



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 CÚMPLASE

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.

FORMATO 3. ROL OCUPACIONAL NIÑOS, NIÑAS MAYORES DE 3 AÑOS Y ADOLESCENTES
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 Afiliado | AFP Pensionado | ARL Empleador | Rama Judicial Otro |
| 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 |
| 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: Separado: | | Casado: Viudo: | Unión Libre: 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: |
| AFILIACIÓN 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: |
| 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**

| No | CÓDIGOS CIE 10 | DIAGNÓSTICO | DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACIÓN / CONDICIONES DE SALUD |
|----|----------------|-------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

Formula de Batazar: 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 = %

TITULO 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 gravi/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: = 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 | | | | | |
| | | | 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 Fisico | | | | |
| Psicólogo | | | | |
| Otro profesional de la salud (según corresponda) | | | | |

FORMATO 4. 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:

Básica: ANALFABETA: Preescolar: Primaria:

Tecnológica: Media: Universitaria: Post Grados:

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:

AFILIACIÓN 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 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

| No | CODIGOS CIE 10 | DIAGNOSTICO | DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD |
|----|----------------|-------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

