

07



07



DI032549370

ARL | **sura**

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

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| FECHA DE DICTAMEN | Día | Mes | Año | MOTIVO DE SOLICITUD | PRIMERA OPORTUNIDAD | Número de Dictamen: | 1310505606-534993 |
| | 12 | 03 | 2020 | | | | |
| FECHA DE RECEPCION PARA CALIFICACION | Día | Mes | Año | FECHA DE VALORACION | Día | Mes | Año |
| | 11 | 03 | 2020 | | | | |

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|
| SOLICITANTE: | ARL | | |
| Nombre del Solicitante: | OFICINA CALI | NIT/ Documento | N890903790 |
| Dirección del solicitante: | CL 64N 5B 146 LOCAL 7 | Ciudad/Depto: | SANTIAGO DE CALI/VALLE |
| Teléfono de solicitante: | 6818900 | Correo electrónico: | DRA. AVENDAÑO. |
| Motivo de la calificación: | Calificación IPP | | |

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|------|------------|
| Nombre Entidad: | ARL SURA | NIT: | N890903790 |
| Ciudad y Departamento: | SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA | | |
| Dirección y Teléfono: | CL 64N 5B 146 LOCAL 7 - 6818900 | | |
| Correo electrónico: | contactenos@arlsura.com.co | | |

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

| | | | | | | | |
|------------------------------|---------------|---------------|----------|-----------------|-------------|-------------------------|----------|
| Afiliado: | S | Beneficiario: | N | | | | |
| APELLIDOS | CAMPO MORALES | | NOMBRES | ALBA MARY | GENERO | FEMENINO | |
| Documento de identificación: | CC | N° | 38705109 | ESTADO CIVIL | UNIÓN LIBRE | ESCOLARIDAD (alcanzada) | PRIMARIA |
| Fecha de Nacimiento: | Día | Mes | Año | Edad (cumplida) | Años | Meses | |
| | 22 | 05 | 1967 | | 52 | 0 | |

| | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|---------------|-----------|
| Dirección: | CL 34 # 7 - 23 ESTE B BUENOS AIRES | Municipio: | PALMIRA | Departamento: | VALLE DEL |
| Teléfono(s): | 0 | Correo electrónico | a.administrativa@consorcioptarpw.com | | |
| Etapas del ciclo vital: | Población en edad económica activa | | | | |

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

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

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

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

AFILIACION AL SISS

| | | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|---|--------------|---------------------------------|--------|----------|
| ADMINISTRADORAS | REGIMEN DE AFILIACION AL SGSSS: | | CONTRIBUTIVO | | A.R.L. | ARL SURA |
| | A.F.P. | COLPENSIONES | e-mail | NARINOPUTUMAYO@EMS SANAR.ORG.CO | | |
| | E.P.S. | EMSSANAR E.S.S. EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD NARINO | e-mail | NARINOPUTUMAYO@EMS SANAR.ORG.CO | | |

UIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| 4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-----|---------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------|-------------|-------------------|
| PROFESION U OFICIO: | EMPLEADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION | | | VINCULACION LABORAL | TRABAJADOR VINCULADO ACTIVO | | TIPO VINCULACION | DEPENDIENTE | |
| EMPRESA DONDE TRABAJA/OCUPACION | CONSORCIO PTAR PW | | | NIT / CC | N901240756 | | Contrato vigente? | Si | |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCION DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS. | | | CODIGO CIUO | 4132 | Ultimo Cargo: | AYUDANTE DE OBRA | | UBICACIÓN: URBANO |
| Fecha de | 25/05/2019 | Fecha de retiro(si) | N/A | | TIEMPO | 10 | Clase de riesgo empresa: | | 5 |
| Descripción general del cargo: | | | | | | | | | |
| AYUDANTE DE OBRA (OFICIOS VARIOS, REVOLVER MEZCLA , PASAR TUBERÍA, REPARTIR AGUA) INGRESO EN MAYO 2019. EN EL MOMENTO ESTA EN INCAPACIDAD HASTA EL 11/03/2020 EMITIDA POR ORTOPEDISTA | | | | | | | | | |

OTROS ANTECEDENTES LABORALES (referidos por el calificado)

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

5.RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO(descripción)

RESUMEN HISTORIA CLINICA APORTADA

EDAD: 52 AÑOS. CARGO:AYUDANTE DE OBRA. EMPLEADOR: CONSORCIO PTAR PW.

