

#### MINISTERIO DEL TRABAJO

RESOLUCIÓN NÚMERO 03745 DE 2015

2 1 SEP 2015

Por la cual se adoptan los Formatos de Dictamen para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

## EL MINISTRO DEL TRABAJO

En ejercicio de sus facultades legales, en especial la conferida en el numeral 7 del artículo 6° del Decreto Ley 4108 de 2011, y

#### **CONSIDERANDO**

Que de acuerdo con lo señalado en el artículo 44 del Decreto Ley 1295 de 1994, la determinación de los grados de incapacidad permanente parcial invalidez o invalidez total originadas por lesiones debidas a riesgos profesionales se hará de acuerdo con el "Manual de Invalidez" y la "Tabla de Valuación de incapacidades". Tabla que deberá ser revisada y actualizada por el Gobierno Nacional como mínimo una vez cada cinco años.

Que el inciso tres del artículo 18 de la Ley 1562 de 2012 establece que la calificación se realizará con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Goblerno Nacional, vigente a la fecha de calificación, que deberá contener los criterios técnicos - científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía que hayan generado secuelas como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Que mediante el Decreto 1507 de 2014, se expidió el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

Que corresponde a las juntas de calificación de invalidez, conforme lo dispuesto en el numeral 7º del Artículo 2.2.5.1.6 del Decreto 1072 de 2015, "Reglamentario Único del Sector Trabajo", emitir los dictámenes de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, previo estudio del expediente y valoración del paciente.

Que dicho dictamen de conformidad con lo preceptuado en el artículo 2.2.5.1.38 del citado Decreto 1072 de 2015, es el documento que deberá contener siempre y en un solo documento, la decisión de las Juntas Regionales en primera instancia o Nacional Calificación de Invalidez en segunda instancia, sobre el origen de la contingencia y pérdida capacidad laboral junto con su fecha de estructuración si el porcentaje es mayor a cero por ciento de pérdida de la capacidad. Así como, los fundamentos de hecho y derecho y la información general de la persona objeto del dictamen.

Continuación de la Resolución "Por la cual se adoptan los Formatos de Dictamen para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional"

Que conforme lo dispone en el inciso tercero del citado artículo 2.2.5.1.38 se señala que la decisión del dictamen será tomada por la mayoría de los integrantes de la Junta de Calificación de Invalidez o sala según sea el caso y todos sus integrantes tienen la responsabilidad de expedirlo y firmarlo en el formulario establecido por el Ministerio del Trabajo.

Que en mérito de lo expuesto,

## RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente Resolución tiene por objeto adoptar los formatos para emitir el dictamen de acuerdo al "Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional", los cuales se constituyen en los instrumentos técnicos para evaluar la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional de cualquier origen. Los formatos a los cuales se refiere la presente resolución hacen parte del anexo técnico y estarán disponibles para su descarga en la página web del Ministerio del Trabajo.

Artículo 2. Campo de Aplicación. Los formatos para emitir el dictamen del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, se aplicaran a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores, público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes y del sector privado en general, independientemente de su tipo de vinculación laboral, clase de ocupación, edad, tipo y origen de discapacidad o condición de afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral, para determinar la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional de cualquier origen.

Artículo 3. Formato de Dictamen para acudir ante las Juntas de Calificación. En virtud del principio de integralidad, todos los dictámenes que se emitan dentro de los procedimientos iniciados en vigencia del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, que sean objeto de remisión a las Juntas de Calificación de Invalidez, deberán estar contenidos en el formato que se adopta en la presente Resolución.

Artículo 4. Formatos para emitir el dictamen de acuerdo al "Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional". Que para efecto de registrar el origen de una contingencia, la fecha de estructuración, la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, se deberá diligenciar el formato, según corresponda así:

- a) Formato 1: Valoración del Rol Laboral, Rol Ocupacional y otras áreas
- b) Formato 2: Valoración del Rol Ocupacional Bebes, Niños y Niñas de 0 a 3
- Formato 3: Valoración del Rol Ocupacional Niños y Niñas mayores a 3 años y Adolescentes
- d) Formato 4: Valoración del Rol Ocupacional para Adultos y Adultos Mayores.

Artículo 5. Estructura del Formato. El Formato para emitir el dictamen de acuerdo al "Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional", se compone de:

# RESOLUCION NÚMERO 03745

DE 2015 HOJA Nº

Continuación de la Resolución "Por la cual se adopten los Formatos de Diotamen para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional"

- 1. Información General del Dictamen Pericial.
- 2. Información General de la Entidad Calificadora.
- 3. Datos Generales de la Persona Calificada.
- 4. Antecedentes Laborales del Calificado.
- 5. Relación de Documentos / Examen Físico (Descripción).
- 6. Fundamentos para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional Títulos I y II, así:

Título I:

Calificación / Valoración de las deficiencias

Título II:

Valoración del Rol Laboral y/o Rol Ocupacional (De acuerdo a

la clasificación dada en el Artículo 4 de esta Resolución).

- 7. Concepto final del Dictamen Pericial.
- 8. Grupo Calificador.

Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

# **PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D.C. a los

2 1 SEP 2015

LUIS EDUARDO GARZÓN Ministro del Trabajo

Proyectó: Luzt. Revisó/ Aprobó: A. Yorres Vo. Bo. Offolina Juntolog

# **ANEXOS TÉCNICOS**

- Formato 1: Valoración del Rol Laboral, Rol Ocupacional y otras áreas ocupacionales.
- 2. Formato 2: Valoración del Rol Ocupacional Bebes, Niños y Niñas de 0 a 3 años.
- 3. Formato 3: Valoración del Rol Ocupacional Niños y Niñas mayores a años y Adolescentes
- Formato 4: Valoración del Rol Ocupacional para Adultos y Adultos Mayores.

# 2 5 ha 2 m and 1 5 5 6 h 7				LABORAL ROL O					
10700.346	aparamakan da Sababi	FORMULARIO	DE CALI	TO BEST ERED BEST OF HAR A SHE FOR HAR A SHE AND A SHE A	'ERDIDA DE 1507 AGOS	ciemies platfactimies as	Service de novelos de construcios	_ABOR#	AL-Y-OCUPACIONAL
ARTHURSON'S	(2004) (days a the a manage (10 1) (10 1) (10 1)	(va. viz spave vi o te cozacia)	n. virosiinos	1. INFORMACIÓN G				IAT2	
22/12/2017/2					ENERAL DE	LDICIA		11.54	reconstante de la participa de la constante de La constante de la constante d
•	a dictamen:			WM/ AAAA		+1/4,	Número d	e dictame	n:
1	e solicitud:		Primera	Oportunidad:			Primera In	stancia:	Segunda Instancia:
Solicitant	te:	EPS	AFP	ARL		Emplead	ior	Rama J	fudicial Otro
		Afiliado			Pensionado	<b>)</b>			
Nombre s	eolicitanto		,	NET/Decuments de Idea	tidad.		Taláfana/a	. !	Charles
	and the second			NIT/Documento de Ider	iuoau.	1194	Teléfono(s		Ciudad:
Direction	Solicitante:	toranija su pratitički	2.1	Teléfono: NFORMACIÓN GEN	ERAL DE LA	ENTIDAD	Correc Ele		Ciudad
Nombre:		-						Nit:	
Dirección	p	* 4			Teléfono:			emall:	Cludad
		aranna ar an		A BATAS APIERA		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1.5	Oldda.
A A STATE OF THE S				3. DATOS GENERA	LES DE LA F	EHSUNA	CALIFICA	UA	
Afiliado:			E	Beneficiario:					
Apellido(s	5):				Nombre(s):				
Documen	nto de identificación:	NIU RC	TI C	CC CE	No:				
Fecha de	nacimiento:	DD	MM	AAAA				Edad:	Meses Años
ETAPAS	DEL CICLO VITAL:								
Bebes y r	niños menores de 3 años:						Niños y ad	olescente	<b>S</b> :
Población	n en Edad Económicamente	activa:					Adultos ma	syores:	
ESCOLA	RIDAD:		A	NALFABETA:			Preescolar	, .	Primaria:
Básica:			N	/ledia:			Universitar	ia:	Post Grados:
Tecnológi	ica			Diros:				Cual:	
								- 1	Electrónico: Ciudad:
Dirección:				Teléfono(s):	4			Conec	
ESTADO	CIVIL:			oltero; eparado:		Casado:	and the second	- 3	Unión Libre:
			_	eparauo.	and the second of	Viudo:			Otros:
			Ţ	eparauo.		Viudo:			Otros:
	de calificar un beneficiario, a Apellidos	noter los datos del Afi	liado:		<b>f</b> :	Viudo:			Otros: Teléfono(s) Ciudad:
Nombre y	Apellidos		liado: D	locumento de Identidac		Viudo:			
Nombre y En caso d Nombre y	Apellidos le calificar un menor de edad Apellidos		liado: D Acudiente	locumento de Identidac	: :	Viudo:			
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIO	Apellidos de calificar un menor de edac Apellidos ON AL SISS:	d, anotar ios datos del	liado: D Acudiente	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac	: :	Viudo:			Teléfono(s) Ciudad: Teléfono(s) Ciudad:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIÓ Régimen o	Apelidos le calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS; en Salud:	d, anotar los datos del Contributivo:	liado: D Acudiente	locumento de Identidad o Adulto Responsable	: 1:	Viudo:			Teléfono(s) Ciudad: Teléfono(s) Ciudad: No afiliado:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIO	Apelidos le calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS; en Salud:	d, anotar ios datos del	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac	: :				Teléfono(s) Ciudad: Teléfono(s) Ciudad:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIÓ Régimen o	Apelidos le calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS; en Salud:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac	AFP: Nombre - En	nail	ALIFICAD		Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIO Régimen d Administra	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nall ES:DEL_C			Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIO Régimen d Administre	Apelidos  de calificar un menor de edad Apelidos  DN AL SISS: en Salud: adoras:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nall ES DEL C Dependia	ente:		Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administra	Apelidos  de calificar un menor de edad Apelidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  dente: ente: el Trabajo/empleo:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nall <b>ES DEL C</b> Dependia Ocupació	ente:		Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIO Régimen o Administre Independi Nombre A	Apelidos de calificar un menor de edad Apelidos ON AL SISS: en Salud: adoras: dente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nall ES DEL C Dependia	ente:		Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIO Régimen d Administre Independi Nombre d Nombre A	Apelidos  de calificar un menor de edad Apelidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  dente: ente: el Trabajo/empleo:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	liado: D Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nall <b>ES DEL C</b> Dependia Ocupació	ente:		Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email
En caso di Nombre y AFILIACIO Régimen di Administra Independia Nombre di Nombre de Nom	Apelidos de calificar un menor de edad Apelidos ON AL SISS: en Salud: adoras: dente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	Acudiente D	ocumento de Identidad o Adulto Responsable ocumento de Identidad Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nail ES DEL C Dependid Ocupació Clase:	inte:		Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administra Independi Nombre de Nombre de Nombre de Nombre de	Apelidos  de calificar un menor de edad Apelidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  dente: el Trabajo/empleo: actividad Económica: e la Empresa: No Aplica:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	Acudiente D	ocumento de Identidac o Adulto Responsable ocumento de Identidac Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nail ES DEL C Dependid Ocupació Clase:	inte:	eripción)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:
En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administre Independi Nombre d Nombre d Nombre de Historial C Estudios c Pruebas o	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores: ente: el Trabajo/empleo:ctividad Económica: e la Empresa: No Aplica: Silinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	Acudiente D	ocumento de Identidad o Adulto Responsable ocumento de Identidad Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nail ES DEL C Dependid Ocupació Clase:	inte:	alpción)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Cludad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC
En caso di Nombre y AFILIACIO Régimen di Administra Independin Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Pittorial C Estudios c Pruebas o Examen fi	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores: ente: el Trabajo/empleo:ctividad Económica: e la Empresa: No Aplica: Silinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos: Joinicos:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS:	Acudiente D	ocumento de Identidad o Adulto Responsable ocumento de Identidad Subsidiado:	AFP: Nombre - En	nail ES DEL C Dependid Ocupació Clase:	inte:	alpel <b>ón)</b>	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:
En caso di Nombre y AFILIACIO Régimen di Administra Independin Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Pittorial C Estudios c Pruebas o Examen fi	Apelidos de calificar un menor de edad Apolidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  iente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica: e la Empresa: No Aplica:  ilínicos: ubjetivas: sisco: rconsultas:	d, anotar los datos del  Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D	ocumento de Identidad o Adulto Responsable ocumento de Identidad Subsidiado:	AFP: Nombre - En S_LABOHAL	Dependie Ocupació Clase:	in:	ЯIpelón)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:
En caso di Nombre y AFILIACIO Régimen di Administra Independin Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Nombre di Pittorial C Estudios c Pruebas o Examen fi	Apelidos de calificar un menor de edad Apolidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  iente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica: e la Empresa: No Aplica:  ilínicos: ubjetivas: sisco: rconsultas:	d, anotar los datos del  Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D	ocumento de Identidad o Adulto Responsable ocumento de Identidad Subsidiado:	AFP: Nombre - En S_LABOHAL	Dependie Ocupació Clase:	in:	ЯIpelón)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:
Nombre y En caso d Nombre y AFRIACIC Régimen d Administra Independi Nombre de Nombre de Nombre de L Historial C Estudios c Fruebas o Examen fi	Apelidos de calificar un menor de edad Apolidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  iente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica: e la Empresa: No Aplica:  ilínicos: ubjetivas: sisco: rconsultas:	d, anotar los datos del  Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D	ACIÓN DE LA PÉR	AFP: Nombre - En S LABOHAL  ENTOS / EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:	ente:  In:  ICO-(Desc	oripción)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:
Nombre y En caso d Nombre y AFRIACIC Régimen d Administra Independi Nombre de Nombre de Nombre de L Historial C Estudios c Fruebas o Examen fi	Apelidos de calificar un menor de edad Apolidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  iente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica: e la Empresa: No Aplica:  ilínicos: ubjetivas: sisco: rconsultas:	d, anotar los datos del  Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D	ocumento de Identidad o Adulto Responsable ocumento de Identidad Subsidiado:	AFP: Nombre - En S LABOHAL  ENTOS / EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:	ente:  In:  ICO-(Desc	oripción)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administre Independi Nombre de Nombre d Nombre de Nombre de Pruebas o Examen fi Otras inter	Apelidos de calificar un menor de edad Apolidos ON AL SISS: en Salud: adoras:  iente: el Trabajo/empleo: cctividad Económica: e la Empresa: No Aplica:  ilínicos: ubjetivas: sisco: rconsultas:	d, anotar los datos del  Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D	ACIÓN DE LA PÉR	AFP: Nombre - En S LABORAL  ENTOS://EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:  AMEN FÍS CAPACID DE LAS I	AD LABOF	Pripelon)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administra Independia Nombre d Nombre d Nombre de Independia Nombre de Company Nombre de C	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores: ente: el Trabajo/empleo: ctividad Económica: e la Empresa: No Aplica: clinicos: bipelivas: isico: cconsultas:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS: Nombre	Acudiente D	ACIÓN DE LA PÉR	AFP: Nombre - En S LABORAL  ENTOS://EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:  AMEN FÍS CAPACID DE LAS I	AD LABOF	PIPEION)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administra Independia Nombre d Nombre d Nombre de Independia Nombre de Company Nombre de C	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores: ente: el Trabajo/empleo: ctividad Económica: e la Empresa: No Aplica: clinicos: bipelivas: isico: cconsultas:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS: Nombre	Acudiente D	ACIÓN DE LA PÉR	AFP: Nombre - En S LABORAL  ENTOS://EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:  AMEN FÍS CAPACID DE LAS I	AD LABOF	Pripelon)	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administra Independia Nombre d Nombre d Nombre de Independia Nombre de Company Nombre de C	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores: ente: el Trabajo/empleo: ctividad Económica: e la Empresa: No Aplica: clinicos: bipelivas: isico: cconsultas:	d, anotar los datos del Contributivo: EPS: Nombre	Acudiente D	ACIÓN DE LA PÉR	AFP: Nombre - En S LABORAL  ENTOS://EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:  CAPACID  CAPACID  DE LAS I	AD LABOF	cias	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Código CIUO:  NIT/CC  NIT/CC  N/ CONDICIONES DE SALUD
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administre Independi Nombre d Nombre d Nombre d Independi	Apelidos de calificar un menor de edad Apelidos ON AL SISS: en Salud: adoras: ente: el Trabajo/empleo: citividad Económica: e la Empresa: No Aplica: Dinicos: Dipletivas: sico: reconsultas:  6, FUNDA  CÓDIGOS CIE 10	Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D - Email	ACIÓN DE DOCUM	AFP: Nombre - En S LABORAL  ENTOS // EXA  DIDA DE LA  TITULO I  ORACIÓN / I  DEFICIENCIA	Dependie Ocupació Clase: CAPACIO DE LAS. (S) MOTI	AD LABOF  AD LABOF  VO DE CAL  se funciona	CIAS  IFICACIÓ  I/Valor po  Ajuste Tol	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Ciudad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC  SUPACIONAL - TÍTULOS I y II  N/ CONDICIONES DE SALUD  STCENTUAL  TRESULTADO SE SALUD  TOTAL Dominane Servicia Deficiencia
Nombre y En caso d Nombre y AFILIACIC Régimen d Administre Independi Nombre d Nombre A Nombre de Independi Servicia C Fruebas o Examen ff Otras inter	Apelidos de calificar un menor de edac Apelidos ON AL SISS: en Salud: adores: ente: el Trabajo/empleo: ctividad Económica: e la Empresa: No Aplica: clinicos: bipelivas: isico: cconsultas:	Contributivo:  EPS: Nombre	Acudiente D - Email	ACIÓN DE LA PÉR	AFP: Nombre - En S LABORAL  ENTOS://EXA  DIDA DE LA	Dependie Ocupació Clase:  CAPACID  CAPACID  DE LAS I	AD LABOR	CIAS IFICACIÓ	Teléfono(s) Ciudad:  Teléfono(s) Cludad:  No afiliado:  ARL: Otros: Nombre - Email Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC  NIT/CC  SUPACIONAL - TÍTULOS I y II  Procentual  Teléfono(s) Ciudad:  Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC  Dominanc Statud  Procentual  Teléfono(s) Ciudad:  Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC  Dominanc Statud  Procentual  Teléfono(s) Ciudad:  Nombre - Email  Deficiencia  Teléfono(s) Ciudad:  Nombre - Email  Cédigo CIUO:  NIT/CC  Dominanc Statud  Deficiencia

	Combinac	ión de valores:	A+ -	(100-A) *B 100		encia de may encia de men							
	CÁLCULO F	INAL DE LA DEFICIENCIA-	PONDER	RADA:		% Tota	deficienc	ła(sin pond	lerar) X 0,5	=		. 9	6
				•									•
			***************************************	J. J			U	3850 181 1254		NI4-(70m.)		sperovelov roleky	abstraction is
			ania ;		TITULO II			ENG OCH	DACIONALE		400°25		KÖNKE
remover (A)		VALORACIÓN DEL R	OL LAE	SURAL, HUL (	JCUPACIO	NAL Y C	I HAS AH	IEAS OCU	PACIONALE		intratice.	MANUAL 1992	
ersonas	en edad económicamente	activa (incluye menores trabajadores, ji	ubliados, pe		ayores que trabaj		<u></u>				<del></del>		<u></u>
		Restricciones del r	ol labora	1			0	5	10	15	20	25	
-1		Restricciones autosuficie	ıncla eco	nómica			0	1	1,5	2	2,5		
3		Restricciones en función de	la edad c	ronológica			2,5	0,5	1	1,5	2	2,5	
	Sumatoria roi laboral autos	suficiencia económica y edad (30					OIONA E	0 (41/0)					
4	Asigne el valor según grad	lo de dificultad, ayuda y depende		LIFICACIÓN 07	HAS AREA	SOCUPA	CIUNALES	S (AVU)					
CLASE V	VALOR 0.0	No hay dificultad, no depend				D	0,3	Dificultad se	vera- dependen	cia sever	a	<del></del>	
B	0.1	Dificultad leve no dependen					0,4		empleta- depend				
С	0,2	Dificultad moderada-depend	lencia mo	derada									
COD	AREA O	CUPACIONAL	d110	6115	(d140-195)	8150	anta	<b>0190</b>	<b>6170</b>	d172	d175	d1751	
d1	Tabla 6	Aprendizaje y apticación del conocimiento	31	1.2	1.3	1.4	1,5	1.6	17	1.8	1.9	1,10	2,000
			d310	en.	<b>#120</b>	425	6330	6535		C)100	d285	6260	
d3	. Tabla 7	Comunicación	2,2	23	24	2.5	2.6	2.7	2.8	29	210	2.11	
			8410 3.1	6418 G.2	4400 3.3	3.4	#445 3.5	<b>6455</b> 3.6	8480 3.7	d496 3.8	<b>3.9</b>	6478 3.10	
d4	Tabla 8	Movifidad				disan			<b>1555</b> 0				
d5		Auto cuidado cuidado	4.1	42	43	44	4.5	4.6	4.7	4,6	4.0	4.10	
	Tabla 9	personal	d510	19620	66200 5.3	6636 5.4	8640 5.5	<b>86402</b> 5.6	<b>9660</b> 5.7	<b>6560</b>	5.9	<b>5.10</b>	
d6	Tabla 10	Vida domestica	5.1	5.2	Sugar and a sugar	h.011 9-47 (02)	2316.70.73215	201011-04	Composition of the Composition o	2001.000	50.40.0	30000	
			Sumat	ioria total otras á	reas ocupac	ionales ( 2	20 %)					٠	L
[	Valor final de la segun	da parte para las personas e	in edad e	económicamen	te activa					<del>~</del>		<del></del>	<u> </u>
			7.1	CONCEPTO FIN	IAL DEL DK	TAMEN	PERICIAL.			us di di		Eugrafi august	
0000000 <u>1900</u>	Perdida de Capacida	d Laboral:	T	TTULO I -Valor Fi	nal Ponderad	a + TITU	LO II -Valor	Final		(*)	731 <i>1</i> 327(41)		
	OR FINAL DE LA PCL/0												
	ORFINAL DE LA POEM	COPACIONAL A				···							
	MM/	AAAA						ORIGEN:			FECH/ DD	A ACCIDE	NTE:
DD/	DE ESTRUCTURACIÓN:								SI				***************************************
DD/	DE ESTRUCTURACIÓN:	1 2000						Accidente: Laboral	31	NO		1	ŧ
DD/	DE ESTRUCTURACIÓN:	Sustenta	ción:					Laboral Común					<u> </u>
DD/	DE ESTRUCTURACIÓN:		ción:	- 1				Común Enfermeda Laboral		NO			
DD/ FECHA D	ALTO COSTO		ción:					Laboral Común Enfermeda				<u> </u>	
DD/ FECHA D	ALTO COSTO /CATASTRÓFICA CLASIFI	Sustenta Sustenta CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI	D-TIPO D			una X }		Común Enfermeda Laboral					
DD/ FECHA D	ALTO COSTO /CATASTRÓFICA CLASIFI	Sustenta	D-TIPO D		) (marcar con	una X )	NO	Común Enfermeda Laboral					
DD/ FECHA D	ALTO COSTO /CATASTRÓFICA CLASIFI RE DE TERCERAS PERS cupacionales):	Sustenta Sustenta CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI	D-TIPO D dades de	la vide diaria		una X)	NO NO	Común Enfermeda Laboral					
PEQUIEF (áreas oc REQUIEF	ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  CLASIFI RE DE TERCERAS PERS cupacionales):  RE DE TERCERAS PERS	Sustenta Sustenta CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI ONAS PARA realizar sus activid	D-TIPO D dades de ISIONES	la vida diaria	SI SI	una X)	NO	Común Enfermeda Laboral					
PEQUIEF (áreas oc REQUIEF	ALTO COSTO (CATASTRÓFICA  RE DE TERCERAS PERS cupacionales):  RE DE TERCERAS PERS	Sustenta:  CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI ONAS PARA realizar sus activio	D-TIPO D dades de ISIONES	la vida diaria	SI	una X)		Común Enfermeda Laboral					
PEQUIEF (áreas oc REQUIEF	ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  CLASIFI RE DE TERCERAS PERS cupacionales):  RE DE TERCERAS PERS	Sustenta:  CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI ONAS PARA realizar sus activio	D-TIPO D dades de ISIONES	la vida diaria	SI SI	una X)	NO	Común Enfermeda Laboral					
DD/ FECHA D REQUIER (áreas oc REQUIER (áreas oc	ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  CLASIFI RE DE TERCERAS PERS cupacionales):  RE DE TERCERAS PERS	Sustenta:  CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI ONAS PARA realizar sus activio ONAS PARALA TOMA DE DECI	D-TIPO D dades de ISIONES	la vida diaria	SI SI		NO	Común Enfermeda Laboral	SI				
PECHA D  REQUIER (áreas od  REQUIER (áreas od	ALTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFI RE DE TERCERAS PERS cupacionales): RE DE TERCERAS PERS RE DE DISPOSITIVOS DE cupacionales):	Sustenta:  CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI ONAS PARA realizar sus activio ONAS PARALA TOMA DE DECI	D-TIPO D dades de ISIONES	la vida diaria de la vida diaria	Si Si Si	IVA:	NO	Laboral Común Enfermeda Laboral	SI				
PEQUIEF (áreas oc REQUIEF (áreas oc	ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  RE DE TERCERAS PERS cupacionales):  RE DE TERCERAS PERS RE DE DISPOSITIVOS DE cupacionales):	Sustenta:  CACIÓN CONDICIÓN DE SALUI ONAS PARA realizar sus activio ONAS PARALA TOMA DE DECI E APOYO (para realizar sus acti	D-TIPO D dades de ISIONES	la vida diaria de la vida diaria	SI SI DEGENERAT	IVA:	NO	Laboral Común Enfermeda Laboral	SI PROGRESIVA:				

								1	1				
	ingineralisas antaras es						, <i>NIÑAS (DE 0 A</i> ACIDAD LABOR		DOM:				
	orania de la constitución de la co	JAMULAHR	J DE CALIFI			GOSTO 12 DE		ALTOLOPAC	IONAL Ranga and in the				* .
			10.2022	INFORMACI	IÓN GENERA	L DEL DICTAM	EN PERICIAL					32	
Fecha de dictamen:		c	DD/ MM/	AAAA			Número de dicta	amen:	<u> </u>		•		
Mativo de solicitud:		F	rimera Oportu	nidad:			Primera Instanc	ia:		Segunda Insta	ncia:		
Solicitante:	EPS	A	AFP	ARL		Empleador	Plan	na Judicial			Otro		
		Afiliado			Pensionado	,				4 1			
Nombre solicitante			NIT/Doc	umento de Ide	ntidad:		Teléfono(s)			Ciudad	i: I	l .	
Dirección Solicitante:				Teléfono:	F - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -		Correo Electróni	ico:		Ciudad		1	
manny was to be a second	Parlate and the second	Ecurio e e	2.IN	FORMACIÓN	GENERAL D	E LA ENTIDAD	CALIFICADORA		Meroneas/dale		(Cally Control		
Nombre:			1 1 1 1				Nit:						
Dirección:					Teléfono:		ema	o.il:		Cludad	l: ·		
				DATOS GE	NERALES DE	LA PERSONA	CALIFICADA				1.9611-32		
Afiliado:			Benefici	ario:							•		
Apellido(s):					Nombre(s):								
Documento de identif	*	RC T		CE	No:				ļ.,			ľ ·	
echa de nacimiento		N	M	AAAA			Eda	id:	Meses Años				
TAPAS DEL CICLO						100							
lebes y niños menor							Niños y adolesce						
	conómicamente activa:						Adultos mayores	<b>s:</b>					
SCOLARIDAD:			ANALFA	BETA:			Preescolar:			Primaria:		1:	
lásica:			Media:				Universitaria:			Post Grados:			
ecnológica:			Otros:				Cua						
irección:	:		_	Teléfono(s):			Con	reo Electrónico:		Ciudad	:		
STADO CIVIL:			Soltero:							er and the second			
			Separad	o:		Casado: Viudo:			Unión Libre Otros:				
En caen da calificar u	n bonaficiario, anotar los de	atne dal Afiliad		o:						•			
	n beneficiario, anotar los da	atos del Afiliad	lo:	o: nto de ldentidad	d:						Ciudad:		
iombre y Apeliidos in caso de calificar u	n beneficiario, anotar los de		io: Docume udiente o Adult	nto de Identidad o Responsable:	:				Otros:		Ciudad: Ciudad:		
lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos	n menor de edad, anotar lo		io: Docume udiente o Adult	nto de Identidad	:				Otros: Teléfono(s)				
iombre y Apeliidos in caso de calificar u lombre y Apeliidos IFILIACION AL SISS	n menor de edad, anotar lo	os datos del Aci utivo:	io: Docume udiente o Adult	nto de Identidad o Responsable:	:			No atiliad	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)			The state of the s	
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos FILIACION AL SISS légimen en Salud:	n menor de edad, anotar lo 3:	os datos del Aci	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidad o Responsable: nto de Identidad	:	Viudo:		No atiliad ARL: Nombre :	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros:			
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos IFILIACION AL SISS légimen en Salud:	n menor de edad, anotar lo 3:	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidad o Responsable: nto de Identidad Subsidiado:	: d: AFP: Nombre - Er	Viudo:	ALIFICADO :::	ARL:	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros:	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos FILIACION AL SISS légimen en Salud: dministradoras:	n menor de edad, anotar lo 3:	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidad o Responsable: nto de Identidad Subsidiado:	: d: AFP: Nombre - Er	Viudo:	ALIFICADO	ARL:	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros:	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos iFiLIACION AL SISS tégimen en Salud: dministradoras:	n menor de edad, anotar lo 3: Contribu	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidad o Responsable: nto de Identidad Subsidiado:	: d: AFP: Nombre - Er	Viudo:	ALIFICADO	ARL:	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros:	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos FILIACION AL SISS légimen en Salud: Idministradoras: Idministradoras: Idependiente: Idependiente: Idependiente: Identre del Trabajo/e	n menor de edad, anotar lo 3: Contribu mpleo:	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidad o Responsable: nto de Identidad Subsidiado:	: d: AFP: Nombre - Er	Viudo: mail DRALES DEL C Dependiente:	ALIFICADO	ARL:	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u tombre y Apellidos FILIACION AL SISS tégimen en Salud: dministradoras:  dependiente: combre del Trabajo/e tombre Actividad Ecc	n menor de edad, anotar lo s: Contribu 	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidad o Responsable: nto de Identidad Subsidiado:	: d: AFP: Nombre - Er	Viudo:  mail  PRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:	ALIFICADO	ARL:	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u tombre y Apellidos FILIACION AL SISS tégimen en Salud: dministradoras:  dependiente: combre del Trabajo/e tombre Actividad Ecc	n menor de edad, anotar lo s: Contribu 	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidado o Responsable; nto de Identidado: Subsidiado:	d: AFP: Nombre - ER	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:		ARL: Nombre :	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
ombre y Apeliidos n caso de calificar u ombre y Apeliidos FILIACION AL SISS égimen en Salud: dministradoras: dependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco	n menor de edad, anotar lo s: Contribu 	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidado o Responsable; nto de Identidado: Subsidiado:	d: AFP: Nombre - ER	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:	ALIFICADO	ARL: Nombre :	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
ombre y Apellidos n caso de calificar u ombre y Apellidos FILIACION AL SISS égimen en Salud: dministradoras: dependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu 	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidado o Responsable; nto de Identidado: Subsidiado:	d: AFP: Nombre - ER	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:		ARL: Nombre :	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
ombre y Apellidos n caso de calificar u ombre y Apellidos FILIACION AL SISS égimen en Salud: dministradoras: dependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: distorial Clínico: studios clínicos: ruebas objetivas:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu 	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidado o Responsable; nto de Identidado: Subsidiado:	d: AFP: Nombre - ER	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:		ARL: Nombre :	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
ombre y Apellidos n caso de calificar u ombre y Apellidos FilciaCión AL SISE égimen en Salud: dministradoras:  dependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: sistorial Clínico: studios clínicos: ruebas objetivas: vamen fisico:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu 	os datos del Aci utivo: EPS:	io: Docume udiente o Adult Docume	nto de Identidado o Responsable; nto de Identidado: Subsidiado:	d: AFP: Nombre - ER	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:		ARL: Nombre :	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros: Nombre	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos fiful ACION AL SISE légimen en Salud: dministradoras:  ddependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: sistorial Clínico: studios clínicos: ruebas objetivas: xamen fisico:	n menor de edad, anotar lo 3: Contribu mpleo: onómica: a:	utivo:  EPS: Nombre - E	Docume  udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado Presponsable: nto de Identidado: Subsidiado:  4. ANTECEDI	AFP: Nombre - ER ENTES L'ABC	Viudo:  DRALES DEL C Dependiente: Ocupación: Clase:	ICO (Descripció)	ARL: Nombre: NIT/CG	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos fiful ACION AL SISE légimen en Salud: dministradoras:  ddependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: sistorial Clínico: studios clínicos: ruebas objetivas: xamen fisico:	n menor de edad, anotar lo 3: Contribu mpleo: onómica: a:	utivo:  EPS: Nombre - E	Docume  udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado Presponsable: nto de Identidado: Subsidiado:  4. ANTECEDI	AFP: Nombre - ER ENTES L'ABC	Viudo:  DRALES DEL C Dependiente: Ocupación: Clase:		ARL: Nombre: NIT/CG	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos fiful ACION AL SISE légimen en Salud: dministradoras:  ddependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: sistorial Clínico: studios clínicos: ruebas objetivas: xamen fisico:	n menor de edad, anotar lo 3: Contribu mpleo: onómica: a:	utivo:  EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - ER ENTES L'ABC  CUMENTOS	Viudo:  PRALES DEL C Dependiente: Ocupación: Clase:  / EXAMEN FIS	ICO (Descripció)  AO LABORAL Y C	ARL: Nombre: NIT/CG	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
ombre y Apellidos n caso de calificar u ombre y Apellidos FilciaCión AL SISE égimen en Salud: dministradoras:  dependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: sistorial Clínico: studios clínicos: ruebas objetivas: vamen fisico:	n menor de edad, anotar lo 3: Contribu mpleo: onómica: a:	utivo:  EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - ER ENTES L'ABC  CUMENTOS	Viudo:  PRALES DEL C Dependiente: Ocupación: Clase:  / EXAMEN FIS	ICO (Descripció)	ARL: Nombre: NIT/CG	Otros: Teléfono(s) Teléfono(s)	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
ombre y Apeliidos n caso de calificar u ombre y Apeliidos n caso de calificar u ombre y Apeliidos ficilitación AL SISE égimen en Salud: dministradoras: dependiente: ombre del Trabajo/e ombre Actividad Eco ombre de la Empres No Aplica: storial Clínico: studios clínicos: uebas objetivas: uebas objetivas: uemen fisico:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu mpteo: onómica: a:	utivo:  EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - Er ENTES LABO CUMENTOS  PÉRDIDA DI TIUI	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:  / EXAMEN FÍS  E LA CAPACID.  O I	ICO (Descripció)  AO LABORAL Y C	ARL: Nombre :  NIT/CG  DCUPACIONAL	Otros:  Teléfono(s)  Teléfono(s)  Email	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
ombre y Apellidos n caso de calificar u ombre y Apellidos ficial valorità de la companion de l	n menor de edad, anotar lo s: Contribu mpteo: onómica: a:	utivo: EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - Er ENTES LABO CUMENTOS  PÉRDIDA DI TIUI	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:  / EXAMEN FÍS  E LA CAPACID.  O I	ICO-(Descripció) AD LABORAL Y C DEFICIENCIAS	ARL: Nombre :  NIT/CG  DCUPACIONAL	Otros:  Teléfono(s)  Teléfono(s)  Email	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos idministradoras:  degimen en Salud: deministradoras:  dependiente: lombre del Trabajo/e lombre del Trabajo/e lombre del Empres No Aplica: istorial Clínico: studios clinicos; ruebas objetivas; xamen fisico: ltras interconsultas:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu mpteo: onómica: a:	utivo: EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - Er ENTES LABO CUMENTOS  PÉRDIDA DI TIUI	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:  / EXAMEN FÍS  E LA CAPACID.  O I	ICO-(Descripció) AD LABORAL Y C DEFICIENCIAS	ARL: Nombre :  NIT/CG  DCUPACIONAL	Otros:  Teléfono(s)  Teléfono(s)  Email	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
iombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos in Caso de calificar u lombre y Apellidos AffillaCión AL SISS Aégimen en Salud: Administradoras:  Administradoras	n menor de edad, anotar lo s: Contribu mpteo: onómica: a:	utivo: EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - Er ENTES LABO CUMENTOS  PÉRDIDA DI TIUI	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:  / EXAMEN FÍS  E LA CAPACID.  O I	ICO-(Descripció) AD LABORAL Y C DEFICIENCIAS	ARL: Nombre :  NIT/CG  DCUPACIONAL	Otros:  Teléfono(s)  Teléfono(s)  Email	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos in caso de calificar u lombre y Apellidos idininistradoras:  degimen en Salud: deministradoras:  dependiente: lombre del Trabajo/e lombre del Trabajo/e lombre del Empres No Aplica: istorial Clínico: studios clinicos; ruebas objetivas; xamen fisico: ltras interconsultas:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu mpteo: onómica: a:	utivo: EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - Er ENTES LABO CUMENTOS  PÉRDIDA DI TIUI	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:  / EXAMEN FÍS  E LA CAPACID.  O I	ICO-(Descripció) AD LABORAL Y C DEFICIENCIAS	ARL: Nombre :  NIT/CG  DCUPACIONAL	Otros:  Teléfono(s)  Teléfono(s)  Email	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		
Nombre y Apellidos En caso de calificar u Nombre y Apellidos Afril IACION AL SISS Régimen en Salud: Administradoras:  Administradoras:  Nombre del Trabajo/e Nombre del Trabajo/e Nombre del a Empres No Aplica: Sistorial Ofinico: Estudios ofinicos: Pruebas objetivas: Examen físico: Otras interconsultas:	n menor de edad, anotar lo s: Contribu mpteo: onómica: a:	utivo: EPS: Nombre - E	Docume udiente o Adult Docume  Email	nto de Identidado o Responsable: nto de Identidado: Subsidiado: 4. ANTECEDI ACIÓN DE DO	AFP: Nombre - Er ENTES LABO CUMENTOS  PÉRDIDA DI TIUI	Viudo:  mail  DRALES DEL C  Dependiente:  Ocupación:  Clase:  / EXAMEN FÍS  E LA CAPACID.  O I	ICO-(Descripció) AD LABORAL Y C DEFICIENCIAS	ARL: Nombre :  NIT/CG  DCUPACIONAL	Otros:  Teléfono(s)  Teléfono(s)  Email	Otros; Nombre Cédigo CIUO:	Ciudad:		

				T	T	T		1	Ajuste Total				<u> </u>	% Total
No	NOMBRE DE LA DEI	FICIENCIA	No Table	Clase	CFP 6 FU	CFM1	CFM2	СЕМЗ	de	Result		CAT	Dominancia	Deficiencia (F.Biatazar, sir
	* ,		Takk	<u> </u>				ļ	Deficiencia	Clase final y litered	% Deficiencia	ļ <u>.</u>		ponderar)
				┼	<u> </u>	<del>                                     </del>								
				<b></b>										]
				-	1	+		1						
P:Clase	Factor principal	C	FM: Clase Factor	Modulador		CFU: Clase Fact	r único							
rmula : A rmula de	juste Total de Deficiencias por tabla: (CF Beltasar: Obtiene el valor final de las d	deficiencies sin p	onderæ	CFF)				÷						
	Combinación	de valores:		<b>A</b> +	(100-A) *B		Deficiencia de mayor : Deficiencia de menor :							
	CÁLCULO FIN	AL DE LA	DEEICIENCI	- PONDE	BADA.				sin pondera	ar) X 0.5	=		%	
	CALGOLOTIN		JE1 101E1101	.,										
80.075						· TiTUI	011					Tierrer Y		
			CALIFIC	ACIÓN E	EL ROL OCL	PACIONAL	BEBES, NINO			NOS)				HORELIN.
signe :	el valor según grado de dific VALOR	ultad I	Des	crioción c	ualitativa	·	l		No Aplica:					
A	0	No hay dific	ultad, no hay											
8	2		oderada- deper ompleta-deper			1								
_c_	Ι 2	10mcurao ec	жірівіх-церві	Opinsa gra	ve/completa									
	T		ración para nif	os y niñas	de 0 a 3 años		T	4 .						
No.	Actividad Mo		VALOR No.	-	Actividad adap	CLASE	VALOR	_						
1	Mantiene una postura simétrica o alineada		14	Succiona	1									
2	Tiene actividad espontánsa		15	Fija la m	irada			1						
3	Sujeta la cabeza		16	Sigue la objeto	trayectoria de un			1						
4	Se sienta con apoyo		17	Sostlene	un sonajero	1	1	4						•
5	Gira sobre si mismo		18	objeto	a mano hacia un	l		_]						
6	Se mantiene sentado sin apoyo		. 19	Sostiene mano	un objeto en cada						-			
7	Pasa de tumbado a sentado		20	Abre caj	ones									
в	Se pone de pie con apoyo		21	Bebe so	lo									
9	Da pasos con apoyo		22	Se quita vestir	una prenda de	1								
10	Se mantiene de pie sin apoyo	<u> </u>	23	Reconoc	e la función de los									
		-	24	<del></del>	zos con el lápiz		<u> </u>	-						
11	Anda solo	<del>  </del>	-					1						
12	Empuja una pelota con los ples		25	Abre una	a puerta			-						
13	Anda sorteando obstáculos	1	2001	Commencial	Actividad Adaptati	han femler mávim	nosible 24%)	-						
501	natoria Actividad Motriz (valor má)	kiirio pusidie z	976)	оцинацина	ACTIVIDAD ADAPTED	va (vaio) manin	o pusible 2+10j	<u>.</u>			_			
	CALCULO FINAL PCO		Valor fin	al deficien	cia ponderado +	Sumatoria área	motriz + Sumato	ria área adapt	tetive =		1			
				rationis holes		65/14/2010 1 July 101		esasyase esse			401559D-55-4	1062514	Gereiti unu	Herrick Co.
829523		97608764172712		11 12 A1 6 / 199 JA	TOOLOGO				(3125) (124) 4 - 33/4 /5/4			J		28, 20, 62 18 v 30 2 22 47 V
\$/45/Q \$/10/3		ertisiasioeris Systematic		12 (A 19)	7. CONCEP	1007 A 444 (100 A 100 A				A CONTRACTOR CONTRACTOR		7.6		
	Perdida de Capacidad La	aboral:				1007 A 444 (100 A 100 A	erada + TiTULO		aal					
VA	persegnation and processed the P		ectoratoria			1007 A 444 (100 A 100 A			al					
VAI	Perdida de Capacidad Li OR PINAL DE LA PCL/OCL		ectoratoria			1007 A 444 (100 A 100 A			nal	1				
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI		ectoratoria			1007 A 444 (100 A 100 A			onigen:				A ACCIDE	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCL	JPACIGNAL	ectoratoria			1007 A 444 (100 A 100 A				SI	NO	FECH DD	A ACCIDE	NTE:
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI	JPACIGNAL			TIŤULO I -V	1007 A 444 (100 A 100 A			ORIGEN: Accidente	SI	NO		A ACCIDE	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI	JPACIGNAL		tentació	TIŤULO I -V	1007 A004 (1004 1134 1155)			ORIGEN: Accidente: Laboral Común	SI SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI	JPACIGNAL		tentación	TIŤULO I -V	1007 A004 (1004 1134 1155)			ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral	SI SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO	JPACIGNAL		tentación	TITULO I -V	alor Final Pond			ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI MM/ DE ESTRUCTURACION:	JPACIGNAL		tentación	TIŤULO I -V	1007 A004 (1004 1134 1155)			ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCL MM/ DE ESTRUCTURACION:    ALTO COSTO   CATASTRÓFICA	JPACIONAL	Sus		TITULO I -V	alor Final Ponc	erada + TiTULO		ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFIGA  CLASIF	JPACIONAL AAAA  AAAA  IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	Sus	SALUD-T	TITULO I -V	alor Final Ponc	erada + TiTULO		ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA	OR FINAL DE LA PCL/OCI MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON.	JPACIONAL AAAA  AAAA  IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	Sus	SALUD-T	TITULO I -V	alor Final Ponc	erada + TiTULO		ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFIGA  CLASIF	JPACIONAL AAAA	Sus	SALUD-T	TITULO I -V	alor Final Pond	erada + TiTULO	D II -Valor Fir	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA REQUIR	OR FINAL DE LA PCL/OCI MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON.	JPACIÓNAL  AAAA  AAAA  CICACIÓN CO  AS PARA rei	Sus	SALUD-T	TITULO I -V	alor Final Pond	erada + TiTULO	D II -Valor Fir	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA REQUIR	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON. DOUDACIONAIS): ERE DE TERCERAS PERSON.	IPACIONAL  AAAA  AAAA  ICACIÓN CC  AS PARA rei  AS PARALA	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	erada + TiTULO	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ ECHA	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON.	IPACIONAL  AAAA  AAAA  ICACIÓN CC  AS PARA rei  AS PARALA	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	erada + TiTULO	D II -Valor Fir	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ ECHA	OR FINAL DE LA PCL/OCL  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIF ERE DE TERCERAS PERSON.  CHE DE TERCERAS PERSON.  CHE DE TERCERAS PERSON.  CHE DE DISPOSITIVOS DE AF	IPACIONAL  AAAA  AAAA  ICACIÓN CC  AS PARA rei  AS PARALA	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	erada + TiTULO	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA REQUIR (éreas d	OR FINAL DE LA PCL/OCL  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIF ERE DE TERCERAS PERSON.  CHE DE TERCERAS PERSON.  CHE DE TERCERAS PERSON.  CHE DE DISPOSITIVOS DE AF	IPACIONAL  AAAA  AAAA  ICACIÓN CC  AS PARA rei  AS PARALA	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	SI	NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA PEQUIE éreas d REQUIS	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA  CLASIF ERE DE TERCERAS PERSON. DOUPACIONAIRE):  ERE DE TERCERAS PERSON. ERE DE DISPOSITIVOS DE AF	IPACIONAL  AAAA  AAAA  ICACIÓN CC  AS PARA rei  AS PARALA	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común		NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA PEQUIE éreas d REQUIS	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA  CLASIF ERE DE TERCERAS PERSON. DOUPACIONAIRE):  ERE DE TERCERAS PERSON. ERE DE DISPOSITIVOS DE AF	IPACIONAL  AAAA  AAAA  ICACIÓN CC  AS PARA rei  AS PARALA	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común		NO NO		A ACCIDE	
DD/ FECHA PEQUIS PEQUIS PEQUIS PEQUIS	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFIGA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON. DOUDACIONAIS:  ERE DE DISPOSITIVOS DE AF DOUDACIONAIS:  ENFERIMEDAD/SDEFICIENCIA	IPACIONAL AAAA AAAA IICACIÓN CC AS PARA rei AS PARALA POYO (pere	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común		NO NO		A ACCIDE	I AAAA
DD/ FECHA PEQUIS PEQUIS PEQUIS PEQUIS	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA  CLASIF ERE DE TERCERAS PERSON. DOUPACIONAIRE):  ERE DE TERCERAS PERSON. ERE DE DISPOSITIVOS DE AF	IPACIONAL AAAA AAAA IICACIÓN CC AS PARA rei AS PARALA POYO (pere	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I -V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN:  Accidente: Laboral Común Enfermeda Laboral Común	PROGRESIVA	NO NO		A ACCIDE	I AAAA
DD/ FECHA PEQUIS PEQUIS PEQUIS PEQUIS	MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO (CATASTRÓFIGA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON. DOUBACIONAISE  ERE DE DISPOSITIVOS DE AF DOUBACIONAISE  ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA  MÉDICO INTERDISCIPLINAF Medico	IPACIONAL AAAA AAAA IICACIÓN CC AS PARA rei AS PARALA POYO (pere	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I V  TITULO I V  TITULO I V  TITULO I V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente: Laboral Común Enfermeda: Laboral Común	PROGRESIVA			A ACCIDE	I AAAA
DD/ ECHA REQUIS áreas c REQUIS áreas c	MM/ DE ESTRUCTURACION:  MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA  CLASIF  ERE DE TERCERAS PERSON. DOUPACIONAIRE):  ERE DE DISPOSITIVOS DE AF DOUPACIONAIRES):  ENFERMEDAO/SDEFICIENCIA  D MÉDICO INTERDISCIPLINAF	IPACIONAL AAAA AAAA IICACIÓN CC AS PARA rei AS PARALA POYO (pere	Sus  Sus  Dividición De  atizar sus act	SALUD-T ividades d	TITULO I V  TITULO I V  TITULO I V  TITULO I V	MEDAD (marc	ar con una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente: Laboral Común Enfermeda: Laboral Común	PROGRESIVA			A ACCIDE	

	ORMULARIO DE CALIFICACI	<u>IONAL NIÑOS, NIÑAS MAYOR</u> ON DE LA PÉRDIDA DE LA CA	PACIDAD LABORAL Y OCUP		is is www.eour.c
		DECRETO 1507 AGOSTO 12 D	1番4		
		RMACIÓN GENERAL DEL DICTA			
Fecha de dictamen:	OD/ MM/	AAAA	Número de dictamen:		
Motiva de solicitud:	Primera Oportu	and the second second	Primera Instancia:	Segunda Inst	
Solicitante:	EPS AFP	•	eador Rama Judicial		Otro
•	Afiliado	Pensionado		•	
lombre solicitante	NIT/Doc	cumento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciuda	ıd:
Dirección Solicitante:	) NEORU	Teléfono: ACIÓN GENERAL DE LA ENTIDA	Correo Electrónico:	Ciude	d solves designates
lombre:		2.0018.001114.8.7.7.481148144	Nit:		
Dirección:		Teléfono:	email:	Ciuda	d:
	3 DAT	OS GENERALES DE LA PERSON			
iliado:	Benefici				
spellido(s):		Nombre(s):			
Occumento de identificación:	NIU RC TI CC	CE No:			
echa de nacimiento:	DD MM	AAAA	Edad:	Meses	
TAPAS DEL CICLO VITAL:				Años	
ebes y niños menores de 3 años:			Niños y adolescentes:	*	
oblación en Edad Económicamente a	cliva:		Adultos mayores:		
SCOLARIDAD:	ANALF/	ABETA:	Preescoler:	Primaria	
ásica	Media:		Universitaria:	Post Grados:	
ecnológica:	Otros:		Cual:		
irección:		Teléfono(s):	Correo Electrónico:	Ciuda	đ:
STADO CIVIL:	Softero: Separad	Casac Io: Viudo		Unión Libre: Otros:	
	oeharad	VILLOO			
n caso de calificar un beneficiario, and ombre y Apellidos		into de Identidad:		Teléfono(s)	Cludad:
	anotar los datos del Acudiente o Adul				
ombre y Apellidos FILIACION AL SISS:		nto de Identidad:		Teléfono(s)	Ciudad:
égimen en Salud:	Contributivo:	Subsidiado:	No afilia	do:	
dministradoras:	EPS:	AFP:	ARL	Otros:	ا د د پوري
	Nombre - Email	Nombre - Email	Nombre	- Email Nomb	re - Email
	broksi bishkala sorazisis <b>49ANI</b>	ECEDENTES LABORALES DEL			150-4-2
dependiente:			ndlente:	04/15-01/0	
ombre del Trabajo/empleo:		Ocupa		Código CIUO:	
ombre Actividad Económica:		Clase	NIT/CC	tinger extra city in in include	
ombre de la Empresa:	•		, Milloc		·
No Aplica:	5. RELACIÓN	DE DOCUMENTOS / EXAMEN FI	SICO- (Descripción)	onekargung kilok (Slocker Gibbay).	
storial Clínico: tudios clínicos:					
uebas objetivas: kamen físico:					
ras interconsultas:			i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	Singert position 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	
6. FUNDAM!	NTOS PARA LA CALIFICACIÓN	I DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACI	DAD LABORAL Y OCUPACIONA	L- TÎTULOS I Y II	
	A STATE OF THE STA				e angestia terrias o .
4 70 5985	CALIFICA	CIÓN / VALORACIÓN DE LAS	DEFICIENCIAS		
No CÓDIGOS CIE 10	DIAGNÓSTICO	DEFICIENCIA(S) MOT	TIVO DE CALIFICACIÓN / CONDICIO	ONES DE SALUD	
			: !:	<del></del> -	

- 1	The second second				<del></del>		Ciase	funcional/\				<del></del>	<del> </del>	% Total	1
	NOMBRE DE LA DEFICIENCI	<b>4</b>	No Tabla	Clase	CFP 6 FU	CFM1	CFM2	СГМЗ	Ajuste Total de Deficiencia	Resultad	0 % Deficienc a	CAT	Dominanc la	Deficiencia (F.Biatazer,sin ponderar)	
$\perp$														pomodas	1
+			├												
			ļ <u>.</u>	<u> </u>			ļ <u>-</u>					-			
ase Fac	ctor principal	CFM: Cla	se Factor N	Acquiador .		CFU: Clase Fac	tor único								]
: Ajus a de Ba	te Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) itaser: Obtiene el valor final de las deficiencia:	sin pondera	r 	-GFP)											
	Combinación de valores	:		<b>A</b> +	(100-A) *B	-	iciencia de ma Iciencia de me								
	CÁLCULO FINAL DE 1	A DEFIC	IENCIA	PONDE	RADA:		% Tot	al deficiend	ia(sin pon	derar) X 0,5	=		%	)	
					ACIONAL NIÑ			ES DE 3 /	ÑOS Y A	DOLESCENT	<b>IS</b>		Alaminista Spiritis		
ar val	or único del rol ocupacional e integrar	la informa	ción de l	a ejecució	on de las áreas o	cupacionales	o AVD								<b>-</b>
T		7								de los roles de ju					
SE	CATEGORIA VALOR							niños y	niñas mayo	res de (3) años y	adolesce	ntes			
de	ot ocupacional sin dificultad-no pendencia 0							<u> </u>		CLASES	1	·	1		1
de	of ocupacional con dificultad leve-no opendencia 10							. A	В	С	Q	E.	ļ		
	od ocupacional adaptado- dificultad oderada-dependencia moderada							0	10	25	35	50			1
- A	pi ocupacional con dificultad operada depandencia moderada	1							A				-		
rav															
Re	35 of ocupacional con-difficulted	$\dashv$				-									
gr	empleta- dependencia ave/completa 50														
	- 4	т						. Moles del	ral animpa	<u> </u>			Ι	i	
	CÁLCULO FINAL PCO	<u> </u>			ASIOL IEISI C	deficiencia p	onide: 800	+ V&IOI UEI	TOI asignat				<u> </u>	]	
	Perdida de Capacidad Laboral:		=	ESGO Parde	ONCEPTO FIN.			graver aber	Final						
/ALO	Perdida de Capacidad Laboral:	IAL %	=	ESGO Parde				OMEDIE WARE	Final				Page Play		
)/	R FINAL DE LA POL/OCUPACION		Т	ESGO Parde				OMEDIE WARE	Final ORIGEN:				A ACCIDE		
)/	R FINÁL DE LA PCL/OCUPACION		Т	ESGO Parde				OMEDIE WARE	ORIGEN:	SI	NO	FECH DD	A ACCIDE MM	ENTE:	
)/	R FINAL DE LA POL/OCUPACION		Т	gusse viente				OMEDIE WARE	ORIGEN:	SI	NO				
) )	R FINAL DE LA POL/OCUPACION		=	gusse viente				OMEDIE WARE	ORIGEN: Accidente Laboral Común		NO NO				
)/ HA DE	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACION:		=	gusse viente				OMEDIE WARE	ORIGEN: Accidente Laboral Común						
)/ HA DE	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA		= ustenta	ación:	TTULO ( -Velor F	inal Pondera	da + TiTt	OMEDIE WARE	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA	S NDICIÓN I	= ustenta	ación:	FITULO ( -Velor F	inal Pondera	da + TiTt	OMEDIE WARE	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
A //C UIERI	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales):	VDICIÓN I realizar s	ustenta DE SALU	ación:	ITULO ( -Valor F	D (marcar co	da + TiTt	JLO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
A DE	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA	VDICIÓN I realizar s	ustenta DE SALU	ación:	ITULO ( -Valor F	D (marcar co	da + TiTt	JLO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CLASIFICACION COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA LPACIONAISE): E DE TERCERAS PERSONAS PARA E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	E ENFERMEDA!	D (marcar co	da + TiTt	JLO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales): E DE TÉRCERAS PERSONAS PARA	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	E ENFERMEDA!	D (marcar co	da + TiTt	ILO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CLASIFICACION COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA LPACIONAISE): E DE TERCERAS PERSONAS PARA E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	E ENFERMEDA!	D (marcar co	da + TiTt	ILO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
A A CE	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales): E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	E ENFERMEDA!	D (marcar co	da + TiTt	ILO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
AA DB	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales): E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	E ENFERMEDA!	D (marcar co	n una X)	ILO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral						
A A DB	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales):  E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa apacionales):	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	EENFERMEDA Is vida diaria	D (marcar co	n una X)	ILO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral	S SI				AAAA	
A A DB	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales):  E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa apacionales):	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	EENFERMEDA Is vida diaria	D (marcar co	n una X)	ILO II -Valor	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral	S SI				AAAA	
AA DE	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA  CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales):  E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa apacionales):	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	E ENFERMEDA la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO .			AAAA	
A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA LIPACIONAIS): E DE TERCERAS PERSONAS PARA E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa LIPACIONAIS):  VEERMEDAD/SDEFICIENCIA:  LÉDICO INTERDISCIPLINARIO  Aedico	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación:	EENFERMEDA Is vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral	PROGRESIVA:	NO .			AAAA	
DE EN	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales): E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa apacionales):  VFERMEDAD/SDEFICIENCIA:  VÉERMEDAD/SDEFICIENCIA:  AÉDICO INTERDISCIPLINARIO  Aedico  Arapouta Físico	NDICIÓN I realizar s	E SALU	ación: D-TIPO Didades de SISIONES	E ENFERMEDA la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO .			AAAA	
JAMA DE EN LIERI DE L	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales):  E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales):  E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa apacionales):  NEERMEDAD/SDEFICIENCIA:  MÉDICO INTERDISCIPLINARIO  Aedico Frapeuta Ocupacional	NDICIÓN I realizar s LA TOMA	= SALUSIENTA	ación:	E ENFERMEDA la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO .			AAAA	
A A DE EN LUIERI DE	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA upactonales): E DE DESPOSITIVOS DE APOYO (pa upacionales):  E DE DESPOSITIVOS DE APOYO (pa upacionales):  VEERMEDAD/SDEFICIENCIA:  MÉDICO INTERDISCIPLINARIO  Aedico Cerapeuta Físico Psicólogo Diro profesional de la salud (según co	NDICIÓN I realizar s LA TOMA	= SALUSIENTA	ación: D-TIPO Didades de SISIONES	E ENFERMEDA la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO .			AAAA	
JAMA DE EN LIERI DE L	R FINAL DE LA POL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACION:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA apacionales): E DE DISPOSITIVOS DE APOYO (pa apacionales):  NFERMEDAD/SDEFICIENCIA:  MÉDICO INTERDISCIPLINARIO  Aedico Grapeuta Físico Sicólogo Grapeuta Físico Sicólogo  Carapeuta Físico Sicólogo Carapeuta Físico Sicólogo  Carapeuta Físico Carapeuta Fís	NDICIÓN I realizar s LA TOMA	= SALUSIENTA	ación: D-TIPO Didades de SISIONES	E ENFERMEDA la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO .				
JAA DE EN LIERI DE LI	R FINAL DE LA PCL/OCUPACION  MM/ AAAA  ESTRUCTURACIÓN:  LTO COSTO CATASTRÓFICA CLASIFICACIÓN COI E DE TERCERAS PERSONAS PARA upactonales): E DE DESPOSITIVOS DE APOYO (pa upacionales):  E DE DESPOSITIVOS DE APOYO (pa upacionales):  VEERMEDAD/SDEFICIENCIA:  MÉDICO INTERDISCIPLINARIO  Aedico Cerapeuta Físico Psicólogo Diro profesional de la salud (según co	NDICIÓN I realizar s	= SALUSIENTA	ación: D-TIPO Didades de SISIONES	E ENFERMEDA la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO .				

FORMATO 4. ROL OCUPACIONAL PARA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

F	ORMULARIO DE		RDIDA DE LA CAPACID 07 AGOSTO 12 DE 201	AD LABORAL Y OGUPACIO 1	LANC
		1 INFORMACIÓN GEN	IERAL DEL DICTAMEN P	ERICIAL	
Fecha de dictamen:		DD/ MM/ AAAA	Nú	mero de dictamen:	
Motivo de solicitud:		Primera Oportunidad:	Pri	mera Instancia:	Segunda Instancia:
Solicitante:	EPS	AFP ARL	Empleador	Rama Judicial	Otro
	Afiliado		Pensionado		
Nombre solicitante		NIT/Documento de Ident	idad: Tel	éfono(s)	Ciudad:
Dirección Solicitante:	90038908849080808080	Teléfono:	Cor AL DE LA ENTIDAD CALI	rreo Electrónico: FICADORA	Ciuded
Nombre:				Nit:	Outstall
Dirección:			Teléfono:	email:	Ciudad:
and sense and the sense of the		3. DATOS GENERALE	S DE LA PERSONA CALI	FICADA	
Affilado:		Beneficiario:			
Apellido(s):			Nombre(s):		
Documento de identificación:	NIU RC	TI CC CE	No:		
Fecha de nacimiento:	DD	MM AAAA		Edad:	Meses Años
ETAPAS DEL CICLO VITAL:					
Bebes y niños menores de 3 años:			Niñ	os y adolescentes:	
Población en Edad Económicamente ac	tiva:		Adu	iltos mayores:	
ESCOLARIDAD:		ANALFABETA:	Pre	escolar:	Primaria:
Básica:		Media:	Uni	versitaria	Post Grados:
Tecnológica:		Otros:		Cual:	
Dirección:		Teléfono(s):		Correo Electrónico:	Cludad:
ESTADO CIVIL:		Soltero: Separado:	Casado: Viudo:		Unión Libre: Otros:
En caso de calificar un beneficiario, ano Nombre y Apellidos		Documento de Identidad			Teléfono(s) Ciudad:
En caso de calificar un menor de edad, a Nombre y Apellidos AFILIACIÓN AL SISS:	anotar los datos del /	Documento de Identidad:			Teléfono(s) Ciudad:
Régimen en Salud:	Contributivo:	Subsidiado:		No afiliado:	
Administradoras:	EPS: Nombre	- Email	AFP: Nombre - Email	ARL: Nombre - Emi	Otros: ail Nombre - Email
		4, ANTECEDENTES	LABORALES DEL CALIFI	CADO	
Independiente:		$\label{eq:constraints} \left( \begin{array}{ccc} x_1 & x_2 & x_3 & x_4 \\ \vdots & \vdots & \vdots \\ x_n & \vdots & \vdots \\ x$	Dependiente:		
Nombre del Trabajo/empleo:			Ocupación:		Código CIUO:
Nombre Actividad Económica:			Clase:		
Nombre de la Empresa:			•	NIT/CC	
No Aplica:		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Historial Clínico:		5. RELACIÓN DE DOCUMEN	TOS EXAMEN PISICU-	(ревспрскоп)	
Estudios clínicos: Pruebas objetivas:					
Examen físico: Otras interconsultas:			<u> </u>		
	ENTOS PARALA	CALIFICACIÓN DE LA PÉRDI	DA DE LA CAPACIDAD LA	ABORAL Y OCUPACIONAL - 1	MULOST y II
	January de Labour en 1865 de en deue		TITULO I		
		CALIFICACIÓN / VALO		and a self-tree.	
No CODIGOS CIE 10	DIAGNOSTICO	D	EFICIENCIA(S) MOTIVO DE	CALIFICACION / CONDICIONES	DE SALUU

														% Total
No	NOMBRE DE LA DE	FICIENCIA	No Tabla	Clase	CFP 6 FU	CFM1	CFM2	СЕМЗ	Ajuste Total de Deficiencia	Resulta	%	CAT	Dominanci a	
									1					poricere
											ļ <u>.</u>		<del> </del>	1
				ļ			· · · ·				+		1	1
_				<del> </del>					<u> </u>				1	
Clase F	Factor principal	C	FM: Clase Factor M	lodulador		CFU: Clase Faci	tor único	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
ula : Aj	juste Total de Deficiencias por tabla: (C Baltasar: Obtiene el valor final de las	CFM1-CFP)+ (CFI deficiencias sin p	M2-CFP)+ (CFM2-C conderar	CFP)	(100-A) *B	Dof	ciencia de ma			, i				
	Combinación	de valores:		A +	100	•	ciencia de me				· · · · · ·			
:	CÁLCULO FIN	AL DE LA C	DEFICIENCIA	PONDE	RADA:	estation.	% Tota	i deficien	cia(sin pon	derar) X 0,5	=		%	6
							·							
vetak inj		rides-rasonacimotorio na ridio primitario termi	organization contra	1,500 mg (14,500 mg)		ITULO I I	estigates accordi		en viste et et blaceret Graffe et et et et e					
	raior único del roi ocupacional	CAL	IFICACIÓN oformación de l	DEL RO	IL OCUPACIO	NAL PARA	ADULTO O AVD	OS Y ADU	LTOS MA	YORES			rus ice su	
gnar v	valor unico del roi ocupacional	T	INCHINACION GO	a cjecacie	317 00 100 01000 00		<u> </u>							
•05	CATECODIA	VALOR												
	CATEGORIA Rel ocupacional sin difficultad-no									acional relaciona		]		
Α	dependencia	0					uso de	i tiempo libi	e y del espar adultos may	cimiento para ad ores	untos y			
В	Rol ocupacional con dificultad leve-no dependencia	10							CLASES	3	-	] .		
	Rol ocupacional adaptado- dificultad moderada dependencia moderada	25					A	В	С	D	Ε			
	Rol ocupacional con dificultad	35				•		10	25	35	50	1		
ט	moderada-dependencia moderada Rol ocupacional con dificultad	35					L			1	1 50	١		
E	completa- dependencia grave/completa	50												
		Т		<u>-</u> -						······································		·	Τ	٦
	CÁLCULO FINAL PCO				Valor final d	leficiencia po	onderado	+ Valor de	rol asignad	lo =				
	5.1 s													
	res e supplica e arganización	arternakon 1206				i de la composición	o dienger	etri dilingi	engalitik lipe		Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta Eleganosta	agining)	a idisayigi	
			s istaath fireig	7.0	ONCEPTO FINA	AL DEL DIC	TAMEN P	ERICIAL				ert Fabili		and deal
	Positio de Canadidad I	oboral:							r Final		E Jesus verogelsi Jesus Verogelsi Jesus Verogelsi Jesus Verogelsi Jesus Verogelsi Jesus Verogelsi	AND DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT		
	Perdida de Capacidad Li	aboral:	= -		ONCEPTO FINA				Final					
VAL	Perdida de Capacidad Li OR FINAL DE LA PCL/OCU	Grand Belginde							Final					
	OR FINAL DE LA PCL/OCI	JPACIONAL.										JFECH.	A ACCID	ENTE:
DD/		Grand Belginde							ORIGEN:			FECH DD	IA ACCID MM	
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCU	JPACIONAL.								Representation of the second o	NO NO			
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCU	JPACIONAL.		7					ORIGEN: Accidente Laboral Común					
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCU	JPACIONAL.	=	7					ORIGEN: Accidente		NO NO			
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI 	JPACIONAL.	=	7					ORIGEN: Accidente Laboral Común					
DD/	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA	JPACIONAL	% =	leión:	FITULO I -Valor F	inal Ponderac	da + TITU		ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral					
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA	JPACIONAL	Sustenta	ación:	FITULO I -Valor F	inal Ponderac	da + TITU	ILO II -Valo	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral					
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO /CATASTRÓFICA  CLASIFICA/	JPACIONAL	Sustenta	ación:	FITULO I -Valor F	inal Ponderac	da + TITU		Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común					
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA CLASIFICA/ RE DE TERCERAS PERSON/	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi	ación: ID-TIPO E dades de	FITULO I -Valor F	inal Ponderac	da + TITU	ILO II -Valo	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común					
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ COUPACIONAILES): RE DE TERCERAS PERSON/ CERE DE DISPOSITIVOS DE AP	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	PITULO I -Valor F	D (marcar co	da + TITU	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común					
DD/ ECHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA CLASIFICAL RE DE TERCERAS PERSONA cupacionales):  RE DE TERCERAS PERSONA	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	PITULO I -Valor F	inal Ponderac	da + TITU	ILO II -Valo	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común					ENTE:
DD/ ECHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ COUPACIONAILES): RE DE TERCERAS PERSON/ CERE DE DISPOSITIVOS DE AP	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	PITULO I -Valor F	D (marcar co	da + TITU	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común					
DD/ ECHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ COUPACIONAILES): RE DE TERCERAS PERSON/ CERE DE DISPOSITIVOS DE AP	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	PITULO I -Valor F	D (marcar co	da + TITU	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común					
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCL  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ DE DE TERCERAS PERSON/ DE DE DISPOSITIVOS DE APRICUPACIONAIES):	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	PITULO I -Valor F	D (marcar co	n una X)	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común		NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ COUPACIONAILES): RE DE TERCERAS PERSON/ CERE DE DISPOSITIVOS DE AP	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	PITULO I -Valor F	D (marcar co	n una X)	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	a SI	NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCL  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ DE DE TERCERAS PERSON/ DE DE DISPOSITIVOS DE APRICUPACIONAIES):	JPACIONAL  AAAA  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA)  a vida diaria  de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	a SI	NO			
DD/ CHA I CHA I CH	OR FINAL DE LA PCL/OCU MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO /CATASTRÓFICA  RE DE TERCERAS PERSON/ cupacionales):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP cupacionales):  ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:	AAAA ]  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1  OYO (para re	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA)  a vida diaria  de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	a SI	NO			
DD/ CHA I CHA I CH	OR FINAL DE LA PCL/OCU  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO CLASIFICA CLASIFICA RE DE TERCERAS PERSON/ cupacionales):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP acupacionales):  ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:  MÉDICO INTERDISCIPLINAF	AAAA ]  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1  OYO (para re	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA)  a vida diaria  de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ cupacionales):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP cupacionales):  ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA: MÉDICO INTERDISCIPLINAF  MEDICO INTERDISCIPLINAF  MEDICO Terapeuta Ocupacional	AAAA ]  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1  OYO (para re	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA) la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCT  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO (CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ cupacionales): RE DE DISPOSITIVOS DE AP cupacionales):  ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:  MÉDICO INTERDISCIPLINAF  MEDICO INTERDISCIPLINAF	AAAA ]  CIÓN CONDICAS PARA real  AS PARALA 1  OYO (para re	Sustenta  CIÓN DE SALU  Ilizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA) la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCU MM/ DE ESTRUCTURACION:  ALTO COSTO //CATASTRÓFICA CLASIFICA: RE DE TERCERAS PERSON/ cupacionales):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP cupacionales):  ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA: MÉDICO INTERDISCIPLINAF  MEDICO INTERDISCIPLINAF  MEDICO Terapeuta Ocupacional	AAAA AAAA AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAA	Sustenta  CIÓN DE SALU lizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA) la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			
DD/ CHA I CHA I CH	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO CLASIFICA CLASIFICA RE DE TERCERAS PERSON/ ICUPACIONALES):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP DE DISPOSITIVOS DE AP DE DE DISPOSITIVOS DE AP DE D	AAAA AAAA AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAA	Sustenta  CIÓN DE SALU lizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA) la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO CLASIFICA CLASIFICA RE DE TERCERAS PERSON/ ICUPACIONALES):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP DE DISPOSITIVOS DE AP DE DE DISPOSITIVOS DE AP DE D	AAAA AAAA AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAA	Sustenta  CIÓN DE SALU lizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA) la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			
DD/ CHA I	OR FINAL DE LA PCL/OCI  MM/ DE ESTRUCTURACIÓN:  ALTO COSTO CLASIFICA CLASIFICA RE DE TERCERAS PERSON/ ICUPACIONALES):  RE DE DISPOSITIVOS DE AP DE DISPOSITIVOS DE AP DE DE DISPOSITIVOS DE AP DE D	AAAA AAAA AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAA	Sustenta  CIÓN DE SALU lizar sus activi  TOMA DE DEC	eción: D-TIPO E dades de	DE ENFERMEDA) la vida diaria de la vida diaria	D (marcar co	n una X)	NO NO	ORIGEN: Accidente Laboral Común Enfermed Laboral Común	PROGRESIVA:	NO			