Ingreso: [illegible]	Fecha Reg. de: [illegible] p.m.	[illegible]: [illegible]	Página [illegible]
Fecha Ingreso: [illegible]	Causa del Ingreso: [illegible]		
Identificación: [illegible]	Nombres: OLIVAR	Apellidos: MONTILLA URBANO	
Número de Folio: [illegible]	Ubicación: CLINICA NUEVA - CONSULTA EXTERNA		

Código Servicio	Servicio	Cantidad
[illegible]	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	
	Observaciones: [illegible] VALORACION.	

DESTINO

SALIDA

Profesional: RAUL ALBERTO PALOMINO CARRILLO

Profesional:	RAUL ALBERTO PALOMINO CARRILLO	Identificación:	[illegible]
Especialidad:	NEUROLOGIA	Nombres:	OLIVAR
Tarjeta Prof.:	[illegible]	Apellidos:	MONTILLA URBANO

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SIENA - CLINICA NUEVA

NIT 890103834

SOLICITUD MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Fecha Elaborado: [illegible]

Número de Folio: [illegible]

Consecutivo: [illegible]

Dirección: [illegible]

Teléfono: [illegible]

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: [illegible]

Fecha: [illegible]

Dirección: [illegible]

Teléfono: [illegible]

Entidad Responsable: [illegible]

Regimen Social: [illegible]

Tipo Documento: [illegible] Número: [illegible]

Edad: [illegible]

Sexo: [illegible]

Tipo Cotizante: [illegible]

Tipo Afiliado: [illegible]

DIAGNOSTICO

MEDICAMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

Medicamento	Administración	Dosis	Cantidad
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Indicaciones: [illegible]			
Cantidad en Letras: [illegible]			

DIAGNOSTICO ASOCIADOS

Cód.	Diagnostico	Observaciones	Principal
[illegible]	[illegible]		[illegible]
[illegible]	[illegible]		[illegible]

(Esta formula tiene una vigencia de 30 días)

[illegible]

Profesional: [illegible]

Especialidad: [illegible]

Tarjeta Prof.: [illegible]

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SIENA - CLINICA NUEVA

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EXTRAMURAL

Empresa: 1050 Fecha Solicitud: [illegible]

Número de Folio: 1 Ubicación: [illegible]

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: [illegible] Tipo Documento: [illegible] Número: [illegible]

Nombres: [illegible] Edad: [illegible]

Dirección: [illegible] Barrio: [illegible]

Teléfono: [illegible] Tipo Paciente: [illegible]

Entidad Responsable: [illegible] Tipo Afiliado: [illegible]

Segunda Entidad: [illegible]

PLAN DE TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTOS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Cantidad
[illegible]	[illegible]	1
	Observaciones: [illegible]	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Clase	Diagnóstico	Observaciones	Principal
[illegible]	[illegible]		[illegible]
[illegible]	[illegible]		

Profesional: [illegible]

Profesional: [illegible]

Especialidad: [illegible]

Firma Digital: [illegible]

Número Prof.: [illegible]

[illegible]

CONGREGACIÓN DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA

NIT [illegible]

SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

Ingreso: [illegible] **Fecha Historia:** [illegible] p.m. **Página:** 1/1

Número de Folio: 1 **Ubicación:** CLINICA NUEVA - CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos:	[illegible]	**Tipo Documento:**	CC **Número:** [illegible]
Nombres:	[illegible]	**Edad:**	[illegible]
Dirección:	[illegible]	**Sexo:**	MASCULINO
Teléfono:	[illegible]	**Tipo Paciente:**	[illegible]
Entidad Responsable:	[illegible]	**Tipo Afiliado:**	[illegible]
Seguridad Social:	SEGUROS DE VIDA [illegible]		

PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Especialidad	Cantidad
[illegible]	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA Observaciones: [illegible] SIN DESATURACION [illegible] VALORACION	OFTALMOLOGIA	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
[illegible]	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA		☑
[illegible]	ALTERACION VISUAL NO ESPECIFICADA		☐

Profesional: [illegible] ALBERTO PALOMINO [illegible]

Profesional: [illegible] ALBERTO PALOMINO [illegible]
Especialidad: NEUROLOGIA
Tarjeta Prof. #: [illegible]

[illegible] ALBERTO PALOMINO [illegible]

Indigo Crystal Jump - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES [illegible]

CLINICA DE OJOS (CLINOJOS) S.A

860063701-4

AK 45 96 64 TEL: 6512121

CITA MEDICA

Fecha: [illegible]
Hora: [illegible]
Página:

NUMERO : 314610 RESERVADA 9/11-2019 08:09:02 MERCEDES [illegible]

Paciente:	CC [illegible]	[illegible]			
Nacimiento:	[illegible]	Edad:	49 AÑOS		
Sexo:	MASCULINO				
Dirección:	VEREDA PLANADA				
Teléfono:	[illegible]	Celular:	[illegible]	Tel Oficina:	
Convenio:	SEGUROS DE RIESGOS [illegible]				
FECHA CITA	Martes 19 de Noviembre del 2019	HORA:	03:20:00 PM	DURACIÓN	20 MIN
SEDE	CLINICA DE OJOS (CLINOJOS) S.A	Dirección:	AK 45 96 64		
BARRIO	CHICO NORTE	CIUDAD:	BOGOTA		
CONSULTORIO:	CONSULTORIO 206	VALOR:	0.00		

[illegible]

MEDICO(S): [illegible] CITA MEDICA

FAVOR LLEGAR 10 MINUTOS ANTES DE LA CITA

TRAER ORDEN MEDICA

NO APLICAR CREMAS NI MAQUILLAJE

19/11/2019 FIN DEL REPORTE 08:09:41

[illegible] Usuario: CRISTIANA

Clínica Barraquer
Centro Oftalmológico

Historia Clínica
Atención No.
1069296

Oft. Primera Vez

[illegible]

Documento: C.C. 13154025 **Paciente:** CLIMAS VONTILLA URBANO
NCI: 1700822 **Edad:** 76 Años **Sexo:** Masculino
Atendido por: Dra. Alba Cristina Peñaranda Gómez
Fecha Atención: 2019/11/22 9:05 a.m. **Cierre Atención:** 2019/11/22 9:03 a.m.

Datos de la consulta

[illegible]

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual:
Consulta por sensación de [illegible] y refiere [illegible] OD [illegible] valorado por Neurología y Oftalmología [illegible] hallazgos positivos

Órbita

Ojo Derecho
Tamaño : Medio Posición : Central

Ojo Izquierdo
Tamaño : Medio Posición : Central

Globo

Ojo Derecho
Motilid. Oculares Posición Primaria : Central
Ducciones
Sin Limitaciones

Ojo Izquierdo
Motilid. Oculares Posición Primaria : Central
Ducciones
Sin Limitaciones.

Presión Ocular

Ojo Derecho
Aplanación Goldmann : 12 mmHg Hora: 08:43 a.m.

Ojo Izquierdo
Aplanación Goldmann : 12 mmHg Hora: 08:43 a.m.

Párpados

Ojo Derecho
Tono Orbicular : Ideal
Estado General : Satisfactorio

Ojo Izquierdo
Tono Orbicular : Ideal
Estado General : Satisfactorio

Conjuntiva

Ojo Derecho
Bulbar
[illegible]
[illegible] OD

Ojo Izquierdo
Bulbar
[illegible] con [illegible]
nasal [illegible] mayor OD

Córnea

Ojo Derecho
Transparencia
Satisfactoria
Sensibilidad / Estesiometría
Normal

Ojo Izquierdo
Transparencia
Satisfactoria
Sensibilidad / Estesiometría
Normal

Iris

Ojo Derecho
Tamaño Pupilar : 3 mm
Color : Castaño Medio

Ojo Izquierdo
Tamaño Pupilar : 3 mm
Color : Castaño Medio

Segmento Anterior

Ojo Derecho
Cámara Anterior : Media

Ojo Izquierdo
Cámara Anterior : Media

[illegible] [illegible]

Humor Acuoso

Ojo Derecho
[illegible]

Ojo Izquierdo
[illegible]

Cristalino

Ojo Derecho
En posicion.

Ojo Izquierdo
En posición

Fondo de Ojo

Ojo Derecho
Vitreo
Sin alteraciones.
Retina
[illegible]

Ojo Izquierdo
Vitreo
[illegible]
Retina
[illegible]

Nervio Optico

Ojo Derecho
Excavación : 0.3
Disco Optico
☒ Rosado
☒ Vasos Centrales
☒ Bordes Nítidos
☒ Tamaño Normal

Ojo Izquierdo
Excavacion : 0.3
Disco Optico
☒ Rosado
☒ Vasos Centrales
☒ Bordes Nítidos
☒ Tamaño Normal

Observaciones Finales

Indicaciones Terapeuticas:
[illegible] C.C.

Diagnostico

H524_1 Presbicia
Causa Externa : Enfermedad general Clase : Confirmado Nuevo Ojo : Ambos Ojos

Órdenes Medicas

Tipo Orden : Paraclinico Codigo Interno : [illegible]
CONSULTA OFTALMOLOGICA

Facultativo : Dra. Alba Cristina Peñaranda Gomez
Oftalmologia General - Consulta Prioritaria Reg. Medico. [illegible]
Médico Oftalmólogo

Clínica Barraquer

[illegible]

Prescripción: [illegible]

Ojo		Esfera	Cilindro	Eje	Add	[illegible]	Base	[illegible]	Base
Lejos	Ojo Derecho	+0.50	-0.75	30	1.50				
	Ojo Izquierdo	+0.25	-0.50	165	1.50				
Intermedio	Ojo Derecho								
	Ojo Izquierdo								
Cerca	Ojo Derecho								
	Ojo Izquierdo								

Prescripción OD: Total
Prescripcion OI: Total
Tipo Lente OD: Progresivo
Tipo Lente OI: Progresivo
Tipo Filtro: Blanco

Dist. Interpupilar: 73 mm

ALBA ELVIRA CARREÑO RODRIGUEZ
OPTOMETRA Registro No.0988

[illegible]

OFTALMOLOGÍA

[illegible]

OPTOMETRÍA

[illegible]

Clínica Barrancabermeja

[illegible]

INSTITUTO DE CIRUGÍA OCULAR [illegible]
[illegible]
[illegible]
Bogotá D.C., Colombia
[illegible]

PRESCRIPCIÓN ÓPTICA

Paciente: [illegible]
Documento: [illegible] NCI: [illegible]
Fecha: [illegible]
Atención No. [illegible]

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA

NIT 860010783-1

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: [illegible] Fecha Historia: [illegible] # Atención: [illegible] Página 1/1
Fecha Ingreso: [illegible] p.m. Causa del Ingreso: [illegible]
Identificación: [illegible] Nombres: OLIVER Apellidos: MONTILLA [illegible]
Numero de Folio: 1 Ubicación: CLINICA NUEVA - CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONTILLA [illegible]
Nombres: OLIVER
Dirección: [illegible] - BOGOTA D.C. - SANTAFE DE BOGOTA D.C. USAQUEN
Telefono: [illegible]
Entidad Responsable: SEGUROS DE VIDA [illegible] S.A.
Seguridad Social: SEGUROS DE VIDA [illegible] S.A.
Estado Civil: CASADO
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Tipo Documento: CC Numero: [illegible]
Edad: 48 Años 11 Meses [illegible]
Sexo: MASCULINO
Grupo: [illegible] RH: Positivo
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Grupo Etnico:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
G442	CEFALEA [illegible] POSTRAUMATICA CRONICA		☑
H539	ALTERACION VISUAL NO ESPECIFICADA		☐

OBJETIVO - ANALISIS

NEUROLOGIA
EVALUACION DE [illegible] POTENCIALES EVOCADOS [illegible] DE LOS POTENCIALES [illegible] DEL [illegible]
[illegible] TOPIRAMATO

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliacion medicamentosa? : Si ☒ No ☐

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL

Medicamento	Administracion	Duración	Cantidad
TOPIRAMATO 25 mg Tableta	25 Mg Cada [illegible] Via ORAL TABLETA	[illegible]	[illegible]

Indicaciones:

SERVICIOS DE CONTROL

Código Servicio	Servicio
[illegible]	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

CONTROL

Proximo Control en [illegible] con la Especialidad de NEUROLOGIA

DESTINO

SALIDA

Profesional: SAUL ALBERTO PALOMINO [illegible]
Especialidad: NEUROLOGIA
Registro Prof.: [illegible]

Identificación: [illegible]
Nombre: OLIVER
Apellidos: MONTILLA [illegible]

[illegible]
[illegible] SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA [illegible]

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA

NIT: [illegible]

REPORTE DE INGRESO

Ingreso: [illegible] # Cuenta: [illegible]

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: [illegible]
Tipo Documento: CC Número: 18154088
Dirección: [illegible]
Teléfono: [illegible]
Entidad: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Edad: [illegible]
Sexo: [illegible]
Nivel: [illegible]
Contrato:
Plan Beneficio:

DATOS DEL INGRESO

Entidad: [illegible] # Autorización: 13709300
Plan Beneficio:
Usuario Interfaz:
Convenio:

UBICACION

Liquidación: [illegible]
Tipo de Riesgo: Accidente de Trabajo
Ingreso por: Consulta Externa

Unidad Funcional: [illegible]
Centro de Atención: [illegible]
Observaciones: [illegible]

Causa Ingreso: Accidente Laboral
Tipo de Ingreso: [illegible]
Fecha Ingreso: [illegible]

HOSPITALIZACION

Fecha Hospitalización:
Cama:

[illegible]

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA

NIT 86[illegible]-1

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Ingreso: [illegible] Fecha Hora de [illegible] p.m. Página [illegible]

Número de Folio: 1 Ubicación: CLINICA NUEVA - CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Apellidos: MONTILLA [illegible]
Nombres: [illegible]
Dirección: PUTUMAYO - BOGOTA D.C. - SANTAFE DE BOGOTA D.C. - USAQUEN
Teléfono: [illegible]
Entidad Responsable: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Seguridad Social: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Tipo Documento: CC Número: [illegible]
Edad: 45 Años [illegible]
Sexo: MASCULINO
Tipo Usuario: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de [illegible] Meses [illegible] con la Especialidad de NEUROLOGIA

SERVICIOS DE CONTROL

Código	Servicio
[illegible]	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
[illegible]	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA		☑
[illegible]	ALTERACION VISUAL, NO ESPECIFICADA		☐

Profesional: SAUL ALBERTO PALOMINO CASTILLO

Profesional: SAUL ALBERTO PALOMINO CASTILLO
Especialidad: NEUROLOGIA
Tarjeta Prof.: [illegible]

[illegible]

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA

NIT: [illegible]

SOLICITUD MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Ingreso: [illegible] Fecha Ingreso: [illegible] Página 1/1

Número de Folio: 1 Ubicación: CLINICA NUEVA CONSULTA EXTERNA

Dirección: [illegible] Teléfono: [illegible]

IDENTIFICACION

Historia N.: [illegible]

Apellidos: [illegible]

Tipo Documento: CC Numero: [illegible]

Nombres: [illegible]

Edad: [illegible]

Dirección: [illegible]

Sexo: MASCULINO

Teléfono: [illegible]

Tipo Paciente: OTRO

Entidad Responsable: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Tipo Afiliado: NO APLICA

Seguridad Social: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

PLAN DE MANEJO

MEDICAMENTOS [illegible]

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
[illegible]	[illegible] TABLETA	24 Horas	[illegible]

Cantidad en Letras: ([illegible])

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
G44.3	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA		☑
[illegible]	[illegible]		☐

(Esta formula tiene una vigencia de 72 horas)

Profesional: [illegible]

Profesional: [illegible]

Especialidad: NEUROLOGIA

Tarjeta Prof. #: [illegible]

[illegible]

CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA

NIT: 860010783-1

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 28511 **Fecha Historia:** 23/01/2020 1:58:00 p. m **# Autorización:** 14397505
Fecha Ingreso: 23/01/2020 12:23:55 p. m **Causa del Ingreso:** Accidente Laboral
Identificación: 18154088 **Nombres:** OLIMAR **Apellidos:** MONTILLA URBANO
Número de Folio: 2 **Ubicación:** CLINICA NUEVA - CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MONTILLA URBANO
Nombres: OLIMAR
Dirección: PUTUMAYO PUERTO ASIS - BOGOTA D C - SANTAFE DE BOGOTA D C -USAQUEN
Teléfono: 3157369934 - 3138214825
Entidad Responsable: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A
Seguridad Social: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S A
Estado Civil: CASADO
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Tipo Documento: CC **Numero:** 18154088
Edad: 47 Años 01 Meses 13 Dias (10/12/1972)
Sexo: MASCULINO

Grupo: B **RH:** Positivo
Tipo Paciente: OTRO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Grupo Étnico:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
G443	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA		☑

OBJETIVO - ANALISIS

NEUROLOGIA
CUADRO LCINCIOD E COMPORTAMTIENEO COMOD E CEFAL POSTRUAMATICA
EL CUADRO DE CEFALEA ES CADA VEZ QUE SE EXPONE AL SOL YA ESTA SESANTE DE LA EMPRESA
ESTO SIGUE CONFIGURANDO O CEFALEA POSTRUAMTICA PRECIPITADA POR EXPOSICION AL SOL RECICBIO TOPIRAMATO PERO NO VIO CAMBIO ALGUNO ESTA EXTRESADO PRO SITUACION LABORAL .
LOS ESTUDIOS YLOS SEGUIEMTINEO S HAN SIDO EVIDENTES NORMALES SIN EVIDENCI DE FOCLIZAICON ENUROLOGICA CONFIGURA YA SEA POR CONDICON CLINCIO O SICOLOGICA ESTE DIAGNSOTICO PERO NO HAY OTRAS SITUACIONE QUE HACER SINO DE APLICION DE TOXIN BOTULINICA 200 UI PARA CEFELEA CROCNAOICA
POR AHOR DEJO ESCITALOPRAN 20 MGR DIA

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si [X] No [ ]

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
ESCITALOPRAM 10mg tableta **Indicaciones:** UNA TABELTA DIA	10.00 mg Cada 24 Hora(s) Via. ORAL-TABLETA	24 Horas	30

DESTINO

SALIDA

Profesional: SAUL ALBERTO PALOMINO CABELLO
Especialidad: NEUROLOGIA
Tarjeta Profesional # 13834724

Profesional: SAUL ALBERTO PALOMINO CABELLO
Especialidad: NEUROLOGIA
Tarjeta Prof. # 13834724

Identificación: 18154088
Nombre: OLIMAR
Apellido: MONTILLA URBANO

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL SURA

Información general de la empresa

Sección de consulta donde labora el trabajador

Información de la persona que sufrió el accidente

Información sobre el accidente

ARL SURA S.A.

[illegible] ○ [illegible] ● [illegible]

[illegible]

○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
● [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ Otro

[illegible]

● [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]

[illegible]

○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
● [illegible]
○ [illegible]

○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ Otro

[illegible]

○ [illegible]
● [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]

[illegible]

○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
○ [illegible]
● Otro [illegible]

Descripción del accidente

[illegible]

Personas que presenciaron el accidente

¿Hubo personas que presenciaron el accidente? ○ Si ● No

Apellidos y nombres

Cargo

Documento de identidad No.

Apellidos y nombres

Cargo

Documento de identidad No.

Persona responsable del informe (Representante o delegado)

Apellidos y nombres [illegible]

Cargo [illegible]

Documento de identidad No. [illegible]

ARL SURA

[illegible]

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

Fecha impresión [illegible]

VIGILADO [illegible]

EXAMEN MEDICO LABORAL PARA CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

DATOS GENERALES

FECHA: 14/07/2023

NOMBRE: Olimar Montilla Urbano

CC: 18154088 DE HORMIGA

FECHA NACIMIENTO: 10/12/1972

TRABAJO: CESANTE

EPS: EMSSANAR

ARL: NO APLICA

EDAD: 50 años

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

ESCOLARIDAD: 3 PRIMARIA

TELEFONO: 3106950297

DIR: VDA PLANADAS PTO ASIS

DOCUMENTACION

- Anamnesis
- Examen Físico
- Historia Clínica

HISTORIA LABORAL

Paciente refiere que se encontraba viajando trabajando y el 14/08/19 sufre accidente de tránsito en una buseta de la empresa, se estrellaron contra una camioneta de servicio particular sufriendo múltiples traumatismos. Refiere que tuvo herida de la frente donde se le tomaron 10 puntos, herida de 10cm, se le manejo por urgencias. Actualmente presenta mucho dolor mucho dolor de cabeza y presenta cicatriz de la herida en frente.

Antecedentes: No refiere.

PESO: 68Kg

TALLA: 169cm

TA: 110/70

FC:68x´

FR: 20X´

Paciente en aceptables condiciones generales.

Visual: Sin alteraciones.

Cabeza y cuello: Se evidencia cicatriz en la frente de 10x0.5cm dolorosa a la palpación.

Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones con murmullo vesicular normal.

Tórax: Sin alteraciones.

Abdomen: sin limitación funcional, no masas ni adenomegalias.

Extremidades: sin alteraciones.

Neurológico: Sin déficit severo motor y sensitivo. Reflejos anormales, pupilas normoreactivas.

Espalda: Sin alteraciones.

FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION

DIAGNOSTICOS:

1. Secuelas postraumáticas de la cabeza G443.
2. Cicatriz en piel de cara L905
3. Dolor crónico R522

TITULO I: 20% - CLASE 1(TABLA 6,1), 10% (TABLA 12.5)

28 x 0,5= 14%

TITULO II: 0% (tab. 1), 0% (tab. 2), 2% (TABLA 3), B (tab. 4) 0% (tab. 5)

TOTAL TITULO II: 2%

TOTAL SUMATORIA TITULO I + TITULO II: 16%

CONCEPTO ORIGEN: LABORAL

CONSIDERACIONES LEGALES

Se procede en la ley 100. Decreto 1295, Decreto 2463 de 2001, Resolución 2569 de 1999, Ley 776 de 2002, Ley 962 de 2005, Decreto 1507 agosto de 2015.

FECHA DE ESTRUCTURACION: 14 DE AGOSTO DE 2020

CONCLUSIONES

- **Valoración de pérdida de capacidad laboral del 16%.**

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

- Continuar manejo con manejo medico paliativo

- Se especifica que este examen no determina culpabilidad, ni causalidad.

CAMILO A. SASTOQUE M.

MEDICO LABORAL

LIC: 2141/15

FORMATO 1. ROL LABORAL ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

FORMULARIO DE CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: 14/ 07/ 2023 Número de dictamen: XXXXXXX

Motivo de solicitud: Primera Oportunidad: X Primera Instancia: Segunda Instancia:

Solicitante: EPS AFP ARL Empleador Rama Judicial Otro X

Afiliado Pensionado

Nombre solicitante Olimar Montilla Urbano NIT/Documento de Identidad: : 18154088 Teléfono(s) 3106950297 Ciudad: VDA PLANADAS PTO ASIS

Dirección Solicitante: VDA PLANADAS PTO ASIS Teléfono: IDEM Correo Electrónico: Ciudad VDA PLANADAS PTO ASIS

2.INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA Nit: 7724042

Dirección: CALLE 19 SUR NO 4E 21 Teléfono: 3168744795 email: camiloasastoquem@gmail.ocm Ciudad: PITALITO

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: Beneficiario:

Apellido(s): Montilla Urbano Nombre(s):Olimar

Documento de identificación: NIU RC TI CC **X** CE No: : 18154088

Fecha de nacimiento: 10DD 12MM 1972AAAA Edad: Meses 50 Años

ETAPAS DEL CICLO VITAL:

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:

Población en Edad Económicamente activa: Adultos mayores:

ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria: X

Básica: Media: Universitaria: Post Grados:

Tecnológica: Otros: Cual:

Dirección: VDA PLANADAS PTO ASIS Teléfono(s): 3106950297 Correo Electrónico: Ciudad: PITALITO

ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: Unión Libre: X
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: Subsidiado: X No afiliado:

Administradoras: EPS: EMSSANAR AFP: ARL: Otros:
Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: Dependiente:

Nombre del Trabajo/empleo: Ocupación: Código CIUO:

Nombre Actividad Económica: Clase:

Nombre de la Empresa: NIT/CC

No Aplica: X

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS / EXAMEN FÍSICO- (Descripción)

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

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I y II

VER ANEXO

TITULO I
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

No	CÓDIGOS CIE 10	DIAGNÓSTICO	DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACIÓN / CONDICIONES DE SALUD
	G443	postraumáticas de l	
	R522	DOLOR CRONICO	
	L905	CICATRIZ	

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	Clase funcional/Valor porcentual												
		No Tabla	Clase	CFP ó FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Resultado		CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F.Blatazar,sin ponderar)
									Clase final y literal	% Deficiencia			
1	DEFICIENCIAS DE LA PIEL	6,1						20		20			28,00%
2	Deficiencias del sistema nervioso central y	12,5						10		10			

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

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

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

Combinación de valores: $A + \frac{(100-A) * B}{100}$

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

CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA: 63,71 **% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5** **=** **14,00%**

TÍTULO 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)

ROL LABORAL

1	**Restricciones del rol laboral**	0	5	10	15	20	25	
2	**Restricciones autosuficiencia económica**	0	1	1,5	2	2,5		
3	**Restricciones en función de la edad cronológica**	2,5	0,5	1	1,5	2	2,5	

Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%)

4 **CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD)**

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia

CLASE	VALOR	
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia
B	0.1	Dificultad leve no dependencia
C	0,2	Dificultad moderada-dependencia moderada
D	0,3	Dificultad severa- dependencia severa
E	0,4	Dificultad completa- dependencia completa

COD	AREA OCUPACIONAL											
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110	d115	(d140-145)	d150	d163	d166	d170	d172	d175	d1751
			1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10
d3	Tabla 7	Comunicación	d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360
			2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11
d4	Tabla 8	Movilidad	d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475
			3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10
d5	Tabla 9	Auto cuidado-cuidado personal	d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701
			4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10
d6	Tabla 10	Vida domestica	d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506
			5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10

Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20 %) **0,00**

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa **0,00**

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Perdida de Capacidad Laboral: = TITULO I -Valor Final Ponderada 31,85 + TITULO II -Valor Final 38,2

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL % = 16,00%

14DD/	**08MM/**	**2020AAAA**	**ORIGEN:**	**COMUN**		**FECHA ACCIDENTE:**	
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:						**DD**	**MM**	**AAAA**
			Accidente:	**SI**	**NO**			
			Laboral	X				
Sustentación:			Común		X			
			Enfermeda	**SI**	**NO**			
			Laboral		X			
			Común		X			

ALTO COSTO /CATASTRÓFICA

CLASIFICACIÓN CONDICIÓN DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD (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 PARALA 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/SDEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:			PROGRESIVA:				

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

	Nombre	Cedula	Registro Medico	Firma
Medico	CAMILO SASTOQUE	7724042	308/07 LIC:2141/15	
Terapeuta Ocupacional				
Terapeuta Físico				
Psicólogo				
Otro profesional de la salud (según corresponda)				

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 87.302.746

FIGUEROA ZAMUDIO

APELLIDOS

PORFIRIO GABRIEL

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1977

EL TAMBO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

07-JUN-1996 EL TAMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0400200-00161527-M-0087302746-20090706 0013116671A 2 8150001614

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 69.027.868

CHALACAN

APELLIDOS

MERCEDES

NOMBRES

Mercedes Chalacan

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1974

TUQUERRES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-MAR-1997 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400200-00155570-F-0069027868-20090505 0011211472A 1 8190005905

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.200.324

FIGUEROA CHALACAN

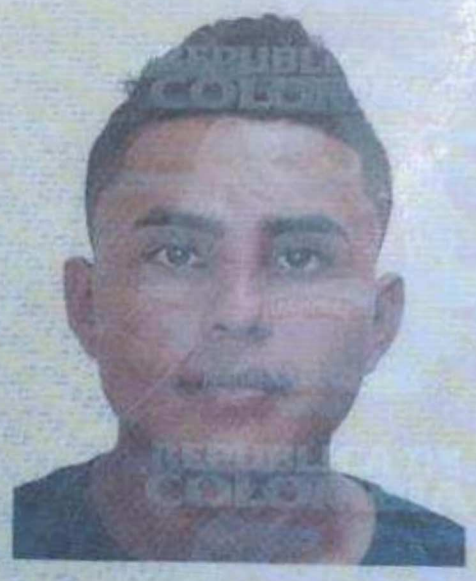
APELLIDOS

OSCAR ANDRES

NOMBRES

Andres Figueroa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-2004

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-MAR-2022 PUERTO ASIS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6400200-01296935-M-1123200324-20220511 0079279492A 1 8504370803

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.846.644

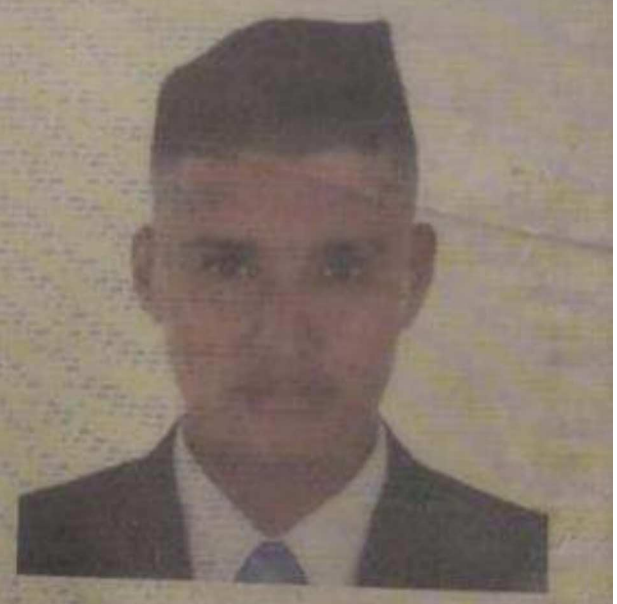
FIGUEROA CHALACAN

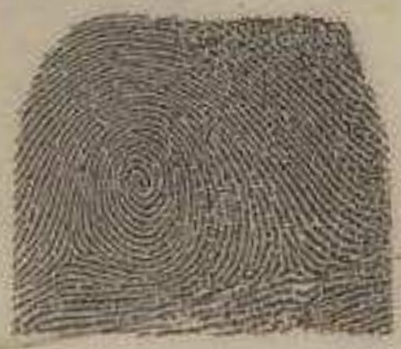
APELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-2000

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

11-JUL-2018 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6400200-01030559-M-1006846644-20180810 0062239591A 1 49226892

NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO DE PUERTO ASIS
DRA. LIBIA MIREYA OSORIO PATIÑO
REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

DECLARACIÓN DE: **PORFIRIO GABRIEL FIGUEROA ZAMUDIO**

En la ciudad de Puerto Asis, Departamento del Putumayo, República de Colombia, a los diez (10) dias de agosto del dos mil veintitrés (2023), ante mi: **DRA. LIBIA MIREYA OSORIO PATIÑO**, Notaria Única del Circulo de Puerto Asis, compareció: **PORFIRIO GABRIEL FIGUEROA ZAMUDIO**, con Cédula de Ciudadania No. **87.302.746** de El Tambo, natural de El Tambo (Nariño), edad 46 años, ocupación Agricultor, estado civil unión libre, Celular No. 3209057610, correo electrónico gabrielfigue.1977@gmail.com, residente en la Vereda La Argentina, Municipio de Puerto Asis-Putumayo, y manifestó.-
PRIMERO: Me llamo como antes dije y mis generales de ley son las antes indicadas. -
SEGUNDO: De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rindo la presente declaración juramentada y con la advertencia del Notario de que debe decir la verdad en la presente declaración, pues quien falte a ella incurrirá en el delito tipificado como falso testimonio, consagrado en el Articulo 442 del código penal. -
TERCERO: Que como declarante no tengo ninguna clase de impedimento legal o moral para rendir estas declaraciones las cuales presto bajo mi única y entera responsabilidad. -
CUARTO: Que las declaraciones aqui rendidas, bajo juramento, versan sobre hechos de los cuales doy plena fe y testimonio en razón de que me constan personalmente. -
QUINTO: Bajo la gravedad del juramento y en honor a la verdad declaro que desde hace (25) años, convivo en unión libre, comparto techo, mesa y lecho con la señora **MERCEDES CHALACAN**, identificada con cédula de ciudadania **No. 69.027.868** de Puerto Asis. Fruto de nuestra relación nacieron nuestros dos hijos de nombres: **LUIS MIGUEL FIGUEROA CHALACAN**, identificado con cédula de ciudadania **No. 1.006.846.644** de Puerto Asis y **OSCAR ANDRES FIGUEROA CHALACAN**, identificado con cédula de ciudadania **N° 1.123.200.324** de Puerto Asis.-Eso es todo.
Esta declaración va con destino a la persona interesada.
De conformidad con lo preceptuado por el literal c) del Articulo 626 de la ley 1564 de 2012, el declarante bajo juramento, afirma que este testimonio será destinado a servir como prueba sumaria en la correspondiente investigación y que solo tendrá valor para dicho fin.
No siendo otro el fin de esta declaración, se termina y se firma como aparece una vez leida y aprobada por el declarante.
HABIENDOSE CANCELADO POR EL MISMO LA SUMA DE $19.635.DERECHOS CANCELADOS LA RESOLUCION NÚMERO 00387 DEL 23 DE ENERO DEL 2023 $16.500. IMPUESTO DEL IVA $ 3.135. NO SIENDO OTRO EL OBJETO DE ESTA DILIGENCIA SE DA POR TERMINADA Y PARA CONSTANCIA ES FIRMADA POR EL INTERVINIENTE.-

Porfirio Figueroa

Declarante, **PORFIRIO GABRIEL FIGUEROA ZAMUDIO**

La Notaria Única, **DRA. LIBIA MIREYA OSORIO PATIÑO**

IMPORTANTE: LEA BIEN LA DECLARACIÓN, UNA VEZ RETIRADA DE LA NOTARIA NO SE ACEPTAN CAMBIOS, CORRECCIONES NI RECLAMOS.-

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1122200324

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38485281

Datos de la oficina de registro - Clave de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PUERTO ASIS COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Datos del inscrito

Primer Apellido: FIGUEROA

Segundo Apellido: CHALACAN

Nombre(s): OSCAR ANDRES

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes FEB Día 06

Sexo (en letras): MASCULINO

G. Sg. sanguíneo: O

Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A5083378

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHALACAN MERCEDES

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0069027868

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FIGUEROA ZAMUDIO PORFIRIO GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0987302746

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FIGUEROA ZAMUDIO PORFIRIO GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0987302746

Firma: porfirio figueroa

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Fecha de inscripción: Año 2004 Mes FEB Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ALEXANDER RODRIGUEZ RUBIANO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma: porfirio figueroa

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ALEXANDER RODRIGUEZ R.

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

18 sept 2004

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

1006846644

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP X8X0250736 GG0524

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29915187

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 7 1 9

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS (REG.PUERTO ASIS)

Datos del inscrito

Primer Apellido: FIGUEROA
Segundo Apellido: CHALACAN
Nombre(s): LUIS MIGUEL
Fecha de nacimiento: Año 2000 Mes NOV Día 24
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo:
Factor RH:
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: TESTIGOS
Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHALACAN MERCEDES
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 69.027.866 DE PUERTO ASIS-PUTUMAYO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FIGUEROA ZAMUDIO PORFIRIO GABRIEL
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 87.302.746 DE EL TAMBO-NARIÑO
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FIGUEROA ZAMUDIO PORFIRIO GABRIEL
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 87.302.746 DE EL TAMBO-NARIÑO
Firma: porfirio Figueroa

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: CHALACAN MERCEDES
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 69.027.866 DE PUERTO ASIS-PUTUMAYO
Firma: Mercedes Chalacan

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: ALAVA DE CORDOBA SOCORRO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 27.356.593 DE PUERTO ASIS-PUTUMAYO
Firma: Socorro Alava

Fecha de inscripción

Año 2000 Mes 04 Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE ANTONIO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

porfirio Figueroa
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ALEXANDER RODRIGUEZ
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Datos: Dado nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento mediante resolución No 5160 del 15-DIC-03. Dirección Nal del Registro Civil. Pto Asis - 15 MAR-04

ALEXANDER RODRIGUEZ

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REDMI NOTE 10 PRO

中国石油天然气勘探开发公司
BGP INC SUCURSAL NUEVA GRANADA

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR: BGP INC SUCURSAL NUEVA GRANADA	NIT: [illegible]
NOMBRE DEL TRABAJADOR: [illegible]	PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN: [illegible]
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: [illegible] TELÉFONO CELULAR: [illegible]	LUGAR DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR: [illegible] FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR: [illegible]
OFICIO O CARGO QUE DESEMPEÑA: [illegible]	NACIONALIDAD DEL TRABAJADOR: [illegible]
PROYECTO - LINEA: [illegible]	ÁREA - DEPARTAMENTO: [illegible]
SALARIO ORDINARIO: [illegible] SALARIO INTEGRAL: [illegible]	LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO EL CONTRATISTA: [illegible]
FINALIZACIÓN: [illegible]	TIEMPO DE TRABAJO: [illegible]

CLÁUSULAS

[illegible]

PRIMERA. [illegible] SUCURSAL NUEVA GRANADA y GRAN [illegible].

SEGUNDA. [illegible]

TERCERA. [illegible]

CUARTA. [illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

[illegible]

PARÁGRAFO SEGUNDO: [illegible]

TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DEL (LA) TRABAJADOR(A). El (la) TRABAJADOR(A) se compromete a cumplir las siguientes obligaciones especiales, además de las consagradas en los artículos 58 y 60 del Código Sustantivo del Trabajo:

a) [illegible]

b) [illegible]

c) [illegible]

d) [illegible]

e) [illegible]

f) [illegible]

g) [illegible] EMPLEADOR, respondiendo por las pérdidas y daños.

h) [illegible]

i) [illegible]

j) [illegible]

k) [illegible]

l) [illegible]

m) [illegible]

n) [illegible]

o) [illegible]

p) [illegible]

q) [illegible]

r) [illegible]

s) [illegible]

t) [illegible]

u) [illegible]

PARÁGRAFO PRIMERO: [illegible]

PARÁGRAFO SEGUNDO: [illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

[illegible]

SEXTA - OBLIGACIONES ESPECIALES DEL EMPLEADOR: EL EMPLEADOR se compromete a cumplir las siguientes obligaciones especiales [illegible] Código Sustantivo del Trabajo:
1. [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL EMPLEADOR.
2. [illegible] EL TRABAJADOR [illegible] EL EMPLEADOR [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A).

SÉPTIMA: REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al (la) TRABAJADOR(A) por la prestación de sus servicios [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible]

PARÁGRAFO PRIMERO: [illegible]
[illegible]
[illegible]

PARÁGRAFO SEGUNDO: [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] Código Sustantivo del Trabajo.

PARÁGRAFO TERCERO: EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL EMPLEADOR [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible]

PARÁGRAFO CUARTO: [illegible] EL EMPLEADOR [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL EMPLEADOR [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible]

OCTAVA: PACTO DE EXCLUSIÓN SALARIAL: [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EMPLEADOR [illegible] EL (LA) TRABAJADOR(A) [illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

[illegible]

[illegible] trabajo [illegible] por EMPLEADOR [illegible] TRABAJADOR(A) [illegible] [illegible] empleados.

[illegible] manifiesta conocer [illegible] riesgos [illegible]

Los riesgos y peligros [illegible] en la presente cláusula [illegible] [illegible]

[illegible] EL(LA) TRABAJADOR(A).

NOVENA. JORNADA DE TRABAJO: EL(LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EMPLEADOR [illegible]

[illegible] EL(LA) TRABAJADOR(A) [illegible]

PARÁGRAFO: [illegible] EL(LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EL(LA) TRABAJADOR(A) [illegible] EMPLEADOR.

DÉCIMA. TÉRMINO DE DURACIÓN: El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la obra o labor contratada [illegible] ADQUISICIÓN [illegible] DENTRO DEL ÁREA DE INTERÉS [illegible] EL TRABAJADOR [illegible] EL TRABAJADOR [illegible]

PARÁGRAFO PRIMERO: [illegible] ACTIVIDAD [illegible]

PARÁGRAFO SEGUNDO: [illegible] contrato [illegible]

PARÁGRAFO TERCERO: [illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

DÉCIMA PRIMERA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO: Este podrá darse por terminado este contrato por cualquiera de las partes [illegible] artículos 61 y 62 del C.S.T. [illegible] del Decreto 2351 de 1965, y además, por parte del EMPLEADOR, [illegible] pactos, convenciones y demás documentos que contengan reglamentaciones, [illegible] particular, pactos, convenciones colectivas, fallos arbitrales y las que [illegible] forman parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula [illegible] del presente contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: Dará lugar a la terminación unilateral con justa causa del presente contrato por parte del EMPLEADOR la violación y/o desacato por el (la) TRABAJADOR(A) de las políticas internas [illegible] de las Naciones Unidas, Tabaco, Alcohol, entre otras, y la violación [illegible] cualquiera de sus [illegible] en el [illegible].

DÉCIMA SEGUNDA: PROPIEDAD INTELECTUAL DEL EMPLEADOR. [illegible] sobre la propiedad intelectual, derechos de autor y patentes que [illegible] el (la) TRABAJADOR(A) [illegible] de ellas.

El (la) TRABAJADOR(A) [illegible] el (la) TRABAJADOR(A) [illegible] EMPLEADOR [illegible] el (la) TRABAJADOR(A) [illegible] EMPLEADOR [illegible] el (la) TRABAJADOR(A) [illegible] en ese obligación [illegible].

PARÁGRAFO: [illegible] documentos que sean necesarios.

DÉCIMA TERCERA: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES: EL (LA) TRABAJADOR(A) acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones de sus condiciones laborales determinadas por el EMPLEADOR en ejercicio de su poder subordinante, tales como los turnos y las jornadas de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o los derechos mínimos del (la) TRABAJADOR(A) [illegible] el (la) TRABAJADOR(A) [illegible] EMPLEADOR [illegible] del Código Sustantivo del Trabajo.

DÉCIMA CUARTA: JUSTAS CAUSAS. Son justas causas para dar por terminado el presente contrato por parte del EMPLEADOR, [illegible] Reglamento Interno de Trabajo [illegible] EMPLEADOR [illegible].

a) Que el (la) TRABAJADOR(A) [illegible]
b) Que el (la) TRABAJADOR(A) [illegible]
c) La [illegible] trabajo [illegible].
d) La violación por parte del (la) TRABAJADOR(A) de las directrices impartidas por el EMPLEADOR en torno al manejo de las máquinas, equipos y materiales de trabajo [illegible] EMPLEADOR.
e) [illegible] del EMPLEADOR.
f) [illegible] el (la) TRABAJADOR(A) [illegible]
g) La [illegible] del EMPLEADOR.
h) La ingestión [illegible] de trabajo [illegible].
i) [illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

[illegible]

- i) [illegible]
- j) [illegible] EL TRABAJADOR [illegible]
- k) [illegible] EMPLEADOR [illegible]
- m) [illegible] BGP INC. [illegible]
- n) [illegible] Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial [illegible]
- o) [illegible]
- p) [illegible] EMPLEADOR.
- q) [illegible] EMPLEADOR.
- r) [illegible]
- s) [illegible]

[illegible] PROHIBICIONES ESPECIALES DE EL TRABAJADOR: [illegible] EL TRABAJADOR:

- a) [illegible] EL TRABAJADOR [illegible]
- b) [illegible] EL EMPLEADOR [illegible]
- c) [illegible] EL EMPLEADOR [illegible]
- d) [illegible] EMPLEADOR.
- e) [illegible]
- f) [illegible] EMPLEADOR.
- g) [illegible] EL TRABAJADOR [illegible]
- h) [illegible] EMPLEADOR.
- i) [illegible]
- j) [illegible]

PARÁGRAFO: [illegible]

[illegible] MODIFICACIONES AL CONTRATO: [illegible]

[illegible] CONFLICTOS DE INTERÉS: [illegible] EL TRABAJADOR [illegible] BGP INC. [illegible] TRABAJADOR [illegible]:

1. [illegible]
2. [illegible] TRABAJADOR.
3. [illegible] BGP INC. [illegible]
4. [illegible] EMPLEADOR [illegible]
5. [illegible] BGP INC. [illegible]

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

734

[illegible]

DÉCIMO OCTAVO: AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS [illegible] la información.

[illegible]

[illegible]

FIRMAS

Para constancia se firma en Bogotá [illegible] 2010 [illegible]

EL EMPLEADOR	EL (LA) TRABAJADOR(A)
CARLOS [illegible] MORALES GALLO C.C. [illegible] de Bogotá BGP INC SUCURSAL NUEVA GRANADA	[redacted] C.C. N° [illegible] de EL BANCO (Santa)
TESTIGO C.C. No [illegible]	TESTIGO C.C.

UNI MEDICAL DEL SUR S.A.S.

NIT 901.573.004-1

CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA
ANALISIS DE LABORATORIO

Vigilados por Salud Departamental

NOMBRE: Pedro Cifuentes Figueroa ... Fecha Agosto 20/2019

R/

Espirometría interpretable de Rodilla 14

Espirometría con Prueba Broncodilatadora de Rodilla 14

Electrocardiograma de Rodilla 14

Electrocardiograma

Cra 50 Con Calle 10 #26-23 Piso 1 Barrio Ferrocarril Tel (2) 427 0000 - 455 9100 Cel 313 860 [illegible] 314 203 1577

unimedicdelsur@hotmail.com - Cali Colombia - Suramérica

CENTRO SENTIDOS

Rafael Figueroa

8 1 30.1.98

Sr. Responsable [illegible]

[illegible]

Santiago - [illegible]

Cabecera [illegible]

[illegible]

CENTRO DE SENTIDOS

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

CENTRO SENTIDOS

6/10/19

Pagina Tercera

Sr. Juez de Juan Pascualgar

[illegible]

[redacted]

Responsabilidad Civil Contractual

Diagnóstico: [illegible]

Observaciones

DEJA TODO LIMPIO CERCA DE LA

Firma

Formula: 2692-751931192

Cédula: Tel

[illegible] DEL SUR S.A.S
Direccion: Puerto Asis Telefono: [illegible]

PACIENTE:	[illegible]			FECHA ATENCION:	[illegible]
No. HISTORIA:	[illegible]	EDAD:	[illegible]		
IDENTIFICACION:	[illegible]		[illegible]	TELEFONO:	[illegible]
EMPRESA:			[illegible]		[illegible]
DIAGNOSTICO:	[illegible]				

DATOS DEL ACUDIENTE

NOMBRE:	Sin Dato		
DIRECCION:	Sin Dato	PARENTESCO:	Sin Dato

ENFOQUE DIFERENCIAL

NIVEL EDUCATIVO:		[illegible]: No	[illegible]
DISCAPACIDAD:		[illegible]: No	[illegible]
GESTACION:	No	DESPLAZADO: No	[illegible]
OCUPACION:	[illegible]		

MOTIVO DE CONSULTA:
[illegible]

ENFERMEDAD ACTUAL:
[illegible]

ANTECEDENTES PERSONALES:
[illegible]

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:
[illegible]

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:
[illegible]

ANTECEDENTES FAMILIARES:
[illegible]

REVISION POR SISTEMA:
[illegible]

SIGNOS VITALES:
[illegible]

EXAMEN FISICO:
[illegible]

FACTORES DE RIESGO SALUD MENTAL
[illegible]

FIRMA [illegible]
[illegible]
[illegible]

FIRMA PACIENTE:

Clínica
PUTUMAYO
[illegible]

FECHA	:	14/08/2019
NOMBRE	:	FIGUEROA ZAMUDIO PORFILIO GABRIEL
IDENTIFICACION	:	67202743
ESTUDIO	:	RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA

Estructuras óseas de densidad y patrón trabecular normal.
Adecuada alineación articular.
Los compartimientos femorotibiales y patelofemoral muestran superficies articulares congruentes, lisas y bien definidas.
La distancia entre ambas superficies articulares es correcta.
La cortical del fémur y la tibia tiene grosor normal.
La rótula presenta forma y situación normal
No hay cambios degenerativos.
No se definen líneas de fractura.
No hay lesiones líticas ni escleróticas
Índice de Insall-Salvati normal
La densidad de los tejidos blandos es normal

CONCLUSION:
RX DE RODILLA DENTRO DE LIMITES NORMALES

DR. ALEXIS GONZALEZ MENDOZA
CC [illegible]
Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas

Clínica
PUTUMAYO
Su salud, nuestro compromiso

FECHA	:	[illegible]
NOMBRE	:	FIGUEROA ZAMUDIO PORFILIO GADIEL
IDENTIFICACION	:	[illegible]
ESTUDIO	:	RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA

Estructuras óseas de densidad y patrón trabecular normal.
Adecuada alineación articular.
Las corticales femorotibiales y patelofemoral muestran superficies articulares congruentes, lisas y bien definidas.
La distancia entre ambas superficies articulares es correcta.
La cortical de fémur y la tibia tiene grosor normal.
La rótula presenta forma y situación normal.
No hay cambios degenerativos.
No se define línea de fractura.
No hay lesiones líticas ni esclerósicas.
Indice de Insall-Salvati normal.
La densidad de los tejidos blandos es normal.

CONCLUSION:
RX DE RODILLA DENTRO DE LIMITES NORMALES.

DR. ALFONSO GONZALEZ MENDOZA
CC. [illegible]
Especialista Radiología e Imagenes Diagnósticas

[illegible]

[illegible]

[illegible]

RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE DE RODILLA IZQUIERDA:

[illegible]

[illegible]

HALLAZGOS:

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Los [illegible]

[illegible]

Los ligamentos cruzados anterior y [illegible]

[illegible]

[illegible]

CONCLUSION:

Múltiples lesiones [illegible] secundarias [illegible]

Bogotá, 01 de octubre de 2019

Señores
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA (ARL) SABANA
CIUDAD

PACIENTE: PORFIRIO GABRIEL FIGUEROA ZAMUDIO
ID: 67302740CC

RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE DE RODILLA DERECHA:

Se realizan secuencias SPIN ECHO con información T1, T2, ecogradiente, densidad de protones y T2 con supresión de grasa y en los planos axial, coronal y sagital.

Indicación: Dolor. Trauma

HALLAZGOS:

Se observa zona focal de adelgazamiento e irregularidad la superficie cartílago articular del cóndilo femoral con esclerosis subcondral. La lesión compromete dimensiones mayores aproximadas de 11 x 12 mm. Se observa otra lesión de características similares en la tróclea interna con dimensiones mayores de [illegible] x 6 mm.

Extensa zona de marcado adelgazamiento del cartílago articular en el aspecto posterior del área de carga del cóndilo femoral interno con esclerosis subcondral. La lesión demuestra dimensiones mayores aproximadas de 19 x 14 mm.

No se identifican otras alteraciones osteocondrales evidentes.

No se visualiza aumento patológico de líquido articular.

Leve edema de los tejidos blandos adyacentes al ligamento colateral interno.

El ligamento colateral externo es de aspecto normal.

Los meniscos son de morfología e intensidad de señal normales. No se observan signos de desgarros.

Los ligamentos cruzado anterior y cruzado posterior se encuentran conservados.

Los tendones rotuliano y del cuádriceps se encuentran íntegros.

Formato: 2935-740000419

Fecha:

Telefono:

Origen:

Cod. Postal:

Cod. Postal:

Cod. Postal:

Cod. Postal:

Cod. Postal:

Telefono:

Ciudad:

Operador:

Fecha Entrega:

Hora:

Firma:

ARL | SURA

PRESCRIPCIÓN DE INCAPACIDAD/LICENCIA DE MATERNIDAD

Orden:

Fecha Orden:

Diagnostico:

Fecha Nac.:

Sexo:

Numero Dias:

Prórroga:

Registro:

Dirección:

Fecha:

ARL | SURA

ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Tipo de identificación

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo

Teléfono

Fax

Zona

Tipo de vinculación

Fecha de nacimiento

Sexo

Teléfono

Fax

Departamento

Municipio

Zona

Cargo

Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente

Fecha de ingreso a la empresa

Salario u honorarios (mensual)

Jornada de trabajo habitual

Información sobre el accidente

¿Causó la muerte al trabajador?

Tipo de accidente

VIGILADO

ARL SURA S.A.