AT 13/07/2019 "SE ENCONTRABA SOBRE LAS 11:00 AM TRABAJANDO EN EL ÁREA DE LA PTAR EN EL DESCARGUE DE TUBERÍA DE 36" Y CUANDO SE DESPLAZABA HACIA UNO DE LOS ARRUMES LA PIERNA SE LE GIRO Y QUE SENTIÓ UN DOLOR LEVE. TERMINADA LA JORNADA SE DESPLAZÓ EN SU BICICLETA HACIA SU DOMICILIO Y AL LLEGAR A ESTE COMENZÓ A SENTIR UN DOLOR MÁS INTENSO Y OBSERVO QUE LA RODILLA SE LE HABÍA INFLAMADO. TAN SOLO HASTA LAS HORAS DE LA NOCHE LA TRABAJADORA INFORMO DEL ACCIDENTE A LA SUPERVISORA HSE QUE SE ENCONTRABA EN LA PTAR".

RESPECTO AL ACCIDENTE COMENTA " UN TUBO PESADO DE 38 PULGADAS ME CAYO ENCIMA EN MID Y LA PIERNA DERECHA QUEDO SOBRE UN TUBO Y SENTIÓ CHASQUIDO EN LA REGIÓN LUMBAR, SE LE INFLAMO LA RODILLA Y DOLOR EN LA REGIÓN LUMBAR".

13/07/2019 HISTORIA CLÍNICA PALMA REAL: PACIENTE QUE PRESENTA ACCIDENTE LABORAL, LO QUE GENERO TRAUMA EN RODILLA DERECHA POR CAÍDA DESDE UNA ALTURA APROXIMADA DE 1 MTS . EF: PACIENTE CON MARCHA ANTALGICA, DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE LA RODILLA. EN MID EN RODILLA PRUEBA DE CAJÓN Y BOSTEZO NEGATIVAS, LEVE EDEMA EN CARA MEDIAL DELA RODILLA. NO IDENTIFICO EQUIMOSIS, NI SIGNOS SUGESTIVOS DE FRACTURA. SE DA SALIDA CON ANALGÉSICOS E INCAPACIDAD POR 3 DÍAS.

07/09/2019 RMN DE RODILLA DERECHA TOMADA EN DINÁMICA INFORMADA POR RADIOLOGO DR. RAMÍREZ: A SEÑAL DE INTENSIDAD DE LA MÉDULA ÓSEA SE CONSERVA, NO HAY CONTUSIONES, FRACTURAS NI SIGNOS DE LESIONES INFILTRATIVAS. AFILAMIENTO DE ESPINAS TIBIALES, PEQUEÑOS OSTEOFITOS FEMOROTIBIALES MEDIALES Y LATERALES Y EN EL POLO SUPERIOR DE LA PATELA POR ARTROSIS LEVE. EL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS Y EL TENDÓN PATELAR NO PRESENTA ALTERACIONES. GRASA DE HOFFA SIN LESIONES. HIPERINTENSIDAD DE LA GRASA SUPRAPATELAR. ESCASO DERRAME ARTICULAR. EL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR ÍNTEGROS. ALTERACIÓN EN LA MORFOLOGÍA DEL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL, DEMOSTRÁNDOSE UNA RUPTURA LONGITUDINAL HORIZONTAL QUE CONTACTA LA SUPERFICIE ARTICULAR INFERIOR. EL MENISCO LATERAL NO PRESENTA ALTERACIONES. ENGROSAMIENTO Y AUMENTO EN LA SEÑAL DE INTENSIDAD DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL POR ESGUINCE GRADO II. EL LIGAMENTO COLATERAL LATERAL NO PRESENTA ALTERACIONES. EL LIGAMENTO PATELOFEMORAL MEDIAL Y RETINÁCULO LATERAL DE LA PATELA SIN ALTERACIONES. ADECUADA ALINEACIÓN PATELAR. NO HAY LESIÓN CONDRAL EN LA PATELA. SOBRE EL SURCO TROCLEAR SE DEMUESTRA EN EL ASPECTO LATERAL UNA ZONA DE DELAMINACIÓN CON EXPOSICIÓN DEL HUESO SUBCONDRAL Y EDEMA SUBCONDRAL QUE MIDE 11MM DE DIÁMETRO TRANSVERSO POR LESIÓN CONDRAL GRADO IV CON UN DIÁMETRO LONGITUDINAL DE 6MM. EN LA PORCIÓN CENTRAL DEL SURCO TROCLEAR HAY OTRA LESIÓN CONDRAL POR DELAMINACIÓN DE 6MM DE DIÁMETRO TRANSVERSO Y 6MM LONGITUDINAL. NO HAY LESIÓN CONDRAL FEMOROTIBIAL. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: RUPTURA LONGITUDINAL HORIZONTAL DEL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL. ESGUINCE GRADO II DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL. LESIÓN CONDRAL GRADO IV EN EL SURCO TROCLEAR. CAMBIOS ARTRÓICOS. DERRAME ARTICULAR.

