Manizales, noviembre ocho (8) de dos mil veintitrés (2023)

Doctora

MARÍA EUGENIA LÓPEZ BEDOYA

Presidente Consejo Superior de la Judicatura de Caldas

Manizales

Asunto**: Solicitud traslado por motivos de salud**

De acuerdo a los artículos 7, 8 y 9 del Acuerdo PCSJA17-10754 del 18 de septiembre de 2017 proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, en desarrollo de la ley 771 del 14 de septiembre de 2002 y la ley 270 de 1996, mediante el presente escrito, yo Hugo Armando Aguirre Orozco, identificado con la cédula de ciudadanía número 75.064.083 de Manizales, que en la actualidad me encuentro vinculado a la Rama Judicial nombrado en propiedad en el cargo de Oficial Mayor de Juzgado de Circuito en el Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de La Dorada Caldas, solicito se me conceda traslado para el mismo cargo en el Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Manizales dada las malas condiciones de salud actuales las cuales están afectando mi calidad de vida, esto por las diferentes patologías que padezco en la actualidad y que se han visto exacerbadas por las condiciones de estrés y largas jornadas de trabajo en modo de sedestación, debido a la alta congestión judicial que tienen los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad del puerto caldense, además de los continuos desplazamientos para estar cerca de mi red de apoyo primario, en los trayectos por la ruta Manizales – La Dorada y viceversa, por más de cuatro horas en cada trayecto, todo esto incrementando los dolores osteomusculares y la lumbalgia crónica que padezco actualmente, derivado de accidente laboral.

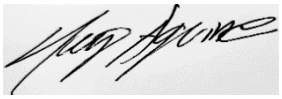
Por lo anterior anexo las recomendaciones y restricciones emanadas por los médicos laborales, tanto de SURA EPS como de SERVISO IPS, empresa contratada por la Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial para los temas de seguridad y salud en el

trabajo. También se adjunta los informes de la inspección al sitio de trabajo realizada por la ARL POSITIVA en coordinación con el área de salud ocupacional de la DEAJ.

Con respecto a las patologías que me aquejan actualmente, los médicos laborales dan entre otras las siguientes restricciones básicas a la hora del manejo: *"puede laborar evitando desplazamientos que impliquen exponerse a vibraciones continuas, en especial en columna", "puede laborar permitiendo estar lo más cerca de su red de apoyo primario, así como permitiendo asistir a los controles de sus patologías en su EPS o en donde le sea requerido", "pude laborar en horario diurno (no nocturno) sin realizar horas extras diarias (turnos máximos de 8 horas)" Puede realizar viajes por carretera menores a 3 horas de duración. Evite viajar por carreteras destapadas."*

En consideración a lo anterior se solicita el concepto favorable de traslado

De antemano muchas gracias



HUGO ARMANDO AGUIRRE OROZCO

C.C. 75.064.083

TEL: 317 2564293

EMAIL: haaguirre13@hotmail.com

SEÑORES Doctora
María Eugenia López Bedoya
Presidente Consejo Seccional de la Judicatura de Caldas
Manizales

Identificar la autoridad competente de conformidad con el artículo 17 del Acuerdo PCSJA17-10754 modificado por el Acuerdo PCSJA22-11956

REF: SOLICITUD DE TRASLADO POR **RAZONES DE SALUD DEL SERVIDOR** (arts. 134-1 L 270/96 y 7° Acuerdo PCSJA17-10754).

Nombres y apellidos del o la solicitante
Hugo Armando Aguirre Orozco
Identificada (o) con la c.c. n.° 75064083, como servidor (a) de carrera en el cargo de oficial mayor o sustanciador Juzgado Circuito; en el despacho: Juzgado Segundo de Ejecución de Penas La Dorada (Caldas) para el cual me posesione el día _____, dentro del término previsto en el artículo 17 del Acuerdo PCSJA17-10754, modificado por el Acuerdo PCSJA22-11956, solicito concepto favorable de traslado por razones de salud, para ser efectivo en el siguiente despacho: Juzgado 002 laboral del circuito de Manizales.

Con tal propósito adjunto, conforme lo establece el artículo 8° del Acuerdo PCSJA17-10754, el dictamen médico que refleja mis condiciones de salud (diagnóstico médico) y la recomendación del traslado, expedido Y/O refrendado por la Entidad Promotora de Salud (EPS - IPS) o Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P) a la cual me encuentro afiliada (o); en el cual se recomienda expresamente el traslado por la imposibilidad de continuar desempeñando el cargo del cual soy titular.

Para efectos de comunicaciones y/o notificaciones registro la siguiente información:

Dirección: Calle 50 N° 29-34 Piso 1 CIUDAD Manizales
Teléfono: 8862269
Celular 317 2564293
E-Mail: haaguirre13@hotmail.com

Cordialmente,

Firma

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial
Unidad de Recursos Humanos
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

SIGCMA

FORMATO CONDICIÓN DE SALUD MÚSCULO ESQUELÉTICA

Datos de los Servidores							
Nombre y Apellidos:	HUGO ARMANDO AGUIRRE OROZCO				Fecha:	22/08/2023	
N° Identificación:	CC 75.064.083	Edad:	52 años		Sexo:	F	X
Cargo:	Oficial mayor circuito				Antigüedad en el Cargo:	0 Años	
Seccional:	Manizales			Municipio:	La Dorada		
Edificio:	Palacio de Justicia			Área/Despacho: Juzgado 002 de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad			
Teléfono y/o Celular:	(+57) 3172564293				EPS:	Sura	
Dominancia Manual:	Derecha - Diestra			Talla:1,69 mt	Peso: 89 kg	IMC:	31,22 Obesidad I
Antecedntes Patológicos	X	¿De qué tipo?	Mental ____		Organica ____		Motriz __X__

Hábitos				**SI**	**NO**
¿Realiza actividad física mínimo tres veces por semana?					X
¿Cuál?	Ninguno	Frecuencia:	0 veces	Duración:	0 minutos
Fuma?					X
¿Cuántos cigarrillos día?	N/A	¿Hace cuánto tiempo fuma?	N/A		

Estado de Salud	**SI**	**NO**
¿Durante los últimos 7 días, Usted ha presentado alguna enfermedad?		X
¿Cuál?: NO refiere.		
¿Durante los últimos 7 días ha presentado dolor, molestias en alguna parte del cuerpo?	X	
¿Cuál?: Dolor en la región lumbar.		

Antecedentes Músculo-esqueléticos: Lumbalgia mecánica crónica secundario a Accidente laboral. Actualmente sintomático intermitente en región lumbar.

