



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL

SGC

TRASLADO A LA PARTES DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS POR LAS ENTIDADES OFICIADAS, PARA QUE SI BIEN A LO TIENEN EJERZAN SU DERECHO DE CONTRADICCIÓN

FECHA: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2017.

HORA: 08:00 AM.

MAGISTRADO PONENTE: DR LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.

RADICACIÓN: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.

CLASE DE ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS

DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA Y OTROS

ESCRITO DE TRASLADO: TRASLADO A LAS PARTES DE DOCUMENTOS APORTADOS POR LAS ENTIDADES OFICIADAS.

OBJETO: TRASLADO DOCUMENTOS.

FOLIOS: 454-48, 490-496

Las anteriores documentos aportados por la DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DE LA ARMADA-, se le da traslado legal por el término de tres (3) días hábiles a las partes, para que si bien lo tienen ejercen su derecho de contradicción; de conformidad con lo dispuesto en la providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016; Hoy, Quince (15) de Septiembre de Dos Mil Diecisiete (2017) a las 8:00 am.

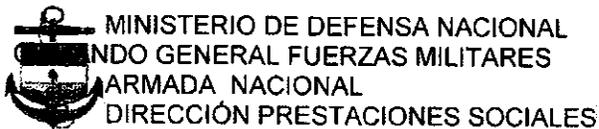
EMPIEZA EL TRASLADO: DIECIOCHO (18) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2017), A LAS 08:00 AM.

JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

VENCE EL TRASLADO: VEINTE (20) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2017), A LAS 05:00 PM.

JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

454



No. 20160042360447601 / MDN-CGFM-CARMA-SECAR-JEDHU-DPSOC-1.9
Bogotá D.C. 20-09-2016

Señores
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
Centro, Avenida Venezuela Edificio Nacional, Primer Piso.
Teléfono 664 2718 – stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cartagena D. T. y C.

Asunto: Respuesta a requerimiento Judicial Oficio No.0683 del 19 de septiembre de 2016.

PROCESO: REPARACION DIRECTA
MAGISTRADO: Dr. LUIS MIGUEL VILLALOBOS
RADICACIÓN: 13-001-23-33-000-2013-00598-00
DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA
DEMANDADO: MINDEFENSA – ARMADA NACIONAL.

En atención al oficio del asunto, que es el primero recibido en ese sentido y que fue allegado a esta Dirección mediante correo electrónico el día 20 de septiembre de 2016, adjunto al presente remito al Despacho Judicial copia del expediente prestacional del señor RALPHY RAFAEL REYES OJEDA, identificado con cédula de ciudadanía No.1.128.061.776, el cual consta de diecinueve (19) folios útiles y escritos.

En espera de haber atendido el requerimiento del Despacho de forma satisfactoria.

Atentamente,

Capitán de Fragata NANCY SUAREZ SUAREZ
Director Prestaciones Sociales Armada Nacional

Anexo: Diecinueve (19) folios útiles y escritos.

"Protegemos el Azul de la Bandera"
Línea Anticorrupción Armada Nacional 01 8000 11 69 69 – 24 horas
Cra 10 No. 27-27 Ed. Bachué – Conm 3692000 Ext 10531 Bogotá, Colombia
www.armada.mil.co – arcgpsoc@armada.mil.co

GEDOC-FT-001-AYGAR-V07



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL.

ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL N° 398. FOLIO 56.
REGISTRADA EN LA DIRECCION DE SANIDAD ARMADA
NACIONAL

- LUGAR Y FECHA :** Cartagena. Octubre 27 de 2010
- INTERVIENEN :**
 - Capitán de Fragata MAGDA GIOVANNA MURI LO BONILLA
Médico Representante de Sanidad Naval
 - Capitán de Fragata JOSE LUIS CUBIDAS CUBIDAS
Médico Representante de Sanidad Naval
 - Capitán de Corbeta HILDEBRANDO MORALEZ CAJAMARCA
Médico Representante de Sanidad Naval
- ASUNTO :** QUE TRATA DEL ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL MILITAR, QUE ESTUDIA EN TODAS SUS PARTES LOS DOCUMENTOS DE SANIDAD DEL CASO A VALORAR, CLASIFICANDO LA CAPACIDAD LABORAL, LESIONES, SECUELAS, INDEMNIZACIONES E IMPIDIBILIDAD AL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 15 DECRETO 1796 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2009, Y NORMAS CONCORDANTES ACORDANDO EL TEXTO Y CONCLUSIONES, DE ACUERDO CON LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS TRATANTES, PSIQUIATRIA - OFICIO NO. 003051 - 22 ABRIL/2010.

En Cartagena, a los 27 días del mes de Octubre de 2010, se reunieron los Médicos de Sanidad anteriormente anotados, para efectuar la Junta Médico Laboral al IMAR(R). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL después de estudiar en todas sus partes los documentos de Sanidad relacionados con el caso mencionado, acordamos el texto conclusiones del Acta de Junta que se transcribe a continuación:

I. IDENTIFICACION.

El Señor(a) IMAR(R). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL, Código Militar: 1128061776. Cédula de Ciudadanía No. 1128061776 de Cartagena. Fecha de Nacimiento: Agosto 14 de 1988, Natural de: San Andrés, Edad: 22 años, Dirección: Barrio Blas de Lezo Cuarta Etapa Manzana 45 Lote 23-Cartagena, Teléfono: 6615682-3126299175.

SECRETARIA DE DEFENSA
DIRECCION DE SANIDAD ARMADA NACIONAL

II. ANTECEDENTES

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

Se le ha practicado Junta Médica Laboral? SI X NO _____
Junta Médica No. 175 DE ABRIL 22 DE 2010 UNIDAD: HONAC DCL: 0.00 %

Se le ha practicado Consejo Técnico? SI _____ NO X

Se le ha practicado Tribunal Médico? SI _____ NO X

B. Antecedentes del Informativo

Sin Informe Administrativo por Lesiones.

III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS

PSIQUIATRÍA OCTUBRE 1 / 2010 DR. AMAURI GARCIA

FECHA INICIACION: Cuadro clínico iniciado en feb/2009, cambios en comportamiento, insomnio global, alucinaciones auditivas y visuales, ideas delirantes, referenciales, recibió tratamiento durante un año con antipsicóticos.

DIAGNOSTICO: Episodio psicótico agudo resuelto.

ETIOLOGIA: Multifactorial.

TRATAMIENTOS VERIFICADOS: Un año de tratamiento psicofarmacológico.

ESTADO ACTUAL: Asintomático.

IV. CONCLUSIONES

A- Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuclas

1. Episodio psicótico agudo resuelto.

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el servicio.

La(s) anterior(es) lesion(es) le determinan **NO LE DETERMINA INCAPACIDAD.**
NO APTO ✓

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

Presenta una disminución de la capacidad laboral del **CERO PUNTO CERO POR CIENTO (0.00 %)** - JMLP No. 175 /2010 con DCL Junta .000000 %

D. Imputabilidad del Servicio

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/00, le corresponde :

- 1. LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO(ES)

E. Fijación de los correspondientes índices.

De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 94/89, le corresponde los siguientes índices :

- 1. No Hay Lugar a Fijar Índices.

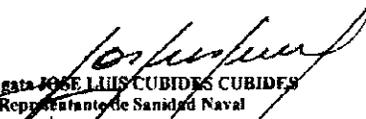
V. DECISIONES:

En presencia de los participantes se establece que la decisión de las conclusiones del numeral IV de la presente acta han sido tomadas por unanimidad y corresponde a la veracidad de los hechos.

VI. RECURSOS:

Contra la presente Acta de Junta Médico Laboral procede el recurso de solicitar convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en el Decreto 94/89, ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional, Tribunal Médico Laboral, 2 Piso, Teléfono 3150111 Ext 3405, Bogotá D.C.


 Capitán de Fragata **MAGDA GIOVANNA MURILLO BONILLA**
 Médico Representante de Sanidad Naval


 Capitán de Fragata **JOSE LUIS CUBIDES CUBIDES**
 Médico Representante de Sanidad Naval


 Capitán de Corbeta **HILDEBRANDO MORALEZ CAJAMARCA**
 Médico Representante de Sanidad Naval

16.000.000

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

ARMADA NACIONAL



NOTIFICACION

Se notificó personalmente al Señor(a) IMAR(R). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL, identificado con Cédula de Ciudadanía N°. 1128061776 de Cartagena, de las conclusiones del Acta de Junta Médico Laboral N°. 398 de 27 de octubre de 2010, registrada en la Dirección de Sanidad Armada Nacional, y se le hizo saber del derecho que tiene para reclamar por escrito ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional, elevando una solicitud de Convocatoria a Tribunal Médico Laboral y Revisión Militar con un plazo de cuatro (04) meses a partir de la fecha de la presente notificación de acuerdo al Artículo 29 del Decreto 94 de 1989.

NOTIFICADOR : DR. MARIO DE LEON PUELLO

NOTIFICADO : *Ralphy Rafael Reyes Ojeda*
IMAR(R). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL
CC. No. 1128061776 de Cartagena

ACOMPANANTE : *Roberto Reyes Berrío*
CC. No. *9050656* de *C/ Cartagena*
Parentesco: *Padre*

LUGAR Y FECHA : *Cartagena, Oct 29/10*

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
TRIBUNAL MÉDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICÍA

ACTA DE TRIBUNAL MÉDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR
Y DE POLICÍA No. 609 MDNSG-TML- 41 REGISTRADA AL
FOLIO No. 226 DEL LIBRO DE TRIBUNAL MÉDICO LABORAL.

LUGAR Y FECHA: Bogotá, D.C., 25 DE MAYO DE 2011

INTERVIENEN: **CF. MED. