



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: D 23 M 5 AAA 2023 Número de dictamen: 07202316285
 Motivo de solicitud: Primera Oportunidad: Primera Instancia: X Segunda Instancia:
 Solicitante: EPS AFP ARL Empleador Otro: PARTICULAR-CONDONACIO BANCARIA
 Afiliado: Pensionado X
 Nombre solicitante: Hernando Trujillo Amaya NIT/Documento de Identidad: Teléfono(s): Ciudad:
 Dirección Solicitante: CESSAN 40-22 Teléfono: 3115342603 Correo: hertrujil@hotmail.com Ciudad: Neiva

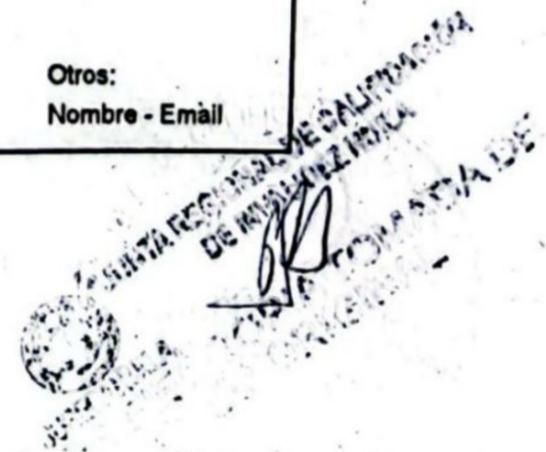
2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA Nit: 813008428
 Dirección: CALLE 17 No 6 - 60 LOCAL 103 Teléfono: 8726865 email: jurecahuila@hotmail.com Ciudad: NEIVA

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: Beneficiario:
 Apellido(s): TRUJILLO AMAYA Nombre(s): HERNANDO
 Documento de identificación: NIU RC TI CC CE No: 79.283.521
 Fecha de nacimiento: DD 21 MM 11 AAAA 1982 Edad: 60 Meses Años
ETAPAS DEL CICLO VITAL:
 Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Económicamente activa: Adultos mayores: XXX
ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:
 Básica: Media: Universitaria: X Post Grados:
 Tecnológica: Otros: Cual:
 Dirección: Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:
ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: X Unión Libre:
 Separado: Viudo: Otros:
 En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
 En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
AFILIACION AL SISS:
 Régimen en Salud: Contributivo: X Subsidiado: No afiliado:
 Administradoras: EPS: SANIDAD MILITAR AFP: N/A ARL: N/A Otros:
 Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

Hernando Trujillo Amaya - RAD 0702202300328





FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1607 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: _____ Dependiente: _____
 Nombre del Trabajo/empleo: _____ Ocupación: PENSIONADO Código CIUO: _____
 Nombre Actividad Económica: _____ Clase: _____
 Nombre de la Empresa: NIT/CC _____
 No Aplica: _____

5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO- (Descripción)

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

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II

TITULO I
CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

No	CODIGOS CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD										
1	M545		LUMBALGIA										
2	M542		CERVICALGIA										
3	M198		ARTROSIS ACROMIO CLAVICULAR BILATERAL										
4	S623		LESION METACARPO FALANGICA IZQUIERDA SEGUNDO DEDO										
5	M202		HALUX RIGIDO										
6	F431		TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO										
7	H903		HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL										
No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	No Tabla	Clase	CFP o FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Resultado		CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F Batazar sin ponderar)
									Clase final y literal	% Deficiencia			
1	ESTRÉS POSTRAUMATICO	13,4	1	20						20			57,60
2	DETERIORO BINAURAL AUDITIVO GLOBAL	9,2-9,3		14						14			
3	DISMINUCIÓN DE LOS RANGOS DE MOVILIDAD DEL HOMBRO IZQUIERDO	14,5		8						8			
4	DISMINUCIÓN DE LOS RANGOS DE MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO	14,5		8						8			
5	DEFICIENCIA COLUMNA CERVICAL	15,1	1	7						7			
6	DEFICIENCIA COLUMNA LUMBAR	15,3	1	7						7			
7	DEFICIENCIA DISMIUCIÓN DE LA MOVILIDAD DEL INDICIE	14,2		4						4			
8	DEFICIENCIA PRIMER DEDO PIE	14,8		2						2			

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modular CFU: Clase Factor único

Formula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)

Formula de Batazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores:

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

A: Deficiencia de mayor valor
B: Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA: % Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5 = 28,78 %

Hernando Trujillo Amaya

IMPRESA REGIONAL DE CALIDAD DE MINISTRO DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL



TITULO II

CALIFICACION DEL ROL OCUPACIONAL PARA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

Asignar valor único del rol ocupacional e integrar la información de la ejecución de las áreas ocupacionales o AVD