Antecedentes Patológicos Cardiovasculares: HTA__X___ IAM_____ Cardiopatía_____ Diabetes_____ Dislipidemia_____
Otros:

De acuerdo a las partes del cuerpo, seleccione los lugares donde presenta molestias:

	SI	**NO**	**Generalmente se presenta como?**	**Presenta los síntomas hace?**	**Los síntomas permanecen por?**	**Sí presenta DOLOR relacione la intensidad**
Cuello		X				
Hombro		X				
Codo		X				
Antebrazo		X				
Brazo		X				
Muñeca		X				
Mano		X				
Dedos		X				
Espalda Alta		X				
Espalda Baja	X		Dolor	Más de 12 meses	De forma intermitente	7
Cadera		X				
Muslo		X				
Rodilla		X				
Pierna		X				
Pie		X				

Nivel de criticidad						
	Asintomático		Sintomático moderado	X	Caso de salud muscúlo esquelética	
	Sintomático leve		Sintomático severo			

Observaciones

Servidor judicial que presenta dolor en la región lumbar desde las 3pm hasta horas de la noche, se incrementan con la postura estática prolongada en silla para cumplir sus funciones y disminuyen con el reposo + dormir + acetaminofén y codeina (Dolex forte).Se recomienda valoración por Medicina General. Servidor judicial que comprende y acepta.

JHON BAYRON ARCILA ECHEVERRI	HUGO ARMANDO AGUIRRE OROZCO
Firma Profesional Evaluador	Firma del Servidor Judicial

Fecha Atención :
2023-11-07 16:14:39

Fecha impresión :
2023-11-07

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	AGUIRRE OROZCO HUGO ARMANDO		
Identificación:	CC	**Número:**	75064083
Fecha de Nacimiento:	1971-06-22	**Edad:**	52
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	4	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CLL 50 29 34	**Teléfono:**	3172564293
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	RAMA JUDICIAL DIRECCION SECCIONALDE ADMINISTRACION JUDICIAL CALDAS	**Cargo:**	OFICIAL MAYOR
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: RECOMENDACIONES LABORALES **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA CITA

EMPRESA

RAZON SOCIAL	
CIUDAD DE ORIGEN	MANIZALES.
CARGO	
PROFESION y/u OCUPACION	
FECHA DE INGRESO	
AREAS DE TRABAJO	
TURNOS DE TRABAJO	

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	SI
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
¿REPORTA ACCIDENTE DE TRABAJO?	SI
¿REPORTA ENFERMEDAD LABORAL?	

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIARES

ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE
ENFERMEDAD TIROIDEA	NO REFIERE
CANCER	NO REFIERE
SORDERA CONGENITA	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	SI Observaciones: PADRES.
CARDIOPATIAS	NO REFIERE
DIABETES	SI Observaciones: PADRES.
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NO REFIERE
SINDROME CONVULSIVO	NO REFIERE
ENFERMEDAD MENTAL	NO REFIERE
ENFERMEDAD RENAL	NO REFIERE
ULCERA	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
MALFORMACIONES	NO REFIERE
ARTRITIS	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE
CEGUERA COGENITA	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

PERSONALES

ALTERACIONES DE PESO Y OTROS	NO REFIERE
DERMATOLOGICOS	NO REFIERE
VISUALES	SI Observaciones: MIOPÍA, USA GAFAS.

AUDITIVOS	NO REFIERE
RESPIRATORIOS	NO REFIERE
ALERGICOS	NO REFIERE
CARDIOVASCULAR	SI Observaciones: HTA, DISLIPIDEMIA.
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE
GENITOURINARIO	NO REFIERE
RENAL	SI
OSTEOMUSCULAR	SI Observaciones: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR CON RADICULOPATIA, LUMBAGO NO ESPECIFICADO, HERNIA DISCAL.
TRAUMATICOS	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE
ENDOCRINO	NO REFIERE
CANCER	NO REFIERE
MAMAS	NO REFIERE
INFECCIONES	NO REFIERE
HEMATOLOGICOS	NO REFIERE
PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS	NO REFIERE

FARMACOLOGICOS

DETALLES	LOSARTAN X50MG/12 HORAS, HIDROCLOROTIAZIDA X 25MG/DÍA, AMLODIPINO X 5MG/DÍA Y ATORVASTATINA X20MG/NOCHE, TRAMADOL 2 X DÍA, TIZANIDINA X DÍA, PREGABALINA 2 X DÍA.

QUIRURGICOS

1	
2	
3	
4	
5	
OBSERVACION	

TRAUMATICOS

1	
2	
3	
4	
5	
OBSERVACION	CRIPTORQUIDIA CON RESECCION TESTICULO IZQUIERDO

ALERGICOS Y TRANSFUNSIONALES

AMBIENTALES	NO REFIERE
ANIMALES	NO REFIERE
COMIDAS	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
TRANSFUSIONALES	NO REFIERE
OTROS	

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

MENARQUIA	
CICLOS	
DISMENORREA	NO
MENOPAUSIA	NO
FUM	
FUC	
ENFERMEDAD DE SENO	NO
PLANIFICACION	NO
FUPARTO	
GESTACIONES	
CESAREA	
PARTOS	
ABORTOS	
MORTINATOS	
ECTOPICOS	
VIVOS	

INMUNIZACIONES

VACUNAS

APORTA CARNET	
H1N1	No Refiere

FIEBRE AMARILLA	No refiere
FIEBRE TIFOIDEA	No refiere
HEPATITIS A	No refiere
HEPATITIS B	No refiere
INFLUENZA	No refiere
MENINGOCOCO	No refiere
NEUMOCOCO	No refiere
RABIA CURATIVA	No refiere
RABIA PREVENTIVA	No refiere
RUBEOLA	No refiere
SARAMPION	No refiere
TETANOS	No refiere
TRIPLE VIRAL	No refiere
VARICELA	No refiere
VPH	No refiere
COVID	No refiere

HABITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

PRACTICA DEPORTE	NO
FRECUENCIA DEPORTE	NO HACE EJERCICIO
LESIONES DEPORTIVAS	NO
OTRAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES	NO

