el desarrollo de su actividad sufrió un accidente de trabajo al caer

40870

desde una altura de tres metros con unas cajas de aceite, fue atendido y fue calificada su pérdida de incapacidad de laboral, siendo indemnizado por la misma. Posteriormente tuvo ocurrencia otro incidente que no fue atendido como accidente de trabajo, ha venido siendo tratado por lo acaecido y se le han generado varias incapacidades, las cuales venían siendo pagadas hasta el mes de mayo del hog año, calenda en la cual se suspendió su desembolso, aduciendo por parte de la ARL COLPATRIA que correspondían a un accidente de trabajo ya calificado e indemnizado.

También es posible verificar que una vez le fue conceptuada su capacidad para regresar al trabajo pero con recomendaciones, fue despedido del mismo, tal como es posible apreciar con la comunicación de la entidad IMPULSO Y MERCADEO.

Conforme a lo descrito, el accionante advierte que se encuentra en un estado de indefensión, producto de sus condiciones de salud, pues considera que no ha sido posible hasta ahora su recuperación y, por la pérdida de su empleo, y de la negativa la ARL COLPATRIA a cancelar las incapacidades prescritas y las que le puedan prescribir, además de asegurar que no le brindarán el servicio de salud, de ahí que reclame de la ARL accionada que se realice las gestiones administrativas y presupuestales necesarias ante la EPS para garantizar la cobertura total en salud, lo cual incluya el tratamiento médico y farmacéutico además de que se cubran los gastos que se llegaren a presentar por concepto de transporte, alimentación y hospedaje; que se le ordene en esta oportunidad y también en lo sucesivo hasta su recuperación total, reconozca y pague a su favor las prestaciones económicas a que haya lugar con motivo de su accidente profesional.

A su vez, las entidades, accionada (ARL COLPATRIA) y una de las vinculadas (IMPULSO Y MERCADEO), al explicar su actuar, señalan que no existe vulneración alguna de los derechos del accionante pues han actuado conforme a los lineamientos legales, además que no se ha negado ninguno de los servicios asistenciales a los que tenía derecho.

La empresa empleadora señala que solo tuvo conocimiento de un solo accidente de trabajo, frente al cual se le suministró la ayuda correspondiente, sin que fuera enterada de la ocurrencia de un nuevo evento del mismo tipo.

Se avizora que el señor ANDRES FELIPE OBANDO, tuvo un accidente de trabajo cuyas secuelas fueron calificadas con una pérdida de capacidad laboral del 7.95%, la cual fue indemnizada con \$1.600.000; sin embargo, posteriormente, ocurrió otro evento que no fue informado como accidente de trabajo, ha sido tratado médicamente por este nuevo acontecimiento y le han ordenado varias incapacidades que han sido pagadas, excepto las de los meses de mayo y junio del presente año. Su situación se vio agravada por la pérdida de su empleo y su temor a quedarse no solo sin ingresos sino también sin los servicios de salud.

Es decir, que fueron dos situaciones las que pudieron desencadenar los padecimientos de salud del accionante. Uno inicial que ya fue calificado e indemnizado, ocurrido el 19 de octubre de 2010 y un segundo, ocurrido el 15 de abril de 2012, del cual ha recibido tratamiento médico por la EPS SALUDCOOP, le han ordenado incapacidades, que han sido pagadas parcialmente, pero no ha sido calificado el origen de esa contingencia, sin que pueda establecerse a quien le podría corresponder, si es del caso, las posibles prestaciones de orden asistencial o económico, bien sea a la Administradora de Riesgos Laborales, a la Empresa Promotora de Salud o al Fondo de Pensiones.

ARP 401

Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
UROLAN

Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524

FÓRMULA MÉDICA

FECHA : 28-Feb-2012

PÁGINA 1 DE 1

NOMBRE : ANDRES FELIPE OBANDO

ENTIDAD : EPS SALUDCOOP

R/.

INCAPACIDAD LABORAL DE 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA

DX SECUELAS DE TRAUMA MEDULAR

Urol
P: 10 d 199
03-18-12
2 MAR 2012

DR CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
R.M. 158
Carlos A. Benavides Dulce
MD. Fisiatru R.M. 158

Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524
SOLICITUD DE EXÁMENES

FECHA : 28-Feb-2012

IDENTIFICACIÓN : 87070084
PÁGINA 1 DE 1

PACIENTE : ANDRES FELIPE OBANDO

EDAD : 27 Años

GÉNERO : Masculino

ENTIDAD : EPS SALUDCOOP

SOLICITUD :

TSH
T3 T4

DIAGNÓSTICO :
HIPOTIRROIDISMO ?

Carlos A. Benavides Dulce

01h

IPS Atención: SC Clinica Los Andes **Ciudad:** Pasto
Paciente: Andres Felipe Obando Belalcazar **Identificación:** CC 87070084 **Estado Civil:** SOLTERO
Sexo: MASCULINO **Edad:** 25 Años 9 Meses 21 Días **Fecha Nac:** 1985/06/21 **Grupo Atención:** Otros
IPS Primaria: SC IPS Pasto Norte **Regional:**
Fecha Ingreso: 2011/04/11 **Hora Ingreso:** 08:53:55 **Nro Cuenta:** 36165770 **Ocupación:** EMPLEADO A
Dirección: MZ D CASA 16 **Teléfono:** 7293381
Convenio: Convenio Clinica Los Andes - Pasto - Tipo Afiliado: COTIZANTE **Ambito Realización:** AMBULATORIO
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad: NO APLICA
Acompañante: Tel:
Responsable del Usuario: Tel:
Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: asiste a control

Enfermedad Actual: trae resultado de urodinamia compatible con vejiga estable. capacidad disminuida. esfinter sinergico y coordinado. uroflujometria libre normal sin residuo.

RECOMENDACIONES: tratamiento medico control en 2 meses

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Sistema | Variable | Observaciones |
|--------------------------|----------|---------------|
| Neurológico y Psíquico | | |
| Órganos de los sentidos | | |
| Piel y Fanereas | | |
| Sistema Cardiovascular | | |
| Sistema Colágeno | | |
| Sistema Endocrino | | |
| Sistema Gastrointestinal | | |
| Sistema Genital | | |
| Sistema Linfático | | |
| Sistema Muscular | | |
| Sistema Sanguíneo | | |
| Sistema Urinario | | |
| Sistema Osteoarticular | | |
| Sistema Respiratorio | | |

DIAGNOSTICOS

| Nombre | Tipo | CIE10 | Tipo Dx | Observaciones |
|---|-----------------------|-------|---------------------|--------------------------|
| Otros trastornos especificados de la vejiga | DIAGNOSTICO PRINCIPAL | N328 | CONFIRMADO REPETIDO | vejiga de baja capacidad |

MEDICAMENTOS

| Nombre | Posologia | Observaciones |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|
| imipramina x25mg (tab) | tomar 1 tableta(s) cada 24 horas durante 60 día(s) | tomar una tableta al acostarse |
| nitrofurantoinax100mg (tab) | tomar 1 tableta(s) cada 24 horas durante 60 día(s) | tomar una tableta con el desayuno |

Profesional: Jorge Luis Paz Bastidas
Identificación: 12982914

Especialidad: UROLOGIA
Registro Profesional: 18051

412

Unidad Médica Urológica de Nariño S.A.
UROLAN
Cra 33a No 20-42 Avenida de Los Estudiantes Teléfonos : 7310888 - 7311524
HISTORIA CLÍNICA

Paciente : ANDRES FELIPE OBANDO

Fecha : 29-Mar-2011

Edad : 26 Años

Género : Masculino

Identificación : 87070084

Entidad : EPS SALUDCOOP

Página 1 de 1

Evolución :

Ha continuado con dolor en cintura escapular y miembro superior derecho. Dice que la terapia fisica la causó edema y mas dolor en el m. superior (le aplicaron estimulación electrica)
Al examen presenta limitación por dolor de movimientos de m. superior derecho. Dolor incluso al reposo.

PLAN: Fisioterapia (unicamente ejercicios activos a tolerancia de m. superiores e inferiores)
Medicamentos Pregabalina, acetaminofen.

Plan de manejo : Médico

Control : Si

CARLOS A. BENAVIDES D.
MED. FISICA Y REHABILITACION
LOUISIANA STATE UNIVERSITY
REG. 158

Carlos A. Benavides Dulce
MD. Fisiatra R.M. 158

Urología y Fisiatria a su servicio

DR. CARLOS BENAVIDES
CODIGO REA 001
R.M. 158

Víctor Hugo Bastidas López

Médico cirujano Esp. Salud Ocupacional

3:15 pm.

Lic. 1318/09

22-Julio/2011

Andrés Felipe Obaudo Belalcázar

cc 87070084. 26 años de edad

Paciente con Antecedente de Trauma cervical
dorsolumbar en Accidente de trabajo en
Octubre de 2010.

Ex: SU y normales.
Obesidad.

Osteomuscular: dolor en pts cervicales - dorsal
y lumbares, Hipoestesia en miembro inf.
derecho, ↓ Fuerza miembro inf derecho y
Reflejo patelar derecho disminuido

Parasclínicos: RMN: 23 OCT 2010 = protrusiones
en C4-C5 C5-C6

RMN: 6 - XII - 2010 = protrusiones en
D6-D7 D7-D8

RMN: 17 - I - 2011 = Abombamientos,
discal C3-C4. C4-C5. C5-C6.

EMG y NCS 30 - XII - 2010: compromiso
plexo medular afectando el lado derecho y
radicular C6-C7 derecho "

Urodinamia: "vejiga de baja capacidad" →

VÍCTOR HUGO BASTIDAS LÓPEZ
Médico cirujano. Esp., en Salud Ocupacional

→ Dx: Obesidad G I.
disco patien varios.

Plan: Concepto de México tratando
para Definición de Corvets.
Y / Secuelas. Y Pronóstico

VICTOR H. BASTIDAS L.
MÉDICO
OCUPACIONALISTA
R.M. 049 L.A. 1313-08

Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
Dolor y Rehabilitación de
Columna, Nervio, Músculo y Hueso
Electromiografía y Neuroconducción
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.



Fecha:

13.7.11

Nombre:

Andrés Obando

Basta' de soliste #1

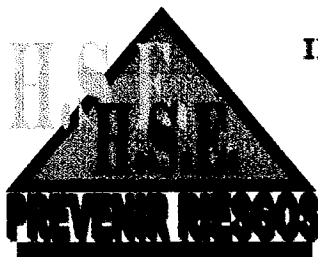
Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.
13/07/11

H320

569321

Procedimiento

Carrera 42 No. 18A-56 - PBX: 7314300 - Teléfonos: 7314473 - 7314474
Clínica de los Andes - Consultorio 608 - San Juan de Pasto



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto. Diciembre 1 de 2010.

CONCEPTO DE EVOLUCION 1

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha
Paciente que trabajando sufrió accidente de trabajo al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, con incapacidad inicial de 30 días, pendiente RM de columna dorsal.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Conducta:

1.- Control y concepto de neurocirugía

2.- NUEVA CONSULTA PARA DEFINICION DE ORIGEN CON RESULTADOS DE

RM

Atentamente,

DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

MEDICINA DEL TRABAJO

Seguridad de Riesgo Industrial

Auditor HSEQ ENVIRONMENT AND SAFETY

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ PREVENIR RIESGOS

Carrera 25 N° 12 - 27

TEL: 7223143 Cel 315 5825965

PASTO

Andres Felipe Obando B.
87070084

Corporación IPS

Saludcoop

NIT. 830.106.376-1

EVOLUCION

HISTORIA CLINICA GENERAL

La Historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente

ARTICULO 31 LEY 23 DE 1981

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

| | |
|---|--------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS Andres Felipe Obaro Belalcazar | No. IDENTIFICACION 87070084 |
| EPS A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO 25 años | No. AFILIACION |

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual, Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y fecha de próximo control si lo hay

30. Noviembre /10 Neurocirujía.

Hace 42 días trauma a región dorsal y abdominal - lumbos derecho y desde entonces presenta dificultad a la marcha, disminución de la fuerza a pie y anestesia perineal.

AP: Sin otro antecedente.

EF: Paraparesia con tono muscular aumentado, de predominio en miembros inferiores derecho. Anestesia a miembros inferiores con nivel sensitivo T12 bilateral.

Idx. Lesión medular dorsal bajo. (T9-T10).

Cta. Resonancia Magnética columna dorsal, Rx Columna lumbos y dorsal.

Control con resultados.

Acetaminofen + Codeína 2 tabletas / 8 horas.

Incapacidad médica x 30 días

14. Diciembre /10 Neurocirujía 25 años.

Hace 2 meses trauma dorsal y desde entonces paraparesia espástica y hipostesia en miembros inferiores.

Rmn Columna dorsal: Medula espinal con intensidad de señal normal.

Rx Columna dorsal y lumbos: Sin fracturas adecuata alineación de cuerpos y lumbos.

ARV

Idx. Paraparesia espástica

Cto. Velocidades de Neuroconducción
electromiografía de miembros inferiores.
Control con resultados

11. Enero / 11 Neurocirugía

Hace 3 meses trauma dorsal y desde entonces
presenta compromiso de fuerza, sensibilidad
en miembros inferiores.

Ef: Paraparesia espástica. Hiperestesia en
miembros inferiores.

Velocidades de Neuroconducción: Lesión medular
cervical de predominio derecho y radiculopatía
C6-C7 derecha.

Idx. Lesión medular cervical.

Cto. EMN columna cervical.

Tramadol - carbamazepina

Control con resultados

Valoración x Medicina

laboral

31. Enero / 2011 Neurocirugía.

Hace 3 meses trauma dorsal y desde entonces
disminución de fuerza y sensibilidad en miembros
inferiores.

Ef. Paraparesia espástica. Hiperestesia en miembros
inferiores

Velocidades de Neuroconducción: Lesión medular cervical
de predominio derecho y radiculopatía C6-C7 derecha.

EMN Cervical: Sin evidencia de lesiones medulares
ni radiculares.

Idx: Lesión medular cervical.

Cto. Rehabilitación x Fisioterapia

1 ENE 2011

Pendientes 15 días



418

MEDINUCLEAR S.A.S.
Nit 800223618-0
Carrera 42 No. 18B 94 Centro Comercial Valle de Atriz
Carrera 34 No. 11^a 12 Barrio Aurora
Pasto - Nariño

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE
EXAMEN: RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA
EDAD: 25 AÑOS
ENTIDAD: CLINICA FATIMA
RECIBO: 101194
FECHA: 23 DE OCTUBRE DE 2010.

Se realizaron secuencias axiales, sagitales y coronales FSE T1, FSE T2 y secuencias de mielografía observado:

La intensidad de señal de las vértebras lumbares es normal. No se observan acúñamientos vertebrales ni otro tipo de lesiones destructivas a nivel lumbar.

Los discos intervertebrales L4 L5 y L5 S1 presentan signos de deshidratación.

En el nivel L5 S1 se observa una protrusión discal central de base amplia con ligera asimetría derecha que comprime el saco tecal y podría contactar la raíz de S1 derecha.

En el nivel L4 L5 se observa una leve protrusión discal central de pequeño tamaño que comprime ligeramente el saco tecal.

En protrusiones previamente descritas se observan signos de desgarró anular.

Agujeros de conjunción amplios.

El cono medular tiene características normales en cuanto a su estructura e intensidad de señal.

Los tejidos blandos paracspinales no muestran alteraciones.

Atte.

DR. JULIO CESAR MUÑOZ
Médico Radiólogo
RM 452/98

Reporte, aprobación electrónica radiólogo Julio Cesar Muñoz Mera

ANDRES

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|-------------------|--|--------------------|-----------|------------------|---------|--|
| <div>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD</div> <div>SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES S.A.</div> <div>N°801010000140986</div> <div>Fecha8/28/2012 9:14:56 AM</div> | | | | | | | | | |
| Paciente: | CC 87070084 Andres Felipe Obando Belalcazar | | | | | | | | |
| Convenio: | Saludcoop ARP Clinica Los Andes - Pos Evento | | | | | | | | |
| Nivel Salarial: | 1 | Tipo Plan: | POS Contributivo | | Tipo Afiliado: | COTIZANTE | | 7293381 | |
| IPS Primaria: | IPS PASTO NORTE | | N° Inc. Anterior: | | 0 NUEVA | | Edad | 0 | |
| Tipo Incapacidad: | Ambulatoria Quirúrgica | | Fecha Final Inc. | | 28/08/2012 | | Gestacional: | 1 | |
| Fecha Inicial Inc | 28/08/2012 | | | | | | Dias Incapacidad | | |
| Concepto Incapacidad | | Observaciones | | | Estado Incapacidad | | | | |
| Enfermedad General | | POP BLOQUEO PERIDURAL | | | SIN LIQUIDAR | | | | |
| Diagnóstico | | M511 | | | | | | | |

Profesional

Luis Julio España Viveros

Registro Profesional

12748393

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|---|--|---|--|
| AUTORIZACION | | TURA No | | NOMBRE IPS Clinica Los Andes - Pasto | | CODIGO IPS 814003898 | |
| NUMERO CUENTA 34290901 | | CAMA SHEC 1 -- 71 | | PRIMER APELLIDO Obando | | SEGUNDO APELLIDO Belalcázar | |
| NOMBRE IDENTIFICACION 87070084 | | EDAD 27 años 2 meses 6 días | | SEXO M | | PLAN POS Contributivo | |
| FECHA Y HORA INGRESO | | VIA DE INGRESO | | FECHA Y HORA EGRESO | | VIA DE EGRESO | |
| 27 08 2012 21 46 | | NACIDO EN LA INSTITUCION | | 28 08 2012 09 10 | | 10 | |
| NOMBRE DIAGNOSTICO DE INGRESO | | COD CIE-VIGENTE CAUSA EXTERNA | | NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO | | COD CIE-VIGENTE CAUSA DE EGRESO | |
| PRINCIPAL Radiculopatía | | M 5 4 1 | | PRINCIPAL Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía | | M 5 1 1 | |
| RELACIONADO 1 | | | | RELACIONADO 1 | | | |
| RELACIONADO 2 | | | | RELACIONADO 2 | | | |
| RELACIONADO 3 | | | | RELACIONADO 3 | | | |
| DATOS RN | | FECHA NACIMIENTO | | HORA NACIMIENTO | | SEXO | |
| | | | | | | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO (Nombre y Cod) | | PESO AL NACER | | PESO EGRESO | | TALLA | |
| | | | | | | | |
| RESUMEN DE LA HOSPITALIZACION | | EDAD GESTACIONAL | | CONTROL PRENATAL | | FECHA DE MUERTE RECIEN NACIDO | |
| | | APGAR 5 min | | SI DESDE | | 1o. TRIM <input type="checkbox"/> 2o. TRIM <input type="checkbox"/> 3o. TRIM <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | |

PACIENTE CON HISTORIA DE RADICULOPATIA
EN MANEJO MEDICO SIN MEJORIA
VALORADO POR MEDICINA DEL DOLOR
SE REALIZA BLOQUEO PERIDURAL CON CORTICOIDES
SIN COMPLICACIONES
CONDUCTA,
SALIDA

RECOMENDACIONES CONTROL POR CONSULTA EXTENRA DRA BASTIDAS EN 21 DIAS

421

Impulso & Mercadeo S.A.
ISO 9001 Y se ISO Internacional

Bogotá, Septiembre 01 de 2011



Señor
ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR
Manzana D Casa 16
Tel. 7293381 - 3185014291
Pasto

REF: RECOMENDACIONES PARA DESARROLLO DE TRABAJO

Apreciado señor:

De acuerdo a la información suministrada por el departameto de medicina laboral de la ARP Colpatria Cali, en relación con el concepto médico emitido por el Dr. Simon Wilfredo Rey Muñoz, quien indicó que las recomendaciones laborales terminaran el día 14 de enero de 2013, nos permitimos informarle que para su recuperación deberá seguir las siguientes recomendaciones:

- Alternar postura sedente con la de pie mínimo cada 30 minutos
- Caminar máximo 30 minutos cada 4 horas
- Puede realizar desplazamientos puntuales por terrenos irregulares tomando las medidas necesarias para evitar lesiones sobre la parte del cuerpo afectada.
- Manipulación de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5 kg.
- Levantamiento de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 5 Kg.
- Transporte de carga sin adecuadas ayudas mecánicas hasta 10 kg.
- Trabajador que puede hacer labores en un puesto de trabajo en donde no sea necesario la flexión-extensión frecuente de columna dorsolumbar durante el turno. Puede hacer labores con manipulación de pesos livianos. Puede trabajos en los que no tenga que hacer desplazamientos de manera frecuente en el turno y pueda alternar a libre disposición su postura sentado-depie.

422

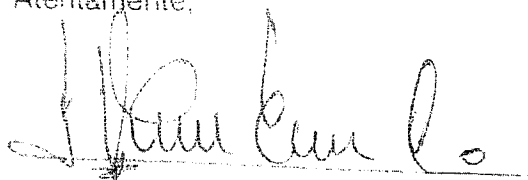
Impulso & Mercadeo S.A.
ISO 9001 Y se ISO Internacional

IMI

- Recibir inducción o reinducción al puesto de trabajo de acuerdo a los planes establecidos por la empresa, con énfasis en salud ocupacional.
- Cumplir con las normas de salud ocupacional que se han establecido por la empresa de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
- Utilizar todos los elementos de protección personal requeridos para el cargo de acuerdo al panorama de factores de riesgo.
- Extender el cumplimiento de estas recomendaciones a las actividades realizadas fuera del trabajo.

NOTA: El NO cumplimiento de estas recomendaciones laborales para su recuperación, puede ocasionar una sanción de tipo disciplinario y las consecuencias y dificultades de salud consiguientes. Le deseamos un mejoramiento rápido siguiendo las recomendaciones dadas.

Atentamente,



YENIFER PATRICIA CARVAJAL ALDANA
Analista de salud ocupacional

ANEXO: COPIA DE recomendaciones de ARP Colpatria Cali



San Juan de Pasto, Julio 15 de 2011

No. DE AUTORIZACION: ARP- PAS-113

Doctor:

**VICTOR HUGO BASTIDAS
PASTO**

7227894

SINIESTRO No
FECHA AT/EP:

Apreciados Señores.

A través de la presente nos permitimos solicitar la prestación de servicios asistenciales correspondientes A: **VALORACION MEDICA LABORAL** Del trabajador (a) **ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR** Identificado con cedula No. **87070084** por accidente de trabajo y/o enfermedad profesional, quien labora en la empresa **IMPULSO Y MERCADEO** Afiliada a **ARP COLPATRIA**.

Así mismo solicitamos sea enviada la cuenta de cobro por los servicios prestados a nombre de **SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA NIT 860002183-9-** individual por paciente y radicar en calle 22 Norte #5BN-102 piso 1. **ESTA ORDEN TIENE VIGENCIA DE 15 DIAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.**

FAVOR ENVIARNOS CONCEPTO MEDICO A LA FECHA PARA CIERRE DE CASO

Cordialmente,



**A.R.P. COLPATRIA
REGIONAL PASTO**

FACILITAMOS LA PRODUCTIVIDAD DE SU EMPRESA

Señor usuario le informamos que de acuerdo a lo establecido en el decreto 1295 art. 22 y en el art. 55: "Las entidades administradoras de riesgos profesionales suspenderán el pago de prestaciones económicas establecidas en el presente decreto cuando el afiliado o el pensionado NO se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenado, o que rehuse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios o para su rehabilitación física y profesional de su trabajo". Razón por la cual usted debe cumplir con el tratamiento medico propuesto.

ACEPTO:

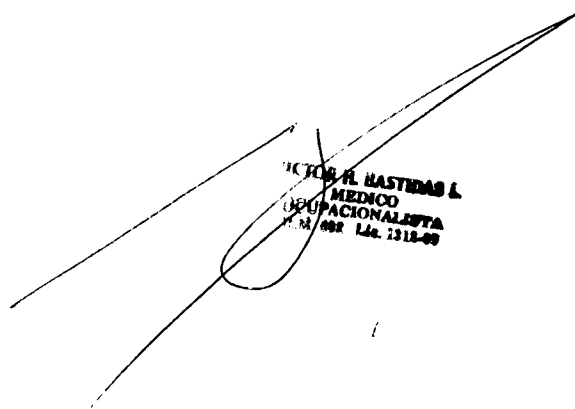
FIRMA USUARIO

Andres Felipe Obando
87070084/

14 - JULIO - 2011.

424

Acude paciente para Atenci
cion Sin Ninguna Orden.


VICTOR H. BASTIDAS L.
MEDICO
Ocupacionalista
C. N. / 002 Lic. 1318-08

Fisiatría

HCI amputado/a Plu en Semelas Trauma al caer
3 mts 19 05/10, En manejo previo por
Neurálgica, Neurológica, Fisiatría, Urología
Tb formz cológeno, T. Física 303. Actual
en Incapacidad por medicación Laboral
+ de 300 días.

Requiere dificultad para caminar, dolor
espalda, vello

EF: Obeso 110 Kg, 172 - mt

Trast. de marcha con leve paresia MID
hiperreflexia, clonus quíndico
Retraimiento isquiotibial

Examen Adynte IRM hipótesis T6 T7
T7 T8 Protusión - L5 S1 L4 L5 Protusión
L3 L4 L5 L6 - leve desviación

Hx: Semelas Trauma Columna
sevelo micropático

Obesidad mórbida

Explicación Resistencia VOM. Nutrición
Control Medicina Local Boston Card
Cita control 2 meses.

DR. MARTÍN MORENO G.
FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.C.
TP 638/91

Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
Dolor y Rehabilitación de
Columna, Nervio, Músculo y Hueso
Electromiografía y Neuroconducción
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.



Fecha:

13.7.11

Nombre:

Andrés Obando

Señales Trauma
Miopatía

T. Fisiolo = 60s

Sedativo - Reed. funcional,
Propiocepción - Coordinación -
Reent. marcha -
Plan Q > sero.

Dr. MARTÍN MORENO GONZÁLEZ
MÉDICO FISIATRA
HOSPITAL MILITAR U.M.N.G.
TP 631/91



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

HISTORIA CLINICA DE NEUROLOGIA

No. H. C. 87070084 - 5704

FECHA 11/07/2011 08:23

| | | | |
|-------------|---------------------------------|----------|---------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | Doc. Id. | CC - 87070084 |
| E. Civil | | Edad | 26 Años |
| Ocupación | NO ESPECIFICADA | Sexo | MASCULINO |
| Procedencia | PASTO | Barrio | URBANO |
| Dirección | | Teléfono | 3185014299 |
| Acompañante | | Teléfono | |
| Empresa: | SALUDCOOP EPS | | |

EXAMEN FISICO NEUROLOGICO

DIAGNÓSTICOS

| | |
|---------------|---|
| Principal | G442 - CEFALEA TENSIONAL |
| Tipo dx | 2 - CONFIRMADO NUEVO |
| Causa Externa | 13 - Enfermedad general |
| Relacionado 1 | M511 - TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS- CON RADICULOPATIA |
| Relacionado 2 | - |
| Complicación | - |
| Observación | |

PLAN

PLAN DE TRATAMIENTO - EXAMENES

| Código | Descripción | Fecha - Hora | Cantidad |
|--------|--|------------------|----------|
| 931000 | FISIOTERAPIA SESION. | 11/07/2011 09:41 | 15 |
| 904904 | OBSERVACION: ESPASMO MUSCULAR CERVICAL TSH TIROIDEA ESTIMULANTE | 11/07/2011 09:41 | 1 |

PLAN DE TRATAMIENTO - FÓRMULAS MÉDICAS

| Código | Descripción | Fecha - Hora | Cantidad |
|----------|---|------------------|----------|
| MD100154 | METOCARBAMOL TABLETAS 750 MG. DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | 11/07/2011 09:41 | 45 |
| MD100055 | TRAZODONA TABLETAS 50 MG. DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL EN LA NOCHE, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | 11/07/2011 09:41 | 60 |
| MD000513 | FLUOXETINA 20 mg (TABLETA O CAPSULA). DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL DESAYUNO, TRATAMIENTO PARA 04 MESES | 11/07/2011 09:41 | 120 |
| MD100058 | NIMODIPINO TABLETAS 30 MG. DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL ALMUERZO, TAMIENTO PARA 04 MESES | 11/07/2011 09:41 | 120 |
| MD100009 | VITAMINA B12 AMPOLLAS 1 MG. DOSIS: 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR 2 VECES EN SEMANA POR 01 MES | 11/07/2011 09:41 | 8 |

EVOLUCIÓN

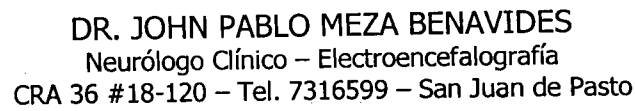
Fecha - Hora 11/07/2011 08:23
Medico JOHN PABLO MEZA BENAVIDES

Descripción
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DISCOPATIA LUMBAR EN MANEJO CON NEUROCIRUGIA, VIENE POR CUADRO DE CEFALEA TRAE REPORTE DE EXAMENES PARA LA EVALUACION, TAC CEREBRAL S/C DE MAYO 31 DE 2011: NORMAL, NIVELES DE VITAMINA B12: 258 NORMAL BAJO, VDRL: NO REACTIVA. CLINICAMENTE: ALERTA, ORIENTADO, SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO DE PARES O VIAS LARGAS, HAY MARCHA ANTIALGICA Y COJERA POR SU CUADRO DISCAL LUMBAR PREVIO. SE DEJA TRATAMIENTO PARA CEFALEA TENSIONAL Y SE CIATA A CONTROL POR NEUROLOGIA EN 03 MESES Y MEDIO

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico
Electroencefalografía
R.M. 551594
Tel: 731 6599

DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
R.M. 551594

Nota: Esta historia al ser impresa se convierte en copia susceptible de modificación o alteraciones del documento original.



FECHA 11/jul/2011

| | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|------|------|------|--|------|------------------|---------------|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | | | | DOC. ID. | CC - 87070084 |
| Entidad | SALUDCOOP EPS | | | | | | DOMICILIO | |
| Diagnostico | G442 | DXR1 | M511 | DXR2 | | DXR3 | TELÉFONO | 3185014299 |

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico
Electroencefalografía
RMS 5515/94

DR. JOHN PABLO MEZA BELANDIERES

429



DR. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico – Electroencefalografía
CRA 36 #18-120 – Tel. 7316599 – San Juan de Pasto

15 JUL 2011

FORMULA MEDICA

No. H. C. 87070084

FECHA 11/jul/2011

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------|------|------|------|--|------|-----------|---------------|--|
| Paciente | OBANDO BELALCAZAR ANDRES FELIPE | | | | | | DOC. ID. | CC - 87070084 | |
| Entidad | SALUDCOOP EPS | | | | | | DOMICILIO | | |
| Diagnostico | G442 | DXR1 | M511 | DXR2 | | DXR3 | TELÉFONO | 3185014299 | |

| CODIGO | MEDICAMENTO | CANTIDAD | FECHA HORA |
|----------|---|----------|------------------------|
| MD100154 | METOCARBAMOL TABLETAS 750 MG. DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | 45 | 11/07/2011 09:41 45 |
| MD100055 | TRAZODONA TABLETAS 50 MG. DOSIS: MEDIA TABLETA VIA ORAL EN LA NOCHE, TRATAMIENTO PARA 03 MESES | 60 | 11/07/2011 09:41 15 |
| MD000513 | FLUOXETINA 20 mg (TABLETA O CAPSULA). DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL DESAYUNO, TRATAMIENTO PARA 04 MESES | 120 | 11/07/2011 09:41 30 |
| MD100058 | NIMODIPINO TABLETAS 30 MG. DOSIS: 1 TABLETA VIA ORAL CON EL ALMUERZO, TAMIENTO PARA 04 MESES | 120 | 11/07/2011 09:41 30 |
| MD100009 | VITAMINA B12 AMPOLLAS 1 MG. DOSIS: 1 AMPOLLA INTRAMUSCULAR 2 VECES EN SEMANA POR 01 MES | 8 | 11/07/2011 09:41 8 |

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
Neurólogo Clínico
Electroencefalografía
RMS 5515/94
Tel: 731 6599

Nota: Los cambios registrados en las recetas, presentaciones y dosis, serán de estricta responsabilidad de quien realice dichas modificaciones y no del médico firmante de esta orden. Decreto 2200 de 2005 artículo 20. Min. Protección Social.

Dr. JOHN PABLO MEZA BENAVIDES
R.M. 551594

San Juan de Pasto,
Marzo 13 de 2009

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DE
ALMACEN MODERNO


HACE CONSTAR:

Que el señor ANDRES FELIPE OBANDO BELALCAZAR, identificado con la cédula de ciudadanía 87.070.084 de Pasto, ha trabajado con nosotros en el 2004 hasta 2008 como Vendedor y Auxiliar de Bodega.

Durante este tiempo ha demostrado ser una persona honrada y responsable con las labores encomendadas, por lo que no dudamos recomendarlo ante cualquier persona o entidad que desee contratar sus servicios.

Esta constancia se expide a petición del interesado para requisitos hoja de vida.

Atentamente,


CÉCILIA BURBANO SOLARTE



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2013-01-18

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

Observaciones:

, INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 9146088

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-01-18
FECHA FINAL: 2013-02-01
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 253
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-01-18

FIRMA AUTORIZADA

TIPO: APP

Rdo Juan Goades
18 Enero 2013



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-10-22

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que expide : Sulma Yolanda Cabrera Arciniegas

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8776724

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-10-20
FECHA FINAL: 2012-11-03
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 163
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-10-22


FIRMA AUTORIZADA



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2013-01-04

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 9091488

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcázar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2013-01-03
FECHA FINAL: 2013-01-17
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 238
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2013-01-04

Observaciones:

, INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo


FIRMA AUTORIZADA

Carlos Lasso



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-12-19

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 9035830

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-12-19
FECHA FINAL: 2013-01-02
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 223
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-12-19

Observaciones:

INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que expide : Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo

FIRMA AUTORIZADA

19-12-12:
Daniel Moras



435

**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS**
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, diciembre 17 de 2012.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales, pendiente consulta con cirugía de columna en Bogotá.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.
Cervicalgias postraumática.
Dorsalgia postraumática.

Conducta:

1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 19 de diciembre 2012.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, octubre 19 de 2012.

ANDRÉS FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 20 de octubre 2012.

Atentamente,

~~DOCTOR
SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
DERECHO DEL TRABAJO~~

22 OCT 2012
P= 150 hrs
09-11-12

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2012-11-06

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide: Sulma Yolanda Cabrera Arciniegas


FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 8841372

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-11-04
FECHA FINAL: 2012-11-18
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 178
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-11-06

NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2012-12-04

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No. 8968784

SaludCoop EPS

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

o. IDENTIFICACIÓN: 87070084
OMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcázar Andres Felipe
IPO AFILIADO: COTIZANTE
IPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

o. IDENTIFICACIÓN: 800028659
Razón Social: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-12-04
FECHA FINAL: 2012-12-18
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 208
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-12-04

Observaciones:

INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. EMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Otras:

Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

CLINICA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Especialista que expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo


FIRMA AUTORIZADA

Recibo: 5-12-12

Daniel Morán

REGIONAL NARIÑO

PASTO CARRERA 35A No. 17-36 TEL: 731 3050 FAX: 731 5562

NIT.: 800.250.119-1 PERSONERÍA JURÍDICA 94-3722



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto, noviembre 17 de 2012.

ANDRÉS FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 27 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFOUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Conducta:

1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 19 de noviembre 2012.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 7314763 Cel 315 5825965

PASTO

15 días
7-12/12
#15 días.



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-11-19

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

Observaciones:

, INCAPACIDAD MAYOR A 180 DIAS. EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU FONDO DE PENSIONES. REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Usuario que expide : Sulma Yolanda Cabrera Arciniegas

FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8897716

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-11-19
FECHA FINAL: 2012-12-03
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 193
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-11-19



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-10-05

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8707892

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-10-05
FECHA FINAL: 2012-10-19
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 148
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-10-05

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Karen Lisseth Ortiz Lopez


FIRMA AUTORIZADA



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, septiembre 25 de 2012.

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales.

En el momento con remision a especialista de cirugía columna por medicina del dolor.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 20 de septiembre 2012.
- 2.- Remision a traumatología de columna para valoración y concepto.
- 3.- dar cita de control.

Atentamente,

SEGUNDO GIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

20 SET 2012

E=15

P=15

05 OCT 2012

Tramite 14
20 SET 2012



NIT: 800250119

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 8566485

FECHA DE IMPRESIÓN: 2012-09-05

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-09-05
FECHA FINAL: 2012-09-19
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 118
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-09-05

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: Clínica Los Andes
Usuario que expide: Karen Lisseth Ortiz Lopez

FIRMA AUTORIZADA



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, agosto 25 de 2012.

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales.

en el momento con remision a especialista de columna.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Obstrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 21 de agosto 2012.

2.- Traer concepto de medicina del dolor para proxima prorrogas.

3.- ~~Por 2 meses~~ ~~21 de ago~~ ~~para prorrogas~~ ~~de incapacidad~~

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

27 AGO. 2011

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 Nº 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

F = 15 días
21 Ag - 04-sep
R = 15 d.
os sep. S
115

03 JUL 2012
Tramite
Control: 10011-2012



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto, septiembre 25 de 2012.

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 27 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos, además de problemas urinarios, paciente con disestesias y parestesias bilaterales.

En el momento con remision a especialista de cirugia columna por medicina del dolor.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrucciones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 20 de septiembre 2012.
- 2.-Remision a traumatología de columna para valoración y concepto.
- 3.- dar cita de control.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 7314763 Cel 315 5825965

PASTO



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-09-20

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8636744

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-09-20
FECHA FINAL: 2012-10-04
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 133
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-09-20

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Karen Lisseth Ortiz Lopez

FIRMA AUTORIZADA



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, enero 18 de 2012.

CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 25 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

1.- se da incapacidad por 30 días a partir del 23 de mayo de 2012.

Atentamente, **SEGUNDO**

SUAREZ

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

Control

2107 UNIV 83 = 15 días

P- 15 días
7 Junio.
815 días

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

17 JUN 2012



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO

& H.S.E.Q

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD

DERECHO LABORAL

E HIGIENE INDUSTRIAL

PASTO

Pasto, enero 18 de 2012.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO

CC: 87.070.084 de Pasto.

EDAD 25 AÑOS.

EMPRESA I.M.L

CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

1.- se da incapacidad por 30 días a partir del 23 de mayo de 2012.

Atentamente, **SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ**

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral

Derecho del trabajo.

Control

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL

& HSEQ

PREVENIR RIESGOS

Calle 18 N° 29 - 51

TEL: 7314763 Cel 315 5825965

PASTO

2012 MAY 23 = 15 dias

P- 15 dias

+ Junio.

15 dias

07 JUN 2012

17 JUN 2012

*70pe superado
proceder al 61*

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 8251277

NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN: 2012-06-22

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
ESTADO AFILIADO: COTIZANTE
ESTADO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

IDENTIFICACIÓN: 800028659
CATEGORÍA SOCIAL: impulso Y mercadeo

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-06-22
FECHA FINAL: 2012-07-06
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 43
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-06-22

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en los días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley 1448 de 2010. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

CLÍNICA IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES
Ejecutante que expide: Cielo Yaqueline Arciniegas Revelo



FIRMA AUTORIZADA



CLINICAL SPA

CR 41 17A 95
7317070

450

Página 2 de 2

Fecha Impresion: 12/04/2012

Fecha y Hora: 12/04/2012 2:53 p.m.

Maria Constanza Bastidas

Profesional que clausura: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA

CC 36998539 R.M. 2232/89

Profesional que elabora: BASTIDAS CAMPAÑA MARIA CONSTANZA CC 36998539 R.M. 2232/89

rptConsultarHCSingColumn.rpt



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-05-23

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8121675

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-05-23
FECHA FINAL: 2012-06-06
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 13
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-05-23

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Mayra Alejandra Jojoa Vivas

FIRMA AUTORIZADA



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-05-11

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8073170

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-05-10
FECHA FINAL: 2012-05-22
DÍAS OTORGADOS: 13
DÍAS ACUMULADOS: 0
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: NUEVA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-05-11

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Ayde Esperanza Erazo Mosquera

FIRMA AUTORIZADA

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS No. 71870234

SaludCoop ORIGINAL

453

| | | | | | |
|--------------------------------------|------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|---------|
| NOMBRES DEL PACIENTE | | TIPO DE ALIADO | TIPO DE IDENT. | IDENTIFICACIÓN | EDAD |
| Andres Felipe Obando Belalcázar | | COTIZANTE | Cédula Ciudadanía | 87070084 | 26 Años |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA: | | | |
| 1 | POS | Corporación Ips Nariño - Pasto Norte | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| Corporación Ips Nariño - Pasto Norte | | | | Mayra Alejandra Jojoa Vivas | |
| ENTIDAD RECOBRO | | OTRA REGIONAL | | | |

PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN A REALIZAR

| | | | |
|-------------------|--------------------|---|-----------------|
| CAUSA EXTERNA | ENFERMEDAD GENERAL | DX. PRINCIPAL: M548 | DX. SECUNDARIOS |
| 931000 | Fisioterapia | 10 terapeutico | No Aplica |
| PROCEDIMIENTO (S) | | FINALIDAD | Lateralidad |
| | | | |
| | | OBSERVACIONES | |
| | | FECHA APROBACIÓN: 2012/02/17 pte en tto | |

TIPO DE PAGO A REALIZAR

| | | | | |
|-----------------|-------------|------------------|----------------------|------------|
| PAGO COMPARTIDO | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION | NOMBRE IPS |
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0 | 0 | 0 | 0.00 | |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

RECOBRO

TIPC:

Salud Coop EPS

MEDICO QUE AUTORIZA

REGISTRO MEDICO

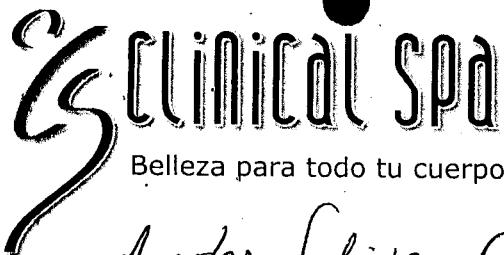
INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE

NI 59819528 KINESIS

DIRECCIÓN CALLE 22 NR. 9 - 86 Pasto Pasto

TELÉFONO 7218522

IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN



- 454
- Cirugía Plástica
 - Dermatología
 - Odontología
 - Centro de Estética
 - Farmacia
 - Medicina del Dolor

Nombre:

Andrés Felipe Obando

Fecha:

16.02.2012

R

Deposición x 40mg x 5cc f 1/1


CLINICAL SPA
Belleza para todo tu cuerpo
Maria Constanza Bastidas C.
Anestesióloga

Carrera 41 N° 17A - 95 | PBX: 731 70 70 | Fax: 731 71 70

| San Juan de Pasto - Colombia | www.clinicalspa.com.co

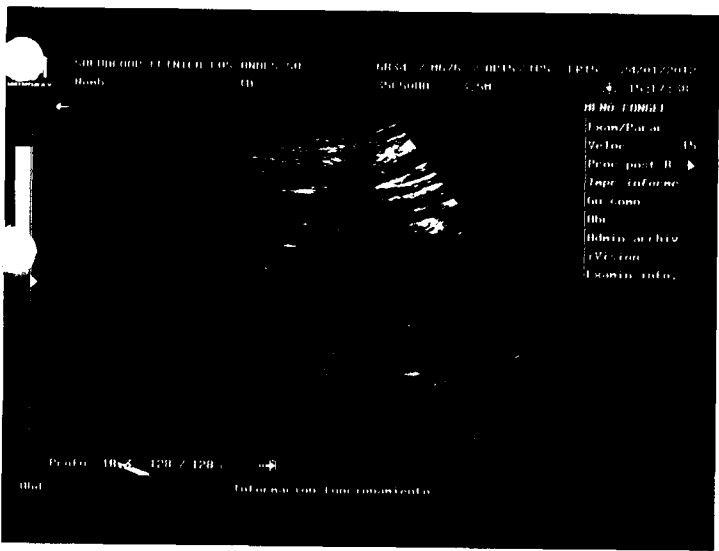
Sandra Altocastro



UD COOP
DES

GNOSTICAS

radiología



afia renal, observando:

normales, de contornos regulares,
tico-medular sin masas, quistes ni
ector.

I, 4.7 cm antero posterior, con una

I, 5.9 cm antero posterior, con una

ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENTES.

Atentamente,

DR. CARLOS FERNANDO NUÑEZ GUERRERO.
Radiólogo- Universidad de la Habana, Cuba
- Fundación Clínica Valle de Lili, Cali.

Paula/Bacca/B

CARRERA 42 NO. 18-A-56 B PANDIACO
TEL # 53 317 99 EXT 116
PASTO - NARIÑO - COLOMBIA

456

Autorización de Servicios No. 72452783



Copia 2 Entrega 1 de 1

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Nombre del Paciente Andres Felipe Obando Belalcazar | Tipo Afiliado COTIZANTE | Tipo de Identificación Cedula Ciudadania | Identificación 87070084 |
| Nivel Cotizante I | Plan | Entidad que Solicita Clinica Los Andes | Fecha 2012 2 29 |

Entidad de Recobro ARP ARP COLPATRIA

Origen TUTELA

Tutela Integral

PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO A AUTORIZAR

Diagnostico Principal S140

| Codigo | Descripcion | Cantidad | Tipo Alto Costo | Contingencia | Finalidad |
|---------|---|----------|-----------------|-----------------------|-------------|
| 37038.0 | METILPREDNISOLONA ACETATO POLVO. SOL INY X40MG VIAL X5ML (AMP) | 1 | NO ALTO COSTO | ENFERMEDAD GENERAL | TERAPEUTICO |

Instruccion de Toma : 1 FCO MES.. FAVOR LEER OBSERVACION

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | | MODERADORA |
|-----------------|---------|------------|-------|------------|
| EPS | Usuario | Porcentaje | Valor | Valor |
| 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |

LUEGO DE SER PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | |
|--|--|
| NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE AUTORIZA Karin Patricia Rondon Payares Firma del Funcionario Numero de Registro | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE Nombre Farmacia Alto Costo Hosp Clinica Los Andes Nariño Direccion Kra 42 n° 18A - 110 Telefono |
| FIRMA DEL PACIENTE | DOCUMENTO |

No. Solicitud 6143201

La vigencia de esta autorización es de 72 horas



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, junio 21 de 2012.

**CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP**

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemáticas urinarias.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumáticas.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Dx MSII.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 21 de junio 2011.
- 2.- Traer concepto de medicina del dolor.

Atentamente

SEGUNDO SIGIERED SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

22 JUN. 2012

durante 15 días 7 JUL 2012
E# 15 d.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

Favor Autorizar
Chol Medicina
Laboral
Vobu

18 JUL 2012
En trámite
TOPSUAREZ



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.**

PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

458

Pasto, julio 23 de 2012.

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos,, además de problemas urinarios.

Dx. Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 23 de julio 2012.
- 2.- Traer concepto de medicina del dolor.

15 días

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho de trabajo.

6 Agosto

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL
& H.S.E.Q.
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

Donal Mora
Recivido 24-07-12.



INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q
PREVENIR RIESGOS
MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, junio 21 de 2012.

CONCEPTO DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN
MEDICINA LABORAL SALUCOOP

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L.
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.
Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco disminuidos, cursa incapacidad de cinco meses, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.
Cervicalgias postraumáticas.
Dorsalgia postraumática.
Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Dx HSI

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 21 de junio 2012.
- 2.- Traer concepto de medicina del dolor.

Atentamente

SEGUNDO SIGIEREDDO SUAREZ

Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

22 JUN. 2012

pendiente 15 días 7 julio
E# 15 d. 09 JUL 2012

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 - Cel: 313 5511255
PASTO

Favor Autorizar
Chol Medicina
Laboral
Vobu

18 JUL. 2012.
En trámite
TOP SIGIEREDDO



**INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO
& H.S.E.Q.**

PREVENIR RIESGOS

MEDICINA DEL TRABAJO, LABORAL, SEGURIDAD
DERECHO LABORAL
E HIGIENE INDUSTRIAL
PASTO

Pasto, julio 23 de 2012.

ANDRES FELIPE OBANDO
CC: 87.070.084 de Pasto.
EDAD 27 AÑOS.
EMPRESA I.M.L
CARGO: Auxiliar I.M.L.

Paciente con antecedentes de dolor lumbar irradiado a la pierna derecha, que sufrió accidente de trabajo el día 19 de octubre de 2010 al caer de altura de tres metros, en la bodega de CARREFUR de Ciudad de Pasto.

Al examen presenta dificultad al caminar, con disminución de la sensibilidad y la fuerza de pierna derecha, ángulos de movimiento de tronco, disminuidos,, además de problemas urinarios.

Dx: Lumbalgia postraumática con radiculopatía derecha.

Cervicalgias postraumática.

Dorsalgia postraumática.

Protrusiones y abombamientos de columna cervical, dorsal y lumbar.

Conducta:

- 1.- Se da incapacidad por 30 días a partir del 23 de julio 2012.
- 2.- Traer concepto de medicina del dolor.

Atentamente,

SEGUNDO SIGIFREDO SUAREZ
Medicina del Trabajo y Laboral
Derecho del trabajo.

INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
& HSEQ
PREVENIR RIESGOS
Calle 18 N° 29 - 51
TEL: 7314763 Cel 315 5825965
PASTO

08 AGO 2012

E #320

460



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-07-23

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE : Sin Reconocimiento

No: 8375869

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-07-22
FECHA FINAL: 2012-08-05
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 73
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-07-23

Observaciones:

EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 8 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Mayra Alejandra Jojoa Vivas

FIRMA AUTORIZADA



NIT: 800250119

FECHA DE IMPRESIÓN : 2012-07-09

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

No. IDENTIFICACIÓN: 87070084
NOMBRES Y APELLIDOS: Obando Belalcazar Andres Felipe
TIPO AFILIADO: COTIZANTE
TIPO DE COTIZANTE: Cotizante Dependiente

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. IDENTIFICACIÓN: 800028659
RAZÓN SOCIAL: impulso Y mercadeo

CERTIFICADO DE LICENCIAS O INCAPACIDADES

ESTADO DEL TRÁMITE: Sin Reconocimiento

No: 8316687

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD - LICENCIA

CÓDIGO DX CIE 10: M511
FECHA INICIAL: 2012-07-07
FECHA FINAL: 2012-07-21
DÍAS OTORGADOS: 15
DÍAS ACUMULADOS: 58
ORIGEN: Accidente de Trabajo
TIPO: PRORROGA
ÁMBITO: Ambulatoria No Quirúrgica
FECHA EXPEDICIÓN: 2012-07-09

Observaciones:

, EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO ESTA A CARGO DE SU ARP, REMITASE CON ESTE DOCUMENTO A SU EMPLEADOR. LA EPS NO ESTA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

Notas:

-Este Certificado NO es válido para descuento por autoliquidación o reclamación de la prestación económica. La liquidación de la prestación económica generada por esta incapacidad o licencia, será enviada a la dirección del empleador reportada por usted en 5 días hábiles. -El reconocimiento de la prestación económica esta sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos por la normatividad vigente. Art. 3 Decreto 047 de 2000.

OFICINA O IPS DE EXPEDICIÓN: CLINICA DE LOS ANDES

Usuario que expide : Cruz Rocio Tovar Chamorro


FIRMA AUTORIZADA

PACIENTE: OBANDO BELALCAZAR ANDRES
EXAMEN: RESONANCIA DE COLUMNA CERVICAL
EDAD: 28 AÑOS
ENTIDAD: EMSSANAR
RECIBO: 169593
CEDULA: 87070084
FECHA: 26 DE ABRIL DE 2014.



248

Se realizaron secuencias axiales y sagitales SE T1, FSE T2 y EG T2, observando:

Los cuerpos vertebrales de la columna cervical presentan morfología e intensidad de señal normal, con incipientes osteofitos marginales anterolaterales.

La alineación de las vértebras cervicales esta preservada.

Los discos intervertebrales presentan altura normal y su intensidad de señal no muestra alteraciones.

A nivel de C4-C5 protrusión posterior central que indenta el saco dural sin afectación del cordón medular ni radicular.

A nivel de C5-C6, C6-C7 abombamiento discal difuso posterior que indenta el saco dural que oblitera levemente los agujeros de conjunción que en afectación radicular.

Los agujeros de conjunción son amplios no evidenciándose compresiones radiculares a nivel foraminial.

Los recessos laterales no se encuentran ocupados por procesos patológicos.

El cordón medular tiene diámetro, morfología e intensidad de señal usual sin signos de edema, isquemia, lesiones neoplásicas intramedulares ni otras alteraciones.

Las articulaciones uncovertebrales son normales.

Los tejidos blandos paravertebrales no muestran alteraciones.

Atte.

DRA. CARMEN B. GARCÍA M.
ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
RADIÓLOGA INTERVENCIONISTA
RM. 5205

Reporte, Aprobación Electrónica Dra. Carmen B. García M.
"Este informe no es valido sin sello seco de la empresa"

ANDRES

No se observan alteraciones en el alineamiento sagital de las vértebras lumbares. La morfología e intensidad de señal de las vértebras lumbosacras son normales, con presencia de incipientes osteofitos marginales anterolaterales. No existen cambios degenerativos ni otro tipo de lesiones óseas en los arcos posteriores valorados.

A nivel de L4-L5 el disco intervertebral con signos de deshidratación y desgarro anular presenta abombamiento difuso posterior que indenta el saco dural y oblitera levemente los agujeros de conjunción sin afectación radicular.

A nivel de L5-S1 el disco intervertebral con signos de deshidratación y desgarro anular presenta un abombamiento difuso posterior que oblitera parcialmente los agujeros de conjunción sin afectación radicular foraminal; además una protrusión discal posterior central de base amplia que indenta el saco dural y oblitera los recesos laterales, contactando las raíces a nivel de los recesos.

Los forámenes de conjunción conservan sus diámetros normales en los segmentos superiores valorados, sin apreciarse compresiones radiculares.

No se observan ocupaciones patológicas en los recesos laterales superiores.

El cono medular se localiza normalmente a la altura de L1 no apreciándose anomalías en su morfología ni intensidad de señal.

Tejidos blandos paraespinales posteriores normales.

Atte.

DRA. CARMEN B. GARCÍA M.
ESPECIALISTA EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
RADIÓLOGA INTERVENCIONISTA
RM. 5205

Reporte, Aprobación Electrónica Dra. Carmen B. García M.
"Este informe no es válido sin sello seco de la empresa"

ADDRESS