27/11/2019 ARTROSCOPIA DE RODILLA DERECHA: SE REALIZA SINOVECTOMIA Y RESECCIÓN DE PLICA MEDIAL, SE DESBRIDA ROTULA POLO INFERIOR CON SHAVER SE REALIZA CONDROPLASTIA, SE SELLA CON ELECTRO. SE REALIZA MENISCOPLASTIA MEDIAL DEL CUERPO Y CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO MEDIAL CON TIJERA SE ESTABILIZA CON SHAVER Y ELECTRO, SE REALIZA MENISCOPLASTIA EXTERNA CON TIJERA , SE ESTABILIZA CON SHVER Y ELECTRO. SE TERMINA SINOVECTOMIA, SE LAVA ARTICULACIÓN.

REALIZO 25 SS DE TERAPIA FÍSICA.

ANTECEDENTES:

PATOLÓGICOS: NO REFIERE.

QUIRÚRGICOS: QX HISTERECTOMÍA, QX DE RODILLA DERECHA (EVENTO ACTUAL).

TRAUMÁTICOS: TRAUMA EN RODILLA DERECHA (EVENTO ACTUAL).

MEDICAMENTOSOS: DOLEX FORTE 1 DÍA, DICLOFENACO IM CUANDO TIENE MUCHO DOLOR.

ALÉRGICOS: NO REFIERE.

TÓXICOS: NO REFIERE.

FAMILIARES: NO REFIERE.

EN LOS RATOS LIBRES: ESCUCHAR MUSICA, VER TV.

COMPOSICIÓN FAMILIAR: VIVE CON MI ESPOSO , NIETOS (MELLIZOS 12 AÑOS, 9 AÑOS , 8 AÑOS).

NO REALIZA LOS QUEHACERES DE LA CASA.

ESTUDIOS CLINICOS Y PRUEBAS OBJETIVAS (Resultados de exámenes paraclínicos)

| FECHA | ESTUDIO / PRUEBA | RESULTADO |
|------------|-----------------------|---|
| 17/12/2019 | RX COLUMNA LUMBOSACRA | 17/12/2019 RX CLS TOMADA EN CLINICA PALMIRA INFORMADA POR RADIOLOGO DR. FLOR: ESPONDILOSIS FACETARIA L5-S1. ESTRUCTURAS ÓSEAS VISUALIZADAS DE DENSIDAD Y PATRÓN TRABECULAR NORMAL. LA ALTURA DE LOS CUERPOS VERTEBRALES Y ESPACIOS INTERVERTEBRALES ESTA CONSERVADA. CANAL MEDULAR DE AMPLITUD NORMAL. NO HAY EVIDENCIA DE FRACTURAS NI LUXACIONES. |

EXAMEN FISICO (EVALUACION DEL CALIFICADOR)

VIVE EN CASA PROPIA.
LOS GASTOS DE LA CASA SON COMPARTIDOS.
MASCOTAS: NO REFIERE.
SE TRANSPORTA EN MOTO SERVICIO PUBLICO.