TABAQUISMO

FUMA	SI
CIGARRILLOS DIA	2.
EXFUMADOR	NO
HACE CUANTO DEJO	

ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

ALCOHOL	SI
ALCOHOL FRECUENCIA	OCASIONAL
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE DE 52 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DE LA DORADA, TRABAJADOR DE RAMA JUDICIAL DIRECCION SECCIONALDE ADMINISTRACION JUDICIAL CALDAS, COMO OFICIAL MAYOR, DESDE HACE 14 AÑOS, CON RECIENTE CAMBIO DE CARGO, DESDE JULIO DEL PRESENTE AÑO. ASISTE EL DÍA DE HOY A CONSULTA DE MEDICINA LABORAL DE POSTINCAPACIDAD, LA CUAL EN EL MOMENTO TIENE VIGENTE, HASTA EL 21/11/2023, EMITIDEA POR MÉDICO ORTOPEDISTA EL DÍA 07/11/2023. REFIERE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE LABORAL EL 23/11/2016, CONSISTENTE EN DOLOR EN REGION LUMBAR POSTERIOR A REALIZAR ESFUERZO FÍSICO ("CARGA DE EXPEDIENTE VOLUMINOSO"). SE ENCUENTRACEN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, FISIATRÍA, MEDICINA LABORAL DE LA ARL Y EPS, NEUROCIRUGÍA. TRAE HISTORIAS CLÍNICAS: 10/10/2023: VALORACIÓN POR NEUROCIRUGÍA: DOCTOR GUSTAVO SANCHEZ MOJICA: "REMITIDO POR ORTOPEDIA. PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DE APROX. 7 AÑOS DE EVOLUCION SIN DESENCADENANTE TRAUMATICO EL CUAL SE IRRADIA A GLUTEOS Y MMII HASTA LOS TALONES, DICE QUE ES CONTINUO SE EXACERBA DURANTE LA NOCHE, MEJORA CON LA BIPEDESTACION Y SENTADO. NIEGA DDEFICI NEUROLOGICO, ESTA TOMANDO PREGABALINA FORMULADA POR MEDICO GENERAL. VISTO POR ORTOIPEDIA DECIDE REMITIR A NEUROCIRUGIA SIN EMBARGO AUN NO TIOENE VASLORACION POR FISIATRIA. NO REFIERE. HTA. FUMADOR DE 2 CIG/DIA. -NO ALERGICOS. PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. ALERTA ORIENTADO LENGUAJE FLUIDO, P. CRANEALES COMNSERVADOS, MARCHA Y COORDINACION ADECUADAS, CONTROLA ESFINTERES, FUERZA TONO TROFISMO Y SENSIBILIDAD DE EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES, RPF BILATERAL, RMT SIMETRICOS DE DOS CRUCES, NO LASSEGE NI BRAGARD PERCUSION DE COLUMNA NO DOLOROSA, REALIZA PUNTAS Y TALONES SIN DIFICULTAD, DDOLOR COM LA MOVILIZACION DE ARTICULACIONES COXOFEMORALES Y CON LA DIGITOPRESION TROCANTERICA. RM DE COLUMNA L-S SEGUN REPORTE DE RADIOLOGIA DENTRO DE LIMITES NORMALES, COM ADECUADA ALINEACION Y ALTURA DE VERTEBRAS, RELACIONES

ARTICULARES CONSERVADAS ARTICULACIONES INTERFACETARIAS DE ASPECTO NORMAL, CONO MEDULAR Y RAICES NERVIOSAS ADECUADAMENTE DISTRIBUIDAS DENTRO DEL SACO DURAL, MENCIONA HNP CENTRAL EN L4-L5 SIM COMPRESION ES RADICULARES. PACIENTE CON DOLOR LUMBAR DE TIPO MECANICO. EXAMEN NEUROLOGICO: NORMAL SIN SIGNOS DE COMPRESION MEDULAR NI RADICULAR EN MMII. RM DE COLUMNA L-S NORMAL. DESCARTA PATOLOGIA QUE REQUIERA MANEJO QUIRURGICC ACTUALMENTE POR NEUROCIRUGIA. SE RECOMIENDA VALORACION Y MANEJO POR FISIATRIA. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SOBRE CUIDADOS DE LA COLUMNA." 12/10/2023: VALORACIÓN POR FISIATRÍA: DANY ALEXANDER GUTIERREZ, MÉDICO FISIATRA: "CITA PRIMERA VEZ FISIATRIA: OCUPACIÓN SERVIDOR JUDICIAL PROCEDENTE MANIZALES-CALDAS No ha presentado sintomas de infecón por SARS COV 2 ha estado en contacto cand con pecentes infectados Se un adecuadamente los elementos de protección personal necesarios y suficientes pars in etendon segure del paciente y prevent contagio de enfermedades infecciosas teniendo en cuenta las recomendaciones de MINSALUD y el instituto nacional de salud. PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE LUMBALGIA CRONICA. 2 OBESIDAD GRADO. S: PACIENTE CON CUADRO DE MESES DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR INTERMITENTE EN REGION LUMBAR RELACIONADO CON LA FLEXIÓN DEL TRONCO Y CEDE CON EL REPOSO NO IRRADIADO, SIN PRESENCIA DE PARESTESIAS NI OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE REFIERE QUE SINTOMATOLOGIA SE HA EXACERBADO EN EL ULTIMO TIEMPO RELACICANDO CON CAMBIO DE LUGAR DE RESIDENCIA POR SU TRABAJO, GENERANDO AUMENTO EN CARGA LABORAL ADEMAS DE REQUIRIIR MULTIPLES TRASLADOS EN CARRETERA POR MAS DE 3 HORAS VALORADO POR NEUROCIRUGIA Y ORTOPEDIA QIENES DESCARTA NECESIDAD DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MANEJOS PREVIOS CON BAJA RESPUESTA ACETAMINOFEN HIDROCODONA, TERAPIA FISICA MANEJOS CON BUENA REPSUESTA PREGABALINA. ESTUDIOS: 11023 RM DE COLUMNA LUMBOSACRA:- Espondilosis lumbar Cambios degenerativos en los discos Interventebrales L3-L4, L4-L5 y L5-S1-Hemia discal central L4-L5. ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: HTA, DISLIPIDEMIA. FARMACOLOGICOS: LOSARTAN AMLODPINO, HCZ, ATORVASTATINA. QX NIEGA. ALERGICOS NIEGA. FAMILIARES PADRE HTA MADRE: CA GASTRICO EXAMEN FISICO: PESO 95 KG TALLA 168 CM IMC 33.7 OSTEOMUSCULAR DOLOR A LA PALPACIÓN DE MUSCULATURA PARAVERTEBRAL A NIVEL LUMBOSACRO, CON LIMITACION EN ARCOS DE MOVIMIENTO, CONTRACTURA A NIVEL DE ISQUITIBIALES, NO LASEGUE NO BRAGRAD NEUROLOGICO ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, FUNCIONES MENTALES SUPERIORES CONSERVADAS, FUERZA DE 5 EN 4 EXTREMIDADES. PACIENTE CON CUADRO DE LUMBALGIA DE CARACTERISTICAS MECÁNICAS, SIN SIGNOS DE RADICULOPATIA CON PRESENCIA DE CONTRACTURA EN MUSCULOS PARA ESPINALES E ISQUITIBIALES QUE FAVORECEN EL DOLOR CUENTA CON ESTUDIO IMAGENOLÓGICO EL CUAL NO MUESTRA UN COMPROMISO IMPORTANTE QUE AMERITE ESTUDIOS ADICIONALES O REMISIÓN A CIRUGIA DE COLUMNA, CON BAJA RESPUESTA Y TOLERANCIA A LAS TERAPIAS FÍSICAS, DADO LO ANTERIOR SE DECIDE INICIAR MANEJO CON HIDROTERAPIA COMO PRUEBA TERAPEUTICA, CONTINUAR MANEJO CON PLAN CASERO, CICLO DE RELAJANTE MUSCULAR, COTNINUA NEUROMODULADOR Y SE INCIA ANALGESICO A HORARIO, EN CASO DE NO MEJORIA SE DEFINIRA NUEVAS CONDUCTAS A SEGUIR SE DAN RECOMENDACIONES LABORALES GENERALES POR ESTE SERVICIO, SE REMITE A SALUD OCUPACIONAL O MEDICINA LABORAL DE SU EMPRESA (AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SU EMPRESA) PARA EVALUCION DE PUESTO DE TRABAJO Y DEFINIR RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES PERTIENTES (ARTÍCULO 1 DE LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 05 DE JUNIO DE 2009). +FISIATRIA EN 3 MESES. + HIDROTERAPIA 10 SESIONES PRIORTIARIA, + TRAMADOL 50 MG CADA 12 HORAS POR 90 DIAS +TIZANIDINA 4 MG NOCHE POR 30 DIAS, +SALUD OCUPACIONAL O MEDICINA LABORAL DE SU EMPRESA (AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL +RECOMENDACIONES LABORALES POR 3 MESES, REALIZAR

PAUSAS ACTIVAS CADA HORA DURANTE TRABAJO DE SU EMPRESA). 5 A 10 MINUTOS, ALTERNAR POSICION BIPEDA Y SEDENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL, NO PUEDE LEVANTAR NI CARGAR OBJETOS PESADOS DE MAS DE 5 KGS DE PESO, EVITAR POSTURA DE CUNCLILLAS Y/O TORCION DE TRONCO PERMANENTE, MANTENER POSICIONES DE COMFORT DE COLUMNA SIN EXCEDERE FLEXION DE 45 A 50 GRADOS CON ALTERNANCIA CADA 30MINUTOS". 01/11/2023: VALORACIÓN POR MEDICINA LABORAL, SURA, MARÍA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE, MÉDICA LABORAL: "Cordial Saludo: Por medio de la presente enviamos el concepto médico emitido por el área de Medicina Laboral. El paciente en mención cursa con PATOLOGIA DE COLUMNA. Desde esta área se le ha indicado continuar con su actividad laboral y se le expiden las siguientes recomendaciones de carácter FUNCIONAL. Recomendaciones: ? Puede levantar y transportar pesos de forma manual hasta de 12 kg. Puede realizar movimientos de columna lumbar de forma ocasional, evite la flexión. extensión y rotación de manera repetitiva o sostenida. Recuerde que siempre es preferible empujar que arrastrar. Para coger un objeto situado a gran altura, acostumbrese a hacer movimientos conservando siempre su espalda recte y recuerde que para levantar objetos, debe flexionar siempre sus rodillas y evitar la flexión pronunciada de su espalda. Cuando necesite realizar actividades o movimientos por debajo del nivel ombligo, recuerde que debe flexionar las rodillas, manteniendo la espalda recta y la cabeza alineada con is columna. Durante la posición de pies, alternar intermitente la flexión de caderas y rodillas elevando el miembro inferior sobre una pequeña plataforma. Verifique que los objetos que manipula en su dia a dia, no generen alta vibración, percusión, o requieran de la aplicación de golpes frecuentes para su funcionamiento. Puede realizar marchas cortas y subir y bajar escaleras de forma esporádice. Recomendaciones básicas: Observar el espacio al pisar y poner el ple de forma complete y segura en la superficie, utilizar siempre el apoya manos, caminar a un ritmo natural y procurar caminar sobre terrenos nivelados, a un ritmo cómodo para usted, que no genere dolor incapacitante. Duerma de medio lado sobre un colchón firme y con una almohada entre las piernas. Lea o vea televisión sentado; evite hacerlo acostado. Puede realizar viajes por carretera menores a 3 horas de duración. Evite viajar por carreteras destapadas. Pausas dinámicas, dos en la mañana, dos en la tarde, con énfasis en la columna lumbar Evite alteraciones en el peso. Mantenga un plan de autocuidado con hábitos saludables como complemento a su proceso de rehabilitación, en el cual incluya alimentación saludable y actividad fisice como caminar. nadar y realizar rutinas de relajación. Estas recomendaciones, por ser funcionales, aplican para su vida diaria, perduran en el tiempo en tanto persista el diagnóstico que motivó las mismas. Debe continuar recibiendo las prestaciones asistenciales requeridas de acuerdo a las recomendaciones médicas y a la evolución de su patologia. Debe informar a su empleador sobre sus condiciones de salud y las anteriores recomendaciones para poder ser implementadas dentro del ambiente laboral, si es que le aplican El empleador es responsable de ordenar las evaluaciones médicas ocupacionales post incapacidad o por reintegro, para idensificar condiciones de salud que puedan verse agravadas o que puedan interferir en la labor de acuerdo con la resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, y en estas evaluaciones se emitirán los conceptos sobre restricciones existentes y las recomendaciones que sean pertinentes desde el ámbito laboral y el tiempo durante el cual se deben aplicar. De antemano agradezco su atención, cualquier inquietud con gusto se la resolveremos." SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA: 07/11/2023: DOCTOR MOISES DAVID LOPEZ ILGESIAS: "ORTOPEDIA / PACIENTE ATENDIDO CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD VIGENTES PACIENTE CON HISTORIA DE HERNIA DE DISCO / PACIENTE REFIERE DOLOR 8/10 FLUCTUANTE EN REGION LUMBAR POSTERIOR ACCIDENTE LABORAL DEL 2016, CON EPISODIOS FRECUENTES DE DOLOR POR 3 MESES DE EVOLUCION DOLOR QUE SE IRRADIA A MUSLO POSTERIOR LATERAL AMA LIMTADOS POR DOLOR RETRACCION MUSCULAR DE ISQUIOTIBIALES, MARCHA Y POSTURA ANTALGICA PACIENTE TIENE REPORTE DE RMN CON ESPONDILOSIS LUMBAR, CAMBIOS DEGENERATIVOS DISCOS INTERVERTEBRALES L3-14, 145, 15:51 HERNIA DISCAL CENTRAL L4-L5. PLAN DE TRATAMIENTO: RECOMENDACIONES MEDICAS EN CASA / SS ELECTROMIOGRAFIA MAS NEUROCONDUCCION DE

	MIEMBROS INFERIORES PARA EVALUACION DE RADICULOPATIA CITA CONTROL ORTOPEDIA CON RESULTADOS PARA EVALUAR. DIAGNÓSTICOS-CIE-10: 507192 [M511) trastomo de disco lumbar y otros con radiculopatia."

REVISION POR SISTEMAS

ORGANO O SISTEMA

ORGANOS DE LOS SENTIDOS	NO REFIERE
CARDIORESPIRATORIO	NO REFIERE
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE
GENITOURINARIO	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE
PIEL Y FANERAS	NO REFIERE
LOCOMOTOR	NO REFIERE
MENTAL	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
HEMATOLOGICO Y LINFATICO	NO REFIERE
ORGANO O SISTEMA	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

INFORMACION GENERAL

PESO (kg)	94.7
TALLA (cm)	167
INDICE MASA CORPORAL(IMC)	33.96
CLASIFICACION	Obesidad
PRESION ARTERIAL SENTADO	135/85
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	135
PRESION ARTERIAL ACOSTADO	
PRESION ARTERIAL DE PIE	
FRECUENCIA CARDIACA (min)	87
TRATAMIENTO PARA HIPERTENSION	SI
RITMICO	SI
PULSO (min)	87
FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	14
PERIMETRO ABDOMINAL(cm)	109
TEMPERATURA	

DOMINANCIA

DOMINANCIA	DIESTRO

ORGANO O SISTEMA

ASPECTO GENERAL	NORMAL
PIEL Y FANERAS	NORMAL
CABEZA	NORMAL
CARA	NORMAL

OJOS

GLOBO OCULAR	NORMAL
PARPADOS	NORMAL
CONJUNTIVAS	NORMAL
ESCLEROTICAS	NORMAL
PUPILAS	NORMAL
CORNEAS	NORMAL
FONDO DE OJO	NORMAL
AGUDEZA VISUAL	NORMAL

OIDOS

PABELLON	NORMAL
OTOSCOPIA	NORMAL

NARIZ

TABIQUE	NORMAL
MUCOSAS	NORMAL
CORNETES	NORMAL
SENOS PARANASALES	NORMAL

BOCAFARINGE

LABIOS	NORMAL
LENGUA	NORMAL
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL
ATM	NORMAL
PALADAR	NORMAL
DENTADURA	NORMAL
OTRO	NORMAL

CUELLO-TORAX	
CUELLO/TIROIDES	NORMAL
TORAX	NORMAL
CARDIORESPIRATORIO	
PULMONES	NORMAL
CORAZON	NORMAL
GASTROINTESTINAL	
ABDOMEN	NORMAL
VISCERAS	NORMAL
NEUROLOGICO	
NEUROLOGICO	NORMAL
TEST VERTIGO	NORMAL
ROMBERG	
ROMBERG SENSIBILIZADO	
UNTERBERGER	
LOCOMOTOR	
LOCOMOTOR	NORMAL
GENITOURINARIO	
GENITALES	NORMAL
HERNIAS	NORMAL
EXTREMIDADES	
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL
TINEL	NEGATIVO
PHALEN	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO
VARICES(GRADO)	NORMAL
ESTADO MENTAL	
ESTADO MENTAL APARENTE	NORMAL
OTROS	
OTROS	NORMAL
EXAMEN OSTEOARTICULAR	
BALANCE PELVICO	NORMAL
DESVIACION LATERAL	NO DESVIACION
LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES	
DERECHA	
IZQUIERDA	
EXAMEN	
EXAMEN OSTEOARTICULAR	NORMAL
.	1768
EXAMEN DE COLUMNA	
INSPECCION	
INSPECCION	NORMAL
SIMETRIA(PA)	NORMAL
CURVATURA(lat)	NORMAL
PALPACION	
PALPACION	NORMAL
DOLOR	NORMAL
ESPASMO	NO PRESENTA
MOVILIDAD	
MOVILIDAD	NORMAL
FLEXION	NORMAL
EXTENSION	NORMAL
FLEXION LATERAL	NORMAL
ROTACION	NORMAL
MARCHA	
MARCHA	NORMAL
POLIGONO DE SUSTENTACION	NORMAL
PUNTAS	NORMAL
TALONES	NORMAL
SIGNO	
LASSEGUE	NEGATIVO
TEST DE WELLS	
TEST DE WELLS	NORMAL
TEST DE SHOBER	

TEST DE SHOBER	NORMAL
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR	
EXAMEN DE REFLEJOS	NORMAL
.	1768
EXAMENES PARACLINICOS	
PARACLINICOS	
AUDIOMETRIA	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
ESPIROMETRIA	NORMAL
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL
RADIOGRAFIA TORAX	NORMAL
RADIOGRAFIA COLUMNA	NORMAL
PRUEBAS PSICOLOGICAS	NORMAL
OTROS	NORMAL
EXAMENES PARACLINICOS	
ESPIROMETRIA	
ELECTROCARDIOGRAMA	
RADIOGRAFIA TORAX	
RADIOGRAFIA COLUMNA	
PRUEBA PSICOLÓGICA	
OTROS	
DIAGNOSTICOS	
DIAGNOSTICO 1	Z100: Examen de salud ocupacional
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 2	I10X: Hipertensión esencial (primaria)
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 3	E785: Hiperlipidemia no especificada
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 4	M519: Trastorno de los discos intervertebrales, no especificado
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 5	M545: Lumbago no especificado
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 6	E669: Obesidad, no especificada
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
DIAGNOSTICO 7	H527: Trastorno de la refracción, no especificado
ORIGEN DE LA ENFERMEDAD	ENFERMEDAD GENERAL
IMPRESION DIAGNOSTICA	F412: Trastorno mixto de ansiedad y depresión Z720: Problemas relacionados con el uso del tabaco
OBSERVACIONES	
DETERMINACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR FRAMINGHAM	
COLESTEROL TOTAL	
COLESTEROL HDL	
CATEGORIA DE RCV	NO SE PUEDE CALCULAR POR NO SOLICITUD DE LABORATORIOS
PUNTAJE TOTAL	
% DE RIESGO A 10 AÑOS	NO SE PUEDE CALCULAR POR NO SOLICITUD DE LABORATORIOS
CONCEPTO	
CONCEPTO	Con restricciones médicas para el cargo. (Ver restricciones).
CONCEPTO ESPECIFICO	
Sin restricciones médicas para trabajo en alturas	
Sin restricciones médicas para trabajo en espacios confinados	
Sin restricciones médicas para trabajo con riesgo eléctrico	
Sin restricciones médicas para trabajo en temperaturas extremas	
Sin restricciones médicas para conducción de vehículos	
Sin restricciones médicas para manipulación de alimentos	
Sin restricciones médicas para operar puente grua y montacarga	
Sin restricciones médicas para brigadista	
Sin restricciones médicas para trabajo en altitudes mayor a 2500mts snm	
Sin restricciones para trabajo en horario nocturno	
Sin restricciones para manipulación de cargas	
Sin Restricciones para trabajo con radiaciones ionizantes	
RESTRICCIONES	
TRABAJO EN ALTURAS (MAYOR A 1.5 MTS DESDE EL PISO)	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN ALTITUDES MAYOR A 2.500 MTS SNM	
OBSERVACIONES	

TRABAJO EN TEMPERATURAS EXTREMAS	
OBSERVACIONES	
TRABAJO CON RIESGO ELÉCTRICO	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
OBSERVACIONES	
TRABAJO EN SITIOS CON RECURSOS MÉDICOS LIMITADOS	
OBSERVACIONES	
VIAJES	SI
OBSERVACIONES	
PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS.	
OBSERVACIONES	
PARA LEVANTAMIENTO DE CARGAS	
OBSERVACIONES	
PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	
OBSERVACIONES	
PARA BRIGADISTA	
OBSERVACIONES	
OTRAS	SI
OBSERVACIONES	
RESTRICCIONES ADICIONALES	RESTRICCIONES TEMPORALES, POR 6 MESES O SEGÚN NUEVAS INDICACIONES Y/O RECOMENDACIONES DADAS POR MÉDICOS TRATANTES DE SU EPS: - PUEDE LABORAR EVITANDO REALIZAR DESPLAZAMIENTOS QUE IMPLIQUEN EXPONERSE A VIBRACIONES CONTINUAS, EN ESPECIAL EN COLUMNA. - PUEDE LABORAR ALTERNANDO LA POSICIÓN DE BIPEDESTACIÓN (DE PIE) Y SEDENTE (SENTADO) DE MANERA REGULAR, MÍNIMO CADA MEDIA HORA. - PUEDE LABORAR PERMITIENDO ESTAR LO MÁS CERCA DE SU RED DE APOYO PRIMARIO, ASÍ COMO PERMITIENDO ASISTIR A CONTROLES DE SUS PATOLOGÍAS EN SU EPS O EN DONDE LE SEA REQUERIDO. - PUEDE LABORAR REALIZANDO MARCHAS CORTAS NO SUPERIORES A 30 MINUTOS, ESTAS CAMINATAS DEBEN REALIZARSE POR TERRENO PLANO, EVITANDO TERRENO IRREGULAR, PUEDE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS EVENTUALMENTE CON PRECAUCIÓN Y CUIDADO. PUEDE LABORAR EVITANDO LA ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN DE MULTITAREAS Y/O SOBRECARGA LABORAL. PUEDE LABORAR, EXPONIÉNDOSE A SITUACIONES Y ACTIVIDADES QUE SE IDENTIFIQUEN QUE NO SON DESENCADENANTES DE LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA ACTUAL. PUEDE LABORAR EN HORARIO DIURNO (NO NOCTURNO), SIN REALIZAR HORAS EXTRAS DIARIAS (TURNOS MÁXIMOS DE 8 HORAS). - CONTROL POR MEDICINA LABORAL A NECESIDAD DE ESPECIALIDADES TRATANTES DE SU EPS Y/O CON HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA.

RECOMENDACIONES GENERALES

REMISION A EPS	
OBSERVACIONES	
CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
OBSERVACIONES	- SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES DE SUS PATOLOGÍAS DE ORIGEN COMÚN EN SU EPS, QUE NO LE AFECTAN PARA SU LABOR. - SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES DE SU PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR, QUE EN EL MOMENTO LO RESTRINGE PARA LABORAR.
COMPLEMENTAR ESQUEMA DE VACUNACION	
OBSERVACIONES	
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
OBSERVACIONES	
SUSPENDER TABAQUISMO	
OBSERVACIONES	
REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	
OBSERVACIONES	
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
OBSERVACIONES	
USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR	
OBSERVACIONES	
CALIFICACION DE ORIGIEN EPS / ARL	
OBSERVACIONES	
OTRAS	

OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES GENERALES	
RECOMENDACIONES ADICIONALES	NOTA: PACIENTE QUIÉN EN EL MOMENTO DE LA PRESENTE CONSULTA DE MEDICINA LABORAL, TIENE INCAPACIDAD VIGENTE, EMITIDA POR MÉDICO ORTOPEDISTA DE SU EPS, EL DÍA DE HOY, POR 15 DÍAS, LA CUAL FINALIZA EL DÍA 21/11/2023, POR LO CUAL LAS RESTRICCIONES QUE SE EMITEN EN ESTA HISTORIA CLÍNICA EMPIEZAN A PARTIR DE FINALIZADA DICHA INCAPACIDAD Y TENDRAN VIGENCIA POR 6 MESES.

OCUPACIONALES

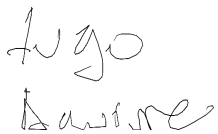
SEGUIMIENTO POR ARL	
OBSERVACIONES	
INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	- SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR. - SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DESÓRDENES MÚSCULOS ESQUELÉTICOS. - SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA CONSERVACIÓN VISUAL. - SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA EL CONTROL DE RIESGO PSICOSOCIAL.
USO DE EPP	SI
OBSERVACIONES	
ANALISIS PUESTO DE TRABAJO	
OBSERVACIONES	
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
OBSERVACIONES	
PAUSAS ACTIVAS	SI
OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE CARGAS	
OBSERVACIONES	
USO DE CORRECCION VISUAL	SI
OBSERVACIONES	
OTRAS	
OBSERVACIONES	
RECOMENDACIONES ADICIONALES	- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS, SEGÚN LA NECESIDAD DE SU LABOR. - SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL. - SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LOS QUE CONSIDERE LA EMPRESA PARA EL CONTROL, MITIGACIÓN Y PROPAGACIÓN DE LA COVID-19.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

JESUS ALEJANDRO OSORIO GÉLVEZ
88267838
RM: RM 22742 LSO 74700
Firma y sello del médico evaluador



AGUIRRE OROZCO HUGO ARMANDO
Documento: CC 75064083
Firma del trabajador

Manizales, Noviembre 01 de 2023.

Señor
HUGO ARMANDO AGUIRRE OROZCO
CC 75064083
CALLE 50 N. 29-34. VERSALLES
haaguirre13@hotmail.com
6068862269 - 3172564293
Ciudad

Cordial Saludo:

Por medio de la presente enviamos el concepto médico emitido por el área de Medicina Laboral. El paciente en mención cursa con **PATOLOGÍA DE COLUMNA**. Desde esta área se le ha indicado continuar con su actividad laboral y se le expiden las siguientes recomendaciones de carácter **FUNCIONAL**

Recomendaciones:

- Puede levantar y transportar pesos de forma manual hasta de 12 kg.
- Puede realizar movimientos de columna lumbar de forma ocasional, evite la flexión, extensión y rotación de manera repetitiva o sostenida.
- Recuerde que siempre es preferible empujar que arrastrar. Para coger un objeto situado a gran altura, acostúmbrese a hacer movimientos conservando siempre su espalda recta y recuerde que para levantar objetos, debe flexionar siempre sus rodillas y evitar la flexión pronunciada de su espalda.
- Cuando necesite realizar actividades o movimientos por debajo del nivel ombligo, recuerde que debe flexionar las rodillas, manteniendo la espalda recta y la cabeza alineada con la columna.
- Durante la posición de pies, alternar intermitente la flexión de caderas y rodillas elevando el miembro inferior sobre una pequeña plataforma.
- Verifique que los objetos que manipula en su día a día, no generen alta vibración, percusión, o requieran de la aplicación de golpes frecuentes para su funcionamiento.
- Puede realizar marchas cortas y subir y bajar escaleras de forma esporádica. Recomendaciones básicas: Observar el espacio al pisar y poner el pie de forma completa y segura en la superficie, utilizar siempre el apoya manos, caminar a un ritmo natural y procurar caminar sobre terrenos nivelados, a un ritmo cómodo para usted, que no genere dolor incapacitante.
- Duerma de medio lado sobre un colchón firme y con una almohada entre las piernas.
- Lea o vea televisión sentado; evite hacerlo acostado.
- Puede realizar viajes por carretera menores a 3 horas de duración. Evite viajar por carreteras destapadas.
- Pausas dinámicas, dos en la mañana, dos en la tarde, con énfasis en la columna lumbar.
- Evite alteraciones en el peso.
- Mantenga un plan de autocuidado con hábitos saludables como complemento a su proceso de rehabilitación, en el cual incluya alimentación saludable y actividad física como caminar, nadar y realizar rutinas de relajación.

Estas recomendaciones, por ser funcionales, aplican para su vida diaria, perduran en el tiempo en tanto persista el diagnóstico que motivó las mismas.

Debe continuar recibiendo las prestaciones asistenciales requeridas de acuerdo a las recomendaciones médicas y a la evolución de su patología.

Debe informar a su empleador sobre sus condiciones de salud y las anteriores recomendaciones para poder ser implementadas dentro del ambiente laboral, si es que le aplican.

El empleador es responsable de ordenar las evaluaciones médicas ocupacionales post incapacidad o por reintegro, para identificar condiciones de salud que puedan verse agravadas o que puedan interferir en la labor de acuerdo con la resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, y en estas evaluaciones se emitirán los conceptos sobre restricciones existentes y las recomendaciones que sean pertinentes desde el ámbito laboral y el tiempo durante el cual se deben aplicar.

De antemano agradezco su atención, cualquier inquietud con gusto se la resolveremos.

MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE.
Médico Laboral
Interconsultas Ltda.

FORMATO INSPECCIÓN CONDICIONES PUESTO DE TRABAJO

Datos de los Servidores								
Nombre y Apellidos:	HUGO ARMANDO AGUIRRE OROZCO				Fecha:	22/08/2023		
N° Identificación:	CC 75.064.083	Edad::	52	Años	Sexo:	F	X	
Cargo:	Oficial Mayor Circuito				Antigüedad en el Cargo:	0	Años	
Seccional:	Manizales		Municipio:	La Dorada				
Edificio:	Palacio de Justicia		Área/Despacho:	Juzgado 002 de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad				
Email personal / institucional	haguirro@cendoj.ramajudicial.gov.co							
Teléfono y/o Celular:	(+57) 3172564293							
Dominancia Manual:	Diestra		Estatura:	1,69	Peso: 89 Kg	IMC:	31,22 Obesidad I	
Actividad física por lo menos tres veces a la semana:	No				Cual:	Ninguna		
Antecedentes Músculo-esqueléticos:	Lumbalgia mecánica crónica secundario a Accidente laboral. Actualmente sintomático intermitente en región lumbar.							
Antecedente Patologicos	X		¿De qué tipo?	Mental ____	Organico __X__	Motriz ___X___		
Trabajo presencial:	X	Trabajo virtual:			Trabajo mixto:			
Condiciones de la Tarea								
¿Que procesos o actividades durante la jornada laboral se le dificulta más?	Digitar en el computador:	**NO**	Levantamiento de cargas:	**NO**	Atención al publico:	**NO**		

Condiciones del Puesto de Trabajo	**SI**	**NO**	**N/A**
Silla			
¿La silla es estática?		X	
¿La altura del asiento es regulable y permite mantener los rangos del usuario?	X		
¿La superficie del asiento y respaldo es acolchado con los bordes redondos?	X		
¿La silla es cómoda (confort) acorde a las condiciones anatómicas de la persona?	X		
¿La silla tiene cinco apoyos con ruedas?	X		
¿La silla cuenta con apoyabrazos con mecanismos ajustables en altura y/o profundidad?		X	
¿El respaldo es ajustable hacia adelante o hacia atrás? (Inclinación anterior y posterior)	X		
¿El respaldo de la silla da apoyo dorsal y lumbar con mecanismos ajustables en altura y profundidad?	X		
¿El asiento de la silla tiene mecanismos ajustable en profundidad?		X	
¿Ha recibido mantenimiento la silla en el último año? (preventivo y/o correctivo)		X	
¿El ciclo de vida útil de la silla es igual o superior a los 3 años?	X		
OBSERVACIONES: El cilindro neúmatico se baja cada 30 minutos y es necesario ajustar la altura manualmente varias veces durante la joranada laboral.			
Pantalla			
¿Existe resplandor en la pantalla de la computadora debido a la iluminación o las ventanas?		X	
¿Presenta inclinaciones? (permit ajuste hacia delante y atrás la pantalla)	X		
¿La altura de la pantalla es ajustable en giro, inclinación y altura?		X	
¿La pantalla se encuentra a 50-70 cms de distancia de la cabeza?	X		
¿La línea superior de la pantalla esta horizontal a los ojos formando un ángulo de cero grados?	X		
¿La pantalla se encuentra ubicada de frente al trabajador?	X		
¿Utiliza más de una pantalla de forma simúltanea?	X		
SI utiliza ambas pantallas, ¿Se encuentran al mismo nivel de altura?			X
OBSERVACIONES: Ninguna.			
Escritorio			
¿Utiliza superficie de trabajo tipo L?	X		
¿Utiliza superficie de trabajo tipo lineal?		X	
¿Tiene mecánismos ajustable en altura?	X		
¿La profundidad mínima del escritorio es 70 cms y longitud de 150 cms?	X		
¿El teclado y Mouse se encuentran a la misma altura y paralelos?	X		
¿Utiliza porta teclado?		X	
¿Existe un espacio de 10 cm suficiente para poder apoyar las muñecas?	X		
¿La altura de la mesa está a la altura del codo o algo inferior?	X		
¿Los elementos de uso frecuente se encuentran cerca y de frente al cuerpo?	X		
¿El espacio debajo del escritorio permite colocar y hacer cambios de la posición de las piernas?	X		
¿Dispone de archivador bajo el escritorio?		X	
En caso afirmativo ¿éste se encuentra en buenas condiciones estructurales y de funcionamiento?		X	
¿Dispone de manijas o asas para su utilización?		X	
¿Está el teclado a una altura apropiada para mantener las muñecas en una posición neutral?	X		
¿Tiene que estirarse el Servidor para poder alcanzar el teclado?		X	
¿Está la muñeca del empleado en una posición neutral al usar el ratón?	X		
¿Usa el servidor el brazo entero al mover el ratón?		X	
¿Está el ratón junto al teclado, o tiene que estirarse el servidor para alcanzarlo?	X		
¿Si no esta usando el mouse, el servidor conserva su mano sobre el ratón?		X	
OBSERVACIONES: Ninguna			

Dimensiones del mobiliario:	1,50 x 1,50 metros Tipo L

Portatil			
¿Cuenta con base para ajustar la altura del portátil?			**X**
¿Cuenta con mouse y teclado externo?			**X**
OBSERVACIONES: NO utiliza computador portátil institucional.			
Apoyapiés o reposapiés			
¿La inclinación del apoyapiés es ajustable entre 0° y 15° sobre el plano horizontal?		**X**	
¿Las superficies antideslizantes, tanto en la zona superior para los pies como en sus apoyos para el suelo?		**X**	
OBSERVACIONES: NO utiliza apoyapies.			
Levantamiento y Descenso de cargas	**SI**		**NO**
¿El tronco de inclina hacia el lado respecto a la vertical (lateralización)?			**X**
¿Existe torsión (rotación) de tronco?			**X**
¿Se requiere tomar/dejar objetos bajo la altura de los nudillos?			**X**
¿Se requiere estirar los brazos para manejar la carga?			**X**
¿La carga se encuentra superior o igual a un metro de distancia horizontal?			**X**
¿Levantamiento / descenso de cargar con una sola mano?			**X**
¿Carga voluminosa o difícil de sujetar?			**X**
¿El peso de la carga manejada (Hombres mayor 25 Kg - Mujeres mayor 12,5 Kg)?			**X**
¿Se cuenta con herramientas y/o equipos ADECUADOS de apoyo para el levantamiento y/o traslado de cargas?			**X**
¿Las herramientas y/o equipos cuentan con asas o manijas?			**X**
¿Las herramientas y/o equipos son cómodos durante su uso?			**X**
¿Al hacer uso del carro o ayuda mecanica se desliza con facilidad por el terreno?			**X**
OBSERVACIONES: SI existen ayudas mecánicas pero dentro de las funciones del servidor actual, NO es la manipulación de dicho equipo.			

Condiciones Ambientales	SI		N/A
¿Tiene suficiente iluminación el lugar de trabajo para poder realizar las tareas?	X		
¿El predominio de iluminación en su oficina es de origen natural?			X
¿Tiene persianas o dispositivos para el control de la entrada de luz natural?	X		
¿Estos mecanismos de control de iluminación permiten ser ajustables de acuerdo a las necesidades?	X		
¿Utiliza iluminación específica para leer y realizar trabajos en el escritorio?			X
¿Las luminarias se encuentran en mal estado			X
¿Las luminarias se encuentran perpendicular y/o lateral al trabajador?	X		
¿Hay presencia de ruido excesivo o molesto?			X
¿La temperatura en el sitio de trabajo es agradable?			X
¿La temepratura es estable a lo largo de la jornada laboral?	X		
¿Es adecuado el orden y aseo del puesto de trabajo?	X		
¿Existe presencia de humedades?	X		
¿Utiliza diadema y/o audifonos para reuniones o videoconferencias?	X		
¿La diadema y/o audifono se encuentra en correcto estado de funcionamiento?	X		
¿La diadema y/o audifono cuentan con los dispositivos de protección en buen estado?	X		
¿Utiliza mecanismos que permtan la regulación del volumen?	X		
OBSERVACIONES: Al día de hoy existen goteras y húmedades en el despacho judicial.			
Sugerencias al Servidor / Servidora / Servidores	**SI**		**NO**
Participar en Pausas Saludables / Visuales / Cognitivas	X		
Creación de habitos de vida saludable	X		
Higiene postural y correcta utilización del mobiliario.	X		
Reeducación de la mecánica corporal para la realización de la tarea.	X		
Fomentar el auto cuidado con el fin de mantener sus factores protectores	X		
Seguimiento por EPS y/o ARL	X		
Pautas de orden y aseo en la estación de trabajo.			X
Direccionamiento en caso de EL y/o AT	X		
Reubicar obstáculos debajo del escritorio			X
Sugerencias a la Entidad	**SI**		**NO**
Mantenimiento del mobiliario (silla-apyapies-elevador de pantalla y mesa de trabajo)	X		
Requiere sustitución o dotación de escritorio o plano de trabajo según MEFS.			X
Requiere sustitución o dotación de silla ergonomica _____	X		
Requiere sustitución o dotación de elevador de pantalla o monitor ___X___ apoyapiés o reposapiés____X__	X		
Requiere sustitución o dotación de herramientas y/o equipos de apoyo para el levantamiento y/o traslado de cargas (carros) _____			X
Requiere ruteo o alargado de cableado del videoterminal.	X		
Dotación de escalerilla para el alcance de objetos y/o documentos			X
Seguimiento a recomendaciones medicas laborales actuales			X

Observaciones generales

El día de hoy se brindan las recomendaciones pertinentes para el uso correcto del mobiliario (Silla, escritorio, video terminales, entre otros) con el fin de utilizar un ambiente de trabajo cómodo y seguro en casa. Se sugiere alternancia postural y visual periódica cada 60 minutos complementaria con pausas activas saludables - duración de 3 a 5 minutos; disminuir indice de masa corporal (I.M.C) en complemento con practica de actividad física 3-4 veces a la semana de bajo impacto. **NOTA1**: Servidor que se encuentra activo en el SVE-DME de la entidad. Actualmente el servidor judicial manifiesta "que el problema no es el puesto d etrabjo, sino las jornadas laborales extensas + altos volumenes de trabajo, ya que debe iniciar desde las 7:00am y en su mayoría finalizan a las 9:00pm de lunes a viernes". **NOTA2**: Actividad ejecutada de forma virtual y bajo el consentimiento expreso del servidor judicial.

JHON BAYRON ARCILA ECHEVERRI
Firma Profesional Evaluador

HUGO ARMANDO AGUIRRE OROZCO
Firma del Servidor Judicial

CÓDIGO: F-SST-15	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA - CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LIDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN: 03	FECHA: 09/03/2023	FECHA:	FECHA: