



MINISTERIO DEL TRABAJO

RESOLUCIÓN NÚMERO 03745 DE 2015

(21 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 Gobierno 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 7° 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 ocupacionales.
- b) **Formato 2:** Valoración del Rol Ocupacional Bebés, Niños y Niñas de 0 a 3 años.
- c) **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:

21 SEP 2015

RESOLUCION NÚMERO 03745

DE 2015 HOJA N° 3

Continuación de la Resolución "Por la cual se adoptan los Formatos de Dictamen 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).

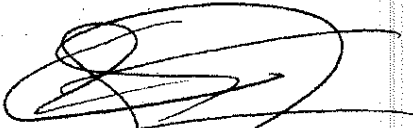
7. Concepto final del Dictamen Pericial.
8. Grupo Calificador.

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

PUBLÍQUESE Y CÚPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los

21 SEP 2015


LUIS EDUARDO GARZÓN
Ministro del Trabajo

Proyectó: LuzL
Revisó/Aprobó: A. Torres
Vc. Bo. Oficina Jurídica

ANEXOS TÉCNICOS

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

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen:	DD/ MM/ AAAA	Número de dictamen:				
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:	Primera Instancia:	Segunda Instancia:			
Solicitante:	EPS	AFP	ARL	Empleador	Rama Judicial	Otro
	Afiliado	Pensionado				

Nombre solicitante	NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:
Dirección Solicitante:	Teléfono:	Correo Electrónico:	Ciudad:

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: _____ Nit: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ email: _____ Ciudad: _____

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado:				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:		Niños y adolescentes:	
Población en Edad Económicamente activa:		Adultos mayores:	
ESCOLARIDAD:	ANALFABETA:	Preescolar:	Primaria:
Básica:	Media:	Universitaria:	Post Grados:
Tecnológica:	Otros:	Cual:	
Dirección:	Teléfono(s):	Correo Electrónico:	Ciudad:

ESTADO CIVIL:

Soltero: _____ Casado: _____ Unión Libre: _____
 Separado: _____ Viudo: _____ Otros: _____

En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:			
Nombre y Apellidos	Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:
En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:			
Nombre y Apellidos	Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:

AFILIACION AL SISS:

Régimen en Salud:	Contributivo:	Subsidiado:	No afiliado:	
Administradoras:	EPS: Nombre - Email	AFP: Nombre - Email	ARL: Nombre - Email	Otros: 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:			

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

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

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

TÍTULO I	
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS	

[illegible]

CFP: Clase Factor principal	CFM: Clase Factor Modulador	CFU: Clase Factor Único
Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+ (CFM2-CFP)+ (CFM2-CFP) Fórmula de Bálzser: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar:		
Combinación de valores:	$A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$	A: Deficiencia de mayor valor B: Deficiencia de menor valor
CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:		% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5 = %

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 trabajen)											
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%)											
CALIFICACIÓN OTRAS ÁREAS 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	d110	d115	(d140-145)	d150	d162	d165	d170	d172	d175	d1781	
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10
d3	Tabla 7	Comunicación	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11
d4	Tabla 8	Movilidad	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	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	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 + TITULO II -Valor Final	
VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %	=		

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:		FECHA ACCIDENTE:			
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:			Accidente:	SI	NO	DD	MM	AAAA
			Laboral					
Sustentación:			Común					
			Enfermedad	SI	NO			
			Laboral					
			Común					

ALTO COSTO /CATÁSTRÓFICA	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	
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	

TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:	PROGRESIVA:	
---------------------------------	---------------	-------------	--

8. GRUPO CALIFICADOR				
GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO				
	Nombre	Cedula	Registro Medico	Firma
Medico				
Terapeuta Ocupacional				
Terapeuta Fisico				
Psicólogo				
Otro profesional de la salud (según corresponda)				

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen:	DD/ MM/ AAAA	Número de dictamen:	
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:	Primera Instancia:	Segunda Instancia:
Solicitante:	EPS AFP ARL	Empleador	Rama Judicial Otro
	Afiliado Pensionado		
Nombre solicitante	NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:
Dirección Solicitante:	Teléfono:	Correo Electrónico:	Ciudad

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: _____ Nit: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ email: _____ Ciudad: _____

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado:			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:	Niños y adolescentes:
Población en Edad Económicamente activa:	Adultos mayores:

ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:

Básica:	Media:	Universitaria:	Post Grados:
Tecnológica:	Otros:	Cual:	
Dirección:	Teléfono(s):	Correo Electrónico:	Ciudad:

ESTADO CIVIL:	Soltero:	Casado:	Unión Libre:
---------------	----------	---------	--------------

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:	No afiliado:	
Administradoras:	EPS:	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:		

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

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

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

TUULOI

CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS

[illegible]

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	Clase funcional/Valor porcentual											% Total Deficiencia (F. Batazas sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP 6 FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Resultado		CAT	Dominancia	
									Clase final y literal	% Deficiencia			

CFP: Clase Factor principal CPM: Clase Factor Modulador CRU: Clase Factor Único
 Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)
 Fórmula de Batazas: 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:	% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5	=	%
--	--	----------	----------

TÍTULO II CALIFICACIÓN DEL ROL OCUPACIONAL BEBES, NIÑOS, NIÑAS (DE 0 A 3 AÑOS)

Asigne el valor según grado de dificultad			No Aplica:
CLASE	VALOR	Descripción cualitativa	
A	0	No hay dificultad, no hay dependencia	
B	1	Dificultad moderada- dependencia moderada	
C	2	Dificultad completa-dependencia grave/completa	

TABLA 11. Valoración para niños y niñas de 0 a 3 años					
Actividad Motriz			Actividad adaptativa		
No.	CLASE	VALOR	No.	CLASE	VALOR
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13					
Sumatoria Actividad Motriz (valor máximo posible 26%)			Sumatoria Actividad Adaptativa (valor máximo posible 24%)		

CÁLCULO FINAL PCO	Valor final deficiencia ponderado + Sumatoria área motriz + Sumatoria área adaptativa =	
--------------------------	--	--

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

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

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %	=	
--	---	--

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:		FECHA ACCIDENTE:
FECHA DE ESTRUCTURACION:			Accidente:	SI	NO
			Laboral		
Sustentación:			Común		
			Enfermedad:	SI	NO
			Laboral		
			Común		

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	
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	

TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:		PROGRESIVA:	
---------------------------------	---------------	--	-------------	--

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO							
	Nombre	Cedula	Registro Medico	Firma			
Medico							
Terapeuta Ocupacional							
Terapeuta Físico							
Psicólogo							
Otro profesional de la salud (según corresponda)							

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

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen:	DD/ MM/ AAAA	Número de dictamen:	
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:	Primera Instancia:	Segunda Instancia:
Solicitante:	EPS AFP ARL	Empleador	Rama Judicial Otro
	Afiliado Pensionado		
Nombre solicitante	NIT/Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:
Dirección Solicitante:	Teléfono:	Correo Electrónico:	Ciudad:

2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: _____ Nit: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ email: _____ Ciudad: _____

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado:		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:		Niños y adolescentes:	
Población en Edad Económicamente activa:		Adultos mayores:	
ESCOLARIDAD:	ANALFABETA:	Preescolar:	Primaria:
Básica:	Media:	Universitaria:	Post Grados:
Tecnológica:	Otros:	Cual:	
Dirección:	Teléfono(s):	Correo Electrónico:	Ciudad:
ESTADO CIVIL:	Soltero:	Casado:	Unión Libre:
	Separado:	Viudo:	Otros:

En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:

Nombre y Apellidos	Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:
--------------------	-------------------------	-------------	---------

En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:

Nombre y Apellidos	Documento de Identidad:	Teléfono(s)	Ciudad:
--------------------	-------------------------	-------------	---------

AFILIACION AL SISS:

Régimen en Salud:	Contributivo:	Subsidiado:	No afiliado:	
Administradoras:	EPS:	AFP:	ARL:	Otros:
	Nombre - Email	Nombre - Email	Nombre - Email	Nombre - Email

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

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

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

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

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

TÍTULO I	
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS	

[illegible]

Clase funcional/Valor porcentual

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	No Tabla	Clase	CFP ó FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Resultado	CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F. Batazar sin ponderar)
									Clase final y literal	% Deficiencia		

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modulador CFU: Clase Factor Único
 Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+ (CFM2-CFP)+ (CFM3-CFP)
 Fórmula de Batazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores: $A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$
 A: Deficiencia de mayor valor B: Deficiencia de menor valor

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

TÍTULO II

CALIFICACIÓN DEL ROL OCUPACIONAL NIÑOS, NIÑAS MAYORES DE 3 AÑOS Y ADOLESCENTES

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

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

TABLA 13. Valoración de los roles de juego-estudio en niños y niñas mayores de (3) años y adolescentes

CLASES				
A	B	C	D	E
0	10	25	35	50

CÁLCULO FINAL PCO Valor final deficiencia ponderado + Valor del rol asignado =

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

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

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL % =

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:		FECHA ACCIDENTE:
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:			Accidente:	SI NO	DD MM AAAA
			Laboral		
			Común		
Sustentación:			Enfermedad:	SI NO	
			Laboral		
			Común		

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	
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	

TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:		PROGRESIVA:						
----------------------------------	---------------	--	-------------	--	--	--	--	--	--

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO

	Nombre	Cedula	Registro Medico	Firma
Médico				
Terapeuta Ocupacional				
Terapeuta Físico				
Psicólogo				
Otro profesional de la salud (según corresponda)				

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

[illegible]

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	Clase funcional/Valor porcentual							Resultado		CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F.Blatazar, sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP 6 FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Clase final y literal	% Deficiencia			

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

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

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

Combinación de valores: A + $\frac{(100-A) \cdot B}{100}$ A: Deficiencia de mayor valor
B: Deficiencia de menor valor

CÁLCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:

% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5 = %

TÍTULO I I

CALIFICACIÓN DEL ROL OCUPACIONAL PARA ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

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

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

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

CLASES				
A	B	C	D	E
0	10	25	35	50

CÁLCULO FINAL PCO

Valor final deficiencia ponderado + Valor del rol asignado =

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

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

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %

=

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:		FECHA ACCIDENTE:
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:			Accidente:	SI	NO
			Laboral		
Sustentación:			Común		
			Enfermedad	SI	NO
			Laboral		
			Común		

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	
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	

TIPO DE ENFERMEDAD/SDEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:		PROGRESIVA:						
----------------------------------	---------------	--	-------------	--	--	--	--	--	--

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MÉDICO INTERDISCIPLINARIO

	Nombre	Cedula	Registro Medico	Firma
Medico				
Terapeuta Ocupacional				
Terapeuta Fisico				
Psicólogo				
Otro profesional de la salud (según corresponda)				