ROL LABORAL: AYUDANTE DE OBRA (OFICIOS VARIOS, REVOLVER MEZCLA , PASAR TUBERÍA, REPARTIR AGUA) INGRESO EN MAYO 2019. EN EL MOMENTO ESTA EN INCAPACIDAD HASTA EL 11/03/2020 EMITIDA POR ORTOPEDISTA.
COMENTA QUE LA EMPRESA NO LA RECIBIÓ A LABORAR Y MANIFIESTA QUE LE DIJERON QUE DEBIA SEGUIR INCAPACITADA.

RSS: DOLOR EN RODILLA DERECHA LIMITACIÓN PARA ARRODILLARSE, LIMITACIÓN PARA LA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN. DOLOR EN REGIÓN LUMBAR CON ADORMECIMIENTO EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO Y SE LE ADORMECE.

EXAMEN FÍSICO:

TALLA: 1,70CM, PESO:83 KG, FC: 78X MIN, FR:18 X MIN
MANO DOMINANTE: DERECHA.

PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS.

JUICIO Y RACIOCINIO SIN ALTERACIONES. MODULA ADECUADAMENTE EL AFECTO, EUPROSÉXICO. BUENA PRESENTACIÓN PERSONAL. INGRESA CON SU ESPOSA CON MARCHA ANTALGICA ATÍPICA ARRASTRANDO LOS PIES; SIN APOYO EXTERNO. PERMANECE DE PIE LA MAYOR PARTE DE LA CONSULTA DICE QUE AL SENTARSE SE LE ADORMECE EL MID.

ABDOMEN BLANDO , DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. DEBILIDAD DE LA PARED MUSCULAR.

LASEGUE NEGATIVO, PATRICK NEGATIVO.

EN RODILLA DERECHO NO EDEMA, NO CAMBIOS DE COLORACIÓN, NI DE TEMPERATURA. NO ATROFIA MUSCULAR, DOLOR A LA PALPACIÓN DE TODA RODILLA DERECHA. NO DEFORMIDAD.

DOLOR A LA PALPACIÓN DE TODA LA COLUMNA. WADELL POSITIVO. NO ATROFIA MUSCULAR.

AMAS DE COLUMNA FLEXION 30 GRADOS, EXTENSIÓN 0 GRADOS, FLEXIONES LATERALES 20 GRADOS, MANIFIESTA DOLOR EN TODOS LOS PLANOS Y EJES.,

DE FORMA PASIVA SE REALIZA FLEXIÓN DE COLUMNA, REFIERE HIPOESTESIA EN MID SIN DERMATOMA ESPECIFICO, ROT NORMALES.

AMAS PASIVOS DE RODILLA DERECHO COMPLETOS SIMÉTRICOS FLEXIÓN 140 GRADOS, EXTENSIÓN 0 GRADOS, MANIFIESTA DOLOR EN TODOS LOS PLANOS Y EJES.

BOSTEZO NEGATIVO, CAJÓN NEGATIVO, PRUEBAS MENISCALES NEGATIVAS.

PRESENTA CHASQUEO A LA MOVILIZACIÓN PASIVA DE AMBAS RODILLAS. MARCADA RESISTENCIA MUSCULAR ÁLA MOVILIZACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO.

FUERZA MUSCULAR 5/5, NO CAMBIOS VASOMOTORES, NI SUDOMOTORES, NO SIGNOS DE SDRG.

LOGRA PARARSE EN PUNTAS DE PIES Y TALONES CON APOYO PERO NO LOGRA CAMINAR.

LOGRA APOYO UNIPODAL DE FORMA ALTERNA BILATERAL.

SU ESPOSO LE RETIRA EL PANTALÓN Y LOS ZAPATOS PERO LA PACIENTE SE COLOCA SOLA EL PANTALÓN, SE COLOCA LAS SANDALIAS Y SU ESPOSO SE LAS ABROCHA.

SE HACE CLARIDAD QUE, DADO QUE LAS PATOLOGÍAS DE ESGUINCE GRADO II DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE RODILLA DERECHA, LESIÓN CONDRAI GRADO IV EN EL SURCO TROCLEAR DE RODILLA DERECHA, CAMBIOS ARTRÓSCICOS DE RODILLA DERECHA, Plica medial en rodilla derecha, ESPONDILOSIS FACETARIA L5-S1, ESCOLIOSIS DORSAL DE CONVEXIDAD IZQUIERDA, NO SON ACORDES AL MECANISMO DE TRAUMA Y NO SON DERIVADAS DEL EVENTO LABORAL, LAS MISMAS SE PRESUMEN DE ORIGEN COMÚN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ART. 12 DEL DECRETO LEY 1295 DE 1994 Y SE LE RECOMIENDA SOLICITAR A LA ENTIDAD RESPECTIVA (EPS O ENTIDAD ASEGURADORA DE LA AFP).

UIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OTRAS INTERCONSULTAS (Conceptos de especialistas relacionados con la calificación)

| FECHA | ESPECIALIDAD | CONCEPTO |
|------------|-------------------------------------|--|
| 13/01/2020 | ORTOPEDISTA ARTROSCOPISTA | 13/01/2020 ORTOPEDISTA ARTROSCOPISTA DR. BENT: 27/11/2019 MENISCOPLASTIA MEDIAL Y LATERAL + CONDRPLASTIA REALIZÓ 10 SS DE TERAPIA MEJORIA GENERAL. EF: RODILLA DERECHA AMAS COMPLETOS, NO SIGNOS MENISCALES, DOLOR EN ESPALDA LUMBAR. RX COLUMNA LUMBOSACRA Y CONTROL. |
| 10/02/2020 | ORTOPEDISTA ARTROSCOPISTA | 10/02/2020 ORTOPEDISTA ARTROSCOPISTA DR. BENT: MENISCOPLASTIA MEDIAL Y LATERAL + CONDRPLASTIA CON BUENA EVOLUCIÓN, REALIZÓ 25 SS DE TERAPIA, MEJORIA GENERAL REFIERE CALAMBRE Y DOLOR LUMBAR. EF: RODILLA DERECHA EFUSIÓN +, NO DERRAME, NO SIGNOS MENISCALES, LEVE ATROFIA MUSCULAR. PLAN: VALORACIÓN POR OX DE COLUMNA, VALORACIÓN POR MEDICO LABORAL, INCAPACIDAD POR 30 DÍAS. CONTROL EN 2 MESES. |
| 24/02/2020 | MEDICO DE SEGUIMIENTO | 24/02/2020 MEDICO DE SEGUIMIENTO DR. RIOS: PACIENTE CON AT CUYO MECANISMO DE TRAUMA FUE TORCEDURA DE RODILLA Y CONTUSIÓN DE LA MISMA AL CAER. TIENE RX DE CLS LA CUAL EVIDENCIA ENFERMEDAD ESPONDILOTICA FACETARIA DE SU CLS, HALLAZGOS EL CUAL NO CORRELACIONA CON SU MECANISMO DE TRAUMA, TIENE ORIGEN DEGENERATIVO Y PREEXISTENTE. POR ESTO, SE DIRECCIONA A CONTINUAR DETECCIÓN DE ORIGEN DE LUMBALGIA CRÓNICA EN SU EPS. SE LE INDICA MANEJO ANALGÉSICO, SE LE INDICA CONTROL CON MSI 2 MESES PARA ESTABLECER SU ESTADO FUNCIONAL. CONSIDERO PUEDE REINTEGRARSE A LABORAR CON RECOMENDACIONES. |
| 12/03/2020 | UDC. MEDICO CALIFICADOR DE SECUELAS | PACIENTE CON TRAUMA EN RODILLA DERECHA CON 3 DESCRIPCIONES DIFERENTES DEL MECANISMO DE TRAUMA, CON RUPTURA DEL MENISCO MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA DERECHA CON QX CON BUENA EVOLUCIÓN, CON CAMBIOS DEGENERATIVOS A NIVEL CLS Y RODILLA NO ACORDES AL MECANISMO DE TRAUMA SE HACE CLARIDAD QUE, DADO QUE LAS PATOLOGÍAS DE ESGUINCE GRADO II DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE RODILLA DERECHA, LESIÓN CONDRAL GRADO IV EN EL SURCO TROCLEAR DE RODILLA DERECHA, CAMBIOS ARTRÓSCICOS DE RODILLA DERECHA, PLICA MEDIAL EN RODILLA DERECHA, ESPONDILOSIS FACETARIA L5-S1, ESCOLIOSIS DORSAL DE CONVEXIDAD IZQUIERDA, NO SON ACORDES AL MECANISMO DE TRAUMA Y NO SON DERIVADAS DEL EVENTO LABORAL, LAS MISMAS SE PRESUMEN DE ORIGEN COMÚN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ART. 12 DEL DECRETO LEY 1295 DE 1994 Y SE LE RECOMIENDA SOLICITAR A LA ENTIDAD RESPECTIVA (EPS O ENTIDAD ASEGURADORA DE LA AFP). |