CLASE	CATEGORIA	VALOR
A	Rol ocupacional sin dificultad-no dependencia	0
B	Rol ocupacional con dificultad leve-no dependencia	10
C	Rol ocupacional adaptado- dificultad moderada-dependencia moderada	25
D	Rol ocupacional con dificultad severa - dependencia severa	35
E	Rol ocupacional con dificultad completa-dependencia grave/completa	50

TABLA 14. Valoración de rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y del esparcimiento para adultos y adultos mayores

CLASES				
A	B	C	D	E
0	10	25X	35	50

CALCULO FINAL PCO

Valor final deficiencia ponderado + Valor del rol asignado =

53,78 %

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Pérdida de Capacidad Laboral:

= TITULO I -Valor Final Ponderado + TITULO II -Valor Final

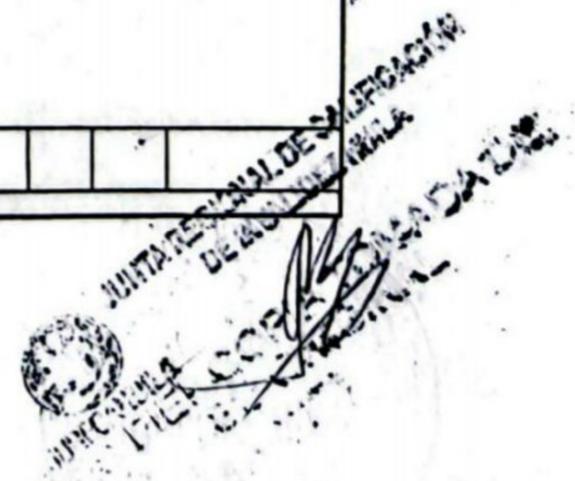
VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %

= 28,78%+25,0%

53,78 %

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE:
FECHA DE ESTRUCTURACION:				DD MM AAAA
11 DE ABRIL DEL 2023			Accidente:	SI NO
Sustentación:			Laboral	
CONCEPTO DE ORTOPEDIA			Común	
ALTO COSTO /CATÁSTRÓFICA			Enfermedad:	SI NO
			Laboral	
			Común	XXXX
CLASIFICACION CONDICION DE SALUD-TIPO DE ENFERMEAD (marcar con una X)				
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	X
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	X
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	X
TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:		PROGRESIVA:	

Hernando Trujillo Amaya





FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA
CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 agosto 12 de 2014



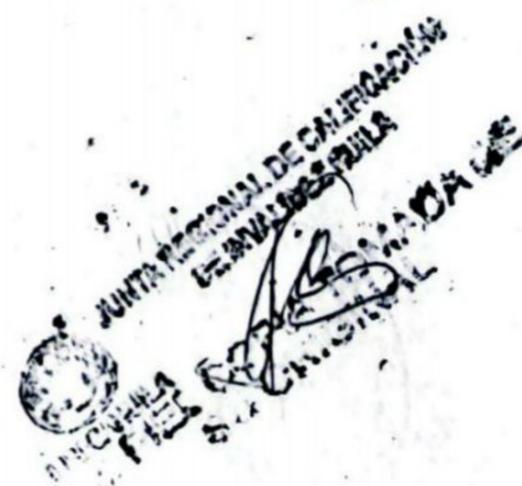
MINTRABAJO

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

OCUPACION	NOMBRE	CEDULA	REGISTRO MEDICO	FIRMA
MEDICO	JESUS ANTONIO HERNANDEZ REYNA	12.106.000		 Dr. JESUS ANTONIO HERNANDEZ Medico Principal
MEDICO	SIXTO ALFONSO PARAMO QUINTERO	12.119.331		
TERAPEUTA FISICO	MONICA MILDRED PERDOMO HERNANDEZ	26.607.359		 Dra. MONICA M. PERDOMO Fisioterapeuta

Hernando Trujillo Amaya





JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ HUILA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

CASO 4. PONENCIA

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente	PARTICULAR](condonación)
Fecha de Ponencia	23 DE MAYO DE 2023
Medico Ponente	DR JESÚS ANTONIO HERNANDEZ
Motivo de la Remisión	CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

2 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

NOMBRE	HERNANDO TRUJILLO AMAYA
CEDULA	79.283.521
EDAD	60
EMPRESA	NO INFORMA
CARGO	NO INFORMA

ANTECEDENTES Y HALLAZGOS CLÍNICOS

Oficial retirado del ejercito nacional hace 17 años.

11 de Abril del 2023, ortopedia, lumbalgia, cervicalgia crónica, Omalgia bilateral, espondilopatia, lesión metacarpo falángica segundo dedo mano izquierda, hallux rigidez.

26 de Mayo del 2020, herida segundo dedo mano izquierda con pulidora.

7 de Enero del 2022, psiquiatría: trastorno de estrés postraumático.

27 de Marzo del 2023, radiografía columna lumbosacra: discopatía degenerativa de columna lumbar, espondilosis de columna lumbar, radiografía de hombros: artrosis acromioclavicular bilateral.

Radiografía de pie: artrosis metatarsfalángica de primer dedo.

6 de Febrero del 2023, audiometría: OD:20-35-60-50: sumatoria: 165, OI: 20-20-50-65: sumatoria: 155.

10 de Abril del 2023, radiografía columna cervical; cambios de discopatía degenerativa C5 C6, espondilosis de columna cervical, radiografía mano izquierda: fractura consolidadas en la cabeza del metacarpiano y falange proximal del segundo dedo.

TITULO II: Por solicitud del usuario se procede a calificar por acceso remoto entrevista video llamada, Decreto 2050 del 2022- capítulo II 3.1. Valoración.

Paciente quien presenta lumbalgia, cervicalgia, artrosis acromio clavicular bilateral, lesión metacarpo falángica izquierda segundo dedo, hallux rígido, trastorno de estrés postraumático, hipoacusia neurosensorial bilateral, a la valoración se encuentra dolor en hombros. Región cervical y lumbar con dificultad para la marcha, correr, subir, bajar escaleras, adoptar cucullas, alcances máximos y aplicación de fuerza. Se califica con la tabla 14. Valoración de rol ocupacional relacionado con el uso del tiempo libre y del esparcimiento para adultos mayores - Rol ocupacional con dificultad leve-no dependencia

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ HUILA
SECRETARIA TOMADA
11 de Mayo del 2023



JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

para otras áreas ocupacionales relacionadas con desplazamiento, cuidado personal, de la propia salud y vida doméstica.

SE PROCEDE A CALIFICAR CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

- M545 LUMBALGIA
- M542 CERVICALGIA
- F431 TRASTORNO ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
- H903 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL
- M198 ARTROSIS ACROMIO CLAVICULAR BILATERAL
- M202 HALLUX RIGIDEZ
- S623 LESION METACARPO FALANGICA IZQUIERDA SEGUNDO DEDO

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

DEFICIENCIA:28.78%

ROL OCUPACIONAL PARA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES:25%

TOTAL:53.78%

ORIGEN: ENFERMEDAD COMUN

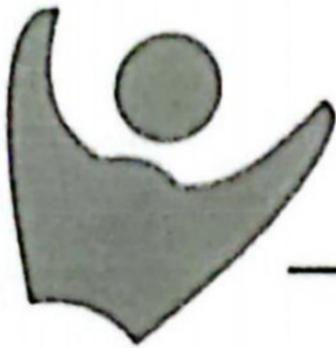
FECHA DE ESTRUCTURACION:11 DE ABRIL DEL 2023

Dr. Jesús Antonio Hernández
Dr. JESÚS ANTONIO HERNÁNDEZ
Médico Principal

JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILA
COPIA
DA UE



RED VITAL

COLOMBIA S.A.S.

EN BUSCA DE UN NUEVO HORIZONTE

Herlington Silva Garzón

Médico Psiquiatra

U. Maimonides Buenos Aires Argentina

Calle. 12 No 5-110 Unimed Cel. 3123677846 Neiva (H)

7 de enero 2022

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

NOMBRE: HERNANDO TRUJILLO AMAYA CC; 79283521 **EDAD;** 59 AÑOS

DOMICILIO: NEIVA- HUILA

MOTIVO DE CONSULTA; Control por trastorno afectivo

ENFERMEDAD ACTUAL: refiere que fue de las fuerzas especiales del ejército, el cual genero tendencia a ser muy sldo "muy de combate", refiere que posterior a la retirada del ejército (hace 17 años), se ha manifestado estados de irritabilidad, conductas compulsivas, consumo de alcohol y cigarrillo. Posterior desarrollo de patología esto-articular. (discopatías múltiples) más artrosis de hombros bilateral, el cual genero dolor de gran intensidad. Dificultando el dormir, describe episodios de pesadillas cuando estuvo en el ejército y era atacado por los grupos armados ilegales. Refiere que además ha tenido problemas económicos que por deudas en los últimos años genera estados depresivos.

ANTCEDENTES ; negativo para patologías mentales

EXAMEN MENTAL: Paciente despierto, orientado en persona, en tiempo y lugar, conducta; colaborador, pensamiento; de curso normal con ideas fijas de minusvalía que género sus patologías primarias asociado a sus actividades laborales en el ejército, Juicio: con alteración de fase crítica. Afectividad: con leve ansiedad. Lenguaje: eulalico de tono normal, función ejecutiva: con tendencia a la impulsividad, Introspección y prospección; comprometido, inteligencia; impresiona estar dentro del promedio. Raciocinio: comprometido. Memoria; sin comprometido

DX; TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR F319

ESTRÉS POSTRAUMATICO F431

CONCEPTO; paciente con distorsión del pensamiento tipo Idealización y maximización. el cual genera estados de ciclaje afectivo, con predominio de fase maniaco. Asociado a conductas de impulsividad en el consumo de alcohol y cigarrillo, episodios de agresividad hacia terceros, conductas desafiantes hacia terceros

PLAN

Mirtazapina 30mg tableta; una tableta 8 pm

Duloxetina 30mg tableta; una tableta 8 am

Control en 3 meses

HERLINGTON SILVA GARZON RM 995/03


Herlington Silva Garzón
MD PSQUIATRA
RM 995/03 Res. 2554
C.C. 7710 714



RED VITAL

COLOMBIA S.A.S.

EN BÚRGA DE UN NUEVO MOVIMIENTO

Herlington Silva Garzón

Médico Psiquiatra

U. Malmonides Buenos Aires Argentina

Calle. 12 No 5-110 Unimed Cel. 3123677846 Neiva (H)

6 de abril 2022

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

NOMBRE: HERNANDO TRUJILLO AMAYA CC; 79283521 **EDAD;** 59 AÑOS

DOMICILIO: NEIVA- HUILA

MOTIVO DE CONSULTA; Control por trastorno afectivo

ENFERMEDAD ACTUAL: comenta el paciente episodios de llanto por sus limitaciones físicas secundario a sus patologías originadas a sus actividades laborales en el ejército, refiere ideas de muerte, refiere episodios de agresividad hacia particulares, comenta discusiones frecuentes con la pareja e hijos. El cual considero posteriormente que fue injusta su conducta.

ANTCEDENTES ; trastorno afectivo bipolar

Trastorno de estrés postraumático

EXAMEN MENTAL: Paciente despierto, orientado en persona, en tiempo y lugar, conducta; colaborador, pensamiento; de curso normal con ideas fijas de minusvalía y de muerte por no encontrarle sentido a la vida, Juicio: con alteración de fase crítica. Afectividad: con moderada ansiedad. Lenguaje: eulálico de tono normal, función ejecutiva: con disminución de impulsividad, introspección y prospección; comprometido, Inteligencia; impresiona estar dentro del promedio. Raciocinio: comprometido. Memoria; sin comprometido.

DX; TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR F319

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO F431

CONCEPTO; paciente con evolución favorable, al disminuir ciclaje afectivo, menos impulsividad, se presenta episodios de ideas de muerte.

PLAN

Mirtazapina 30mg tableta; una tableta 8 pm

Duloxetina 30mg tableta; una tableta 8 am

Control en 3 meses

HERLINGTON SILVA GARZON RM 995/03

Herlington Silva Garzón
MÉDICO PSIQUIATRA
EN BUENOS AIRES
[Handwritten signature]



RED VITAL

EN COMBATE A LA ENFERMEDAD

EN COMBATE A LA ENFERMEDAD

Herlington Silva Garzón

Médico Psiquiatra

U. Maimonides Buenos Aires Argentina

Calle. 12 No 5-110 Unimed Cel. 3123677846 Neiva (H)

12 de agosto 2022

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

NOMBRE: HERNANDO TRUJILLO AMAYA CC; 79283521 EDAD; 59 AÑOS

DOMICILIO: NEIVA- HUILA

MOTIVO DE CONSULTA; Control por trastorno afectivo bipolar

ENFERMEDAD ACTUAL: refiere el paciente episodios de irritabilidad con mayor frecuencia, refiere mayor frecuencia de las pesadillas con respecto a sus actividades laborales en el ejército, refiere que necesito bloqueo en columna lumbar L4.L5 Y S1 por incremento de dolor secundario a discopatía que comprometía el nervio ciático. Asociado a esto refiere aumento en el consumo de alcohol y cigarrillo, incremento del insomnio

ANTCEDENTES ; trastorno afectivo bipolar

Trastorno de estrés postraumático

EXAMEN MENTAL: Paciente despierto, orientado en persona, en tiempo y lugar, conducta; colaborador, pensamiento; de curso normal con ideas fijas de minusvalía y de muerte por no encontrarle sentido a la vida, Juicio: con alteración de fase crítica. Afectividad: con moderada ansiedad. Lenguaje: eulálico de tono normal, función ejecutiva: con disminución de impulsividad, introspección y prospección; comprometido, Inteligencia; impresiona estar dentro del promedio. Raciocinio: comprometido. Memoria; sin comprometido.

DX; TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR F319

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO F431

CONCEPTO; paciente con evolución desfavorable, mayor ciclaje afectivo, con episodios de ansiedad e irritabilidad, incremento de somatización (insomnio)

PLAN

Mirtazapina 60mg tableta; una tableta 8 pm

Bupropion 150mg tableta; una tableta 8 am

Control en 3 meses

Herlington Silva Garzón
Médico Psiquiatra
Unimed Cel. 3123677846



Fecha generación: 03/02/2023 17:35:12

DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

PACIENTE: HERNADO TRUJILLO AMAYA
TIPO DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía **DOCUMENTO:** 79283521
FECHA DE NACIMIENTO: 21/11/1962 **EDAD:** 60 Años / 2 Meses / 13 Días
SEXO: Masculino **ETNIA:** Ninguna de las anteriores
FUERZA: EJC **GRADO:** TENIENTE CORONEL
UNIDAD: CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
DEPARTAMENTO: HUILA **MUNICIPIO:** NEIVA
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CL 33 A 4 P 22

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Solicitud de autorización de servicios de salud No: SSERV-2019-07-1000628

CODIGÓ CUPS	871121	CANTIDAD	1
DESCRIPCION DEL CUPS	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		
OBSERVACIÓN			
CODIGÓ CUPS	881332	CANTIDAD	1
DESCRIPCION DEL CUPS	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)		
OBSERVACIÓN			

VALORACIÓN AMBULATORIA

25/04/2018 15:26:41

CÓDIGO DE CONSULTA:

890302 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

Detección de alteraciones del adulto

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

dolor de la espalda desde hace 10 años refiere episodioso

ENFERMEDAD ACTUAL:

refiere que permece el dolor tratamio aiknes tertapia infiltraciopn cambi cama uso dfaja medciacion pregabalina aines tramadol rx verebras pedida espaci l4l5 rnm con discosabombados

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

ROBERTO DIAZ GONZALEZ

NÚMERO DE REGISTRO:

5041

ESPECIALIDAD:

Ortopedia y Traumatología - SSFM

EXAMEN FÍSICO

ABDOMEN: Normal
EXTREMIDADES: no tretracion

CUELLO:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
OROFARINGE:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal
TÓRAX:	Normal
CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal

REVISION POR SISTEMAS

OROFARINGE:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	116 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	16 rpm
PULSO:	72 pm
ESTATURA:	1,8 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	72 lpm
PESO:	80 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	24,69 Kg/m ²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	80 mmHg
TEMPERATURA:	37 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M544 LUMBAGO CON CIÁTICA
TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
 Confirmado Repetido
ANÁLISIS:
 erewmision
TRATAMIENTO:
 no registra

REFERENCIA DE PACIENTE

Referencia de paciente No: REF-2018-04-67370

CODIGÓ CUPS 890273 **CANTIDAD** 1
DESCRIPCION DEL CUPS CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA
OBSERVACIÓN remisiop m4m nivel manejo radiculopatía lumbar HOSPOITAL MILITAR CENMTRAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Solicitud de autorización de servicios de salud No: SSERV-2018-04-478289

CODIGÓ CUPS 890380 **CANTIDAD** 1
DESCRIPCION DEL CUPS CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
OBSERVACIÓN s1

VALORACIÓN AMBULATORIA

19/04/2018 12:36:56

CÓDIGO DE CONSULTA:

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

"REVISION DE EXAMEN"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS QUIEN ASISTE A CONSULTA POR CUADRO DE LUMBAGO DE LARGA DATA, PRESENTA RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR DEL 16/4/2018 DISMINUCION DE ALTURA DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES DE L3-L4, L4-L5 Y L5-S1, RECTIFICACION DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA.

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

RICHARD ANDRES SILVA TRUJILLO

NÚMERO DE REGISTRO:

411461/2012

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TÓRAX:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal
TACTO RECTAL:	SE OMITE.
ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal

EXAMEN NEUROLÓGICO: Normal
OROFARINGE: Normal
PIEL Y ANEXOS: Normal

REVISIÓN POR SISTEMAS

NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO: Niega síntomas
MAMAS: Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO: Niega síntomas
OIDOS: Niega síntomas
OROFARINGE: Niega síntomas
OJOS: Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS: Niega síntomas
GENITOURINARIO: Niega síntomas
GASTROINTESTINAL: Niega síntomas
ENDOCRINO: Niega síntomas
CUELLO: Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO: Niega síntomas
CABEZA: Niega síntomas
LOCOMOTOR: Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PESO: 90,5 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 27,93 Kg/m²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA: 60 mmHg
TEMPERATURA: 37 °C
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: 110 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 rpm
PULSO: 74 pm
ESTATURA: 1,8 m
FRECUENCIA CARDÍACA: 74 lpm

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M544 LUMBAGO CON CIÁTICA

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

NO SIRS. NO SIGNOS DE INESTABILIDAD.

TRATAMIENTO:

no registra

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

- R521 DOLOR CRÓNICO INTRATABLE

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO:

— TIZANIDINA (CLORHIDRATO) Oral DOSIS: 1 CADA 24 HORAS, DURANTE 10. CANTIDAD: 10

— ACETAMINOFEN+TRAMADOL (CLORHIDRATO) Oral DOSIS: 1 CADA 12 HORAS, DURANTE 30.
CANTIDAD: 60

RECOMENDACIONES:

No registra

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Solicitud de autorización de servicios de salud No: SSERV-2018-04-44/274

CODIGO CUPS 890280 **CANTIDAD** 1
DESCRIPCION DEL CUPS CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
OBSERVACIÓN LUMBAGO LARGA DATA.

VALORACION AMBULATORIA

14/04/2018 09:20:37

CÓDIGO DE CONSULTA:

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

" TENGO UNA LESION VERTEBRAL EN L1"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE QUIEN REFIERE COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA HACE 13 AÑOS REFIERE LESION VERTEBRAL EN L1 CONSULTA AHORA POR DOLOR HACE 6 MESES EN EXTREMIDADES INFERIORES QUE SE IRRADIA DESDE LA REGION GLUTEA IZQUIERDA SE EMPEORA CON EJERCICIOS MOVILIDAD Y JUGAR FUTBOL HA MANEJADO CON INFILTRACIONES SINEMBARGO PERSISTE MOLESTIA POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

MARIA ALEJANDRA GUTIERREZ PEÑA

NÚMERO DE REGISTRO:

1018462541

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GENERALES

OTROS: FISURA EN COLUMNA? APLASTAMIENTO VERTEBRAL EN L1? NO APORTA EXAMENES PATOLOGICOS: NIEGA OTROS
TÓXICO-ALÉRGICOS: NO ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
FARMACOLÓGICOS: NIEGA CONSUMO CRONICO DE MEDICAMENTOS

EXAMEN FÍSICO

CONDICIONES GENERALES: ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
 AFEBRIL
 HIDRATADO

TÓRAX: Normal
CABEZA Y CRÁNEO: Normal
EXAMEN GENITOURINARIO: Normal
EXAMEN MENTAL: Normal
EXTREMIDADES: Normal
MAMAS: Normal
NARIZ: Normal
OJOS: Normal

OÍDOS:	Normal
ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
OROFARINGE:	Normal
PIEL Y ANEXOS:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal

REVISION POR SISTEMAS

NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES:	HABITO URINARIO E INTESTINAL NORMAL
MAMAS:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	130 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20 rpm
PULSO:	75 pm
ESTATURA:	1,8 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	75 lpm
SATURACIÓN DE OXÍGENO:	95 %
PESO:	91 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	28,09 Kg/m ²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	80 mmHg
TEMPERATURA:	37 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M255 DOLOR EN ARTICULACION

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Confirmado Nuevo

ANÁLISIS:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FISURA VS APLASTAMIENTO VERTEBRAL EN L1 SIEMBARGO NO TRAE HISTORIA CLINICA NI RESONANCIA QUE CONFIRME

CONSULTA PORQUE HACE 6 MESES REAPARECE DOLOR LUMBAR IRRADIADO A PIERNA DE PREDOMINIO IZQUIERDO

EN EL MOMENTO NO HAY BANDERAS ROJAS DE LUMBAGO SINEMBARGO POR ANTECEDENTE NO CLARO ES NECESARIO AMPLIAR ESTUDIOS

SE SOLICITA RX COLUMNA LUMBROSACRA

SE DEJA ANALGESIA

SE DAN RECOMENDACIONES POSTURALES Y DE CUIDADO

TRATAMIENTO:

SS RX COLUMNA LU,BOSACRA

INICIAR ACETAMINOFEN + TRAMADOL 1 TABL VO CADA 12 HORAS SEGUN DOLOR
CITA CONTROL CON RESULTADOS

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO:

— ACETAMINOFEN+TRAMADOL (CLORHIDRATO) Oral DOSIS: 1 CADA 12 HORAS, DURANTE 10.
CANTIDAD: 20

RECOMENDACIONES:

No registra

REFERENCIA DE PACIENTE

Referencia de paciente No: REF-2018-04-58474

CODIGO CUPS	871040	CANTIDAD	1
DESCRIPCION DEL CUPS	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		
OBSERVACIÓN	LESION EN L1 ????? DISMINUCION DE ESPACIO INTERVERTEBRAL????? ENFASIS REGION LUMBO SACRA		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CENSA DE CIUDADANIA

NÚMERO 79283521

TRUJILLO AMAYA
APELLIDO

HERNANDO
NOMBRE



[Handwritten signature]



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

21-NOV-1962

NEIVA
(NULA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

AB+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

30-OCT-1981 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



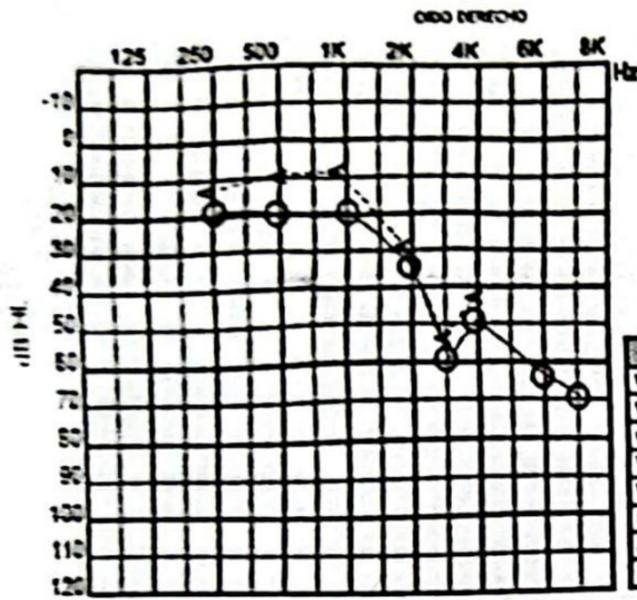


VICTORIA EUGENIA MOLINA LEIVA
 CC 51151354
 FONOAUDILOGA - ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA - RSMH-087
AUDIOMETRIA
 FECHA: 2023-02-06 HORAS: 16:38

Nombre: HERNANDO TRUJILLO AMAYA ID: 79283521 Edad: 60 Años 3 Meses 16 Dias Sexo: M Estado Civil: C
 Dirección: Tel: 3115382603

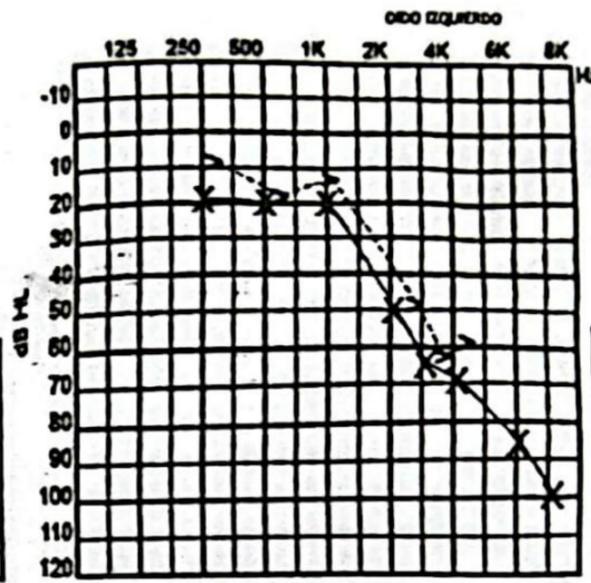
Motivo de consulta: CONSULTA PARA CONOCER ESTADO AUDITIVO
 Antecedentes: DISMINUCION DE AUDICION BILATERAL, VERTIGO.
 Otorrrea OD: NORMAL Otitis OD: NORMAL

AUDIOMETRIA



	UO	OU
UR	○	×
VO	<	>
VO ósea		▲
UR con masking	△	□
VO con masking		
Sta. Pta.	↓	↓
Acufenosuria	▲	▲
Act. Binaural		▲

PROMEDIO TONAL AUDITIVO OD: 31,2 DBL



	UO	OU
UR	○	×
VO	<	>
VO ósea		▲
UR con masking	△	□
VO con masking		
Sta. Pta.	↓	↓
Acufenosuria	▲	▲
Act. Binaural		▲

PROMEDIO TONAL AUDITIVO OI: 45 DBL

Impresión Diagnóstica: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL LEVE A SEVERA BILATERAL
 DIAGNOSTICO PRINCIPAL: HNC3-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL
 DIAGNOSTICO RELACIONADO:

OTROS PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	AMBITO	FINALIDAD	PERSONAL	FORMA REALIZACION	OBSERVACIONES
---------------	--------	-----------	----------	-------------------	---------------

Supervisión:

Victoria Eugenia Molina Leiva
 VICTORIA EUGENIA MOLINA LEIVA
 ESP. AUDIOLOGIA

CALLE 11 No. 6 - 47 CONS. 506
 EDIFICIO CENTRAL DE ESPECIALISTAS
 Tel: 8663209 - 3115431139



JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

Neiva, 13 de Junio del 2023

Señor
HERNANDO TRUJILLO AMAYA
Dirección Cll 33 A N 4p-22
Teléfono **3115382603**
Email: hertruji@hotmail.com
Neiva – Huila

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

De conformidad con lo establecido por artículo 2 del Decreto 1352 del 2013, unificado en el Decreto 1072 del 2015, me permito comunicarle la decisión tomada respecto a su caso, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, con ponencia del Doctor JESUS ANTONIO HERNANDEZ REYNA, en sesión del Tribunal Médico del 23 de Mayo del 2023; según dictamen No 07202316265 de la misma fecha.

“..Conforme al Decreto 1352 del 26 de Junio de 2013, Artículo 1 Numeral 3, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y **contra dichos conceptos no procederán recursos**, en los siguientes casos: a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral; b) Entidades bancarias o compañía de seguros; c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997”.

para aclaraciones sobre el dictamen comunicado el único correo electrónico habilitado para recibir dichas peticiones es **auxrecursosnacional@jurecahuila.onmicrosoft.com** o también personalmente en la oficina de esta junta en la calle 17 No 6 -60 interior 103.

Para constancia se firma la presente notificación a los _____
_____ Días del mes de _____ de Dos Mil Veintitrés (2023)

Se hace entrega del original del Dictamen No 07202316265 y la Ponencia

Atentamente,

Claudia Marcela Contreras Peña

CLAUDIA MARCELA CONTRERAS PEÑA
Directora Administrativa y Financiera

Proyectó y Elaboró: Yenny Aragonés M.
Revisó: Dra. Claudia Marcela Contreras P.



MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL



CERTIFICADO

Bogotá, D.C.

No. 690

CERTIFICACION HABERES TITULAR LA CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES

CERTIFICA:

Que revisado el expediente administrativo del señor **TENIENTE CORONEL (RA) DEL EJÉRCITO TRUJILLO AMAYA HERNANDO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.283.521,00, se pudo establecer que tiene legalmente reconocida Asignación de Retiro, a partir del 12/02/2005.

Que por este concepto devenga mensualmente la suma de **SEIS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCO PESOS MONEDA CORRIENTE**.

La presente se expide a solicitud del interesado. El domingo, 26 de marzo de 2023.

Cordialmente,

**Profesional de Defensa Yulieth Adriana Ortiz Solano
Coordinadora Centro Integral de Servicio al Usuario**

Elaboró : Sede Electronica CREM/L



PEM (S.T.) 3537301 www.cremil.gov.co
FAJ (S.T.) 3537306 Carrera 134 27-40
Línea Nacional 01 8000 912090 Bogotá-Colombia

f. Documento g. Firmado h. Copia

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida

Ciudad: NEIVA

Fecha: 22-06-2023

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>HERNANDO TRUJILLO AMAYA</u>	<u>C.C. 79.283.521</u>

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	
<u>HERNANDO TRUJILLO AMAYA</u>	<u>CC. 79.283.521</u>	
Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular
<u>hertruji@hotmail.com</u>		<u>311 538 26 03</u>

Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento (Vida)	<input type="checkbox"/>	Incapacidad Total y Temporal (ITT)	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Total y Permanente (ITP)	<input checked="" type="checkbox"/>	Desempleo (DS)	<input type="checkbox"/>

De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

Documentos*	Vida	ITP	ITT	DS
Formato de Presentación de Indemnizaciones	X	X	X	X
Registro Civil de Defunción	X			
Acta de Levantamiento del Cadaver (muerte accidental)	X			
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	X			
Calificación de la incapacidad (Emitida por la Junta Medica Regional o Nacional)		X		
Incapacidad (Certificación de la EPS o médico tratante del mes de incapacidad)			X	
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X		
Documentos y Declaración Extrajuro de Beneficiarios demostrando el parentesco. (No aplica para deudores)	X			
Certificación de su anterior empleador (donde indica el tipo de contrato, fecha de ingreso, fecha de terminación y causa del despido, y/o copia del contrato.)				X
Declaración juramentada 30 días posterior a la fecha de despido y así sucesivamente durante los siguientes 6 meses si está desempleado.				X
Copia de la liquidación elaborada por el empleador y/o acuerdo de conciliación				X

***La aseguradora podrá solicitar documentación adicional en caso de ser requerido**

Este formulario y los documentos anexos son para la reclamación que la Compañía deberá dar respuesta, aceptando o cobrando el seguro en los tiempos que indica el Código de Comercio. Por último autorizo a cualquier médico, clínica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Clínica completa del asegurado, si éste es el mismo reclamante o sus herederos.

Firma del Cliente o Reclamante
Cédula: 79.283.521