CONCEPTO FINAL DE REHABILITACION (RESUMEN)

24/02/2020 MEDICO DE SEGUIMIENTO DR. RIOS: PACIENTE CON AT CUYO MECANISMO DE TRAUMA FUE TORCEDURA DE RODILLA Y CONTUSIÓN DE LA MISMA AL CAER. TIENE RX DE CLS LA CUAL EVIDENCIA ENFERMEDAD ESPONDILOTICA FACETARIA DE SU CLS, HALLAZGOS EL CUAL NO CORRELACIONA CON SU MECANISMO DE TRAUMA, TIENE ORIGEN DEGENERATIVO Y PREEXISTENTE. POR ESTO, SE DIRECCIONA A CONTINUAR DETECCIÓN DE ORIGEN DE LUMBALGIA CRÓNICA EN SU EPS. SE LE INDICA MANEJO ANALGÉSICO, SE LE INDICA CONTROL CON MSI 2 MESES PARA ESTABLECER SU ESTADO FUNCIONAL. CONSIDERO PUEDE REINTEGRARSE A LABORAR CON RECOMENDACIONES.

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

TITULO I

CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

DIAGNOSTICOS Y EFICIENCIAS DEFINITIVOS EVIDENCIADOS EN HISTORIA CLINICA Y VALORACION REALIZADA

| Nº | Código CIE10 | Diagnóstico | Deficiencia(s) motivo de calificación / Condiciones de salud |
|----|--------------|--|--|
| 1 | M238 | OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA | ESGUINCE GRADO II DEL LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL DE RODILLA DERECHA, LESIÓN CONDRAL GRADO IV EN EL SURCO TROCLEAR DE RODILLA DERECHA, CAMBIOS ARTRÓSCICOS DE RODILLA DERECHA, PLICA MEDIAL EN RODILLA DERECHA NO DERIVADO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO |
| 2 | S832 | DESGARRO DE MENISCOS, | POP MENISCOPLASTIA MEDIAL Y LATERAL + CONDRPLASTIA RESUELTA, SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL |
| 3 | M519 | TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO | ESPONDILOSIS FACETARIA L5-S1 + DOLOR LUMBAR CRÓNICO NO DERIVADO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO |
| 4 | M419 | ESCOLIOSIS NO ESPECIFICADA | ESCOLIOSIS DORSAL DE CONVEXIDAD IZQUIERDA NO DERIVADO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO |

| N° | NOMBRE DE LA DEFICIENCIA | CLASE FUNCIONAL / VALOR PORCENTUAL | | | | | | | | | | |
|----|---|------------------------------------|---------------|------|------|------|-----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|---------------|---|
| | | Numeral / Tabla | CFP* o CFU*** | CFM1 | CFM2 | CFM3 | Ajuste Total de Deficiencia | CAT (si aplica) | Dominancia (si aplica) | Resultado | | % Total Deficiencia (F. Baltasar, sin ponderar) |
| | | | | | | | | | | Clase final y literal | % Deficiencia | |
| 1 | Deficiencias en el movimiento de la rodilla | Tabla 14.12 | Clase 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | | 0.0 | |

REGISTRADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | | | |
|--|---------------------|-------------------------------------|--|
| *CFP: Clase Factor | **CFM: Clase Factor | ***CFU: Clase Factor | Combinación de |
| Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+(CFM2-CFP)+ | | | A $\frac{(100 - A) *}{100}$ |
| Fórmula de Ballasar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar | | | A: Deficiencia de mayor B: Deficiencia de menor |
| CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- | | % Total deficiencia(sin ponderar) X | = 0.0 0.0 |

TITULO II
VALORACIÓN DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES
Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan)

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

CALIFICACION DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD) - Capítulo II

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y

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

| CLASE | VALOR | CRITERIO CUALITATIVO |
|-------|-------|---------------------------------------|
| D | 0.3 | Dificultad severa- dependencia severa |
| E | 0.4 | Dificultad completa- dependencia |

| COD | AREA OCUPACIONAL | | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
|---|------------------|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------------------|
| d1 | Tabla 6 | Aprendizaje y aplicación del conocimiento Valor máximo (4.0%) | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 1.10 | 0.0 |
| | | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| d3 | Tabla 7 | Comunicación Valor máximo (4.0%) | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.9 | 2.10 | 0.0 |
| | | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| d4 | Tabla 8 | Movilidad Valor máximo (4.0%) | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | 3.9 | 3.10 | 0.0 |
| | | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| d5 | Tabla 9 | Auto cuidado-cuidado personal Valor máximo (4.0%) | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.8 | 4.9 | 4.10 | 0.0 |
| | | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| d6 | Tabla 10 | Vida domestica | Nivel de gravedad, excluyentes entre los cinco indicadores | | | | | | | | | | Valor Asignado % |
| | | | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 5.7 | 5.8 | 5.9 | 5.10 | 0.0 |
| | | | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| SUMATORIA TOTAL OTRAS AREAS OCUPACIONALES (20%) | | | | | | | | | | | | | 0.00 |

| | |
|---|-----|
| VALOR FINAL DE LA SEGUNDA PARTE PARA LAS PERSONAS EN EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA (50%) | 0.0 |
|---|-----|

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

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

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL % = 0.0

| FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA PCL/OCUPACIONAL: | Día | Mes | Año | SUSTENTACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA |
|--|-----|-----|------|--|
| | 24 | 02 | 2020 | ALTA POR MEDICO DE SEGUIMIENTO |

Calificación de origen: ACCIDENTE DE TRABAJO

| FECHA DE ACCIDENTE: (Si aplica) | Día | Mes | Año |
|---------------------------------|-----|-----|------|
| | 13 | 07 | 2019 |

| FECHA DE DIAGNOSTICO CLINICO ENFERMEDAD: (Si aplica) | Día | Mes | Año |
|--|-----|-----|------|
| | 13 | 07 | 2019 |

| FECHA DE CALIFICACION COMO ENFERMEDAD LABORAL PRIMERA OPORTUNIDAD: (si aplica) | Día | Mes | Año |
|--|-----|-----|------|
| | 12 | 03 | 2020 |

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

| | |
|--|----|
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Areas Ocupacionales): | NO |
| REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES | NO |
| REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Areas | NO |

TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA: DEGENERATIVA: NO PROGRESIVA: NO

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISIPLINARIO

| | NOMBRE | Registro médico | Licencia SO. | Firma |
|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------|
| Médico Especialista S.O. | OROZCO BLANCO ISABEL | RM: 0738/02 del 27/09/2002 | LSO: 0152/03/2010 del 10/03/2010 | <i>[Firma]</i> |
| Médico Especialista S.O. | CARVAJAL SEPULVEDA CARLOS MARIO | R.M. 5144/92 | Lic. SST Res. 2017060110705/17 | <i>[Firma]</i> |
| Médico Especialista S.O. | RAMIREZ ALVAREZ FERNANDO | R.M. 9705/85 | LSO R.2016060009213 03/05/2016 | <i>[Firma]</i> |
| Otro profesional de la salud (si aplica) | No Aplica | No Aplica | No Aplica | |

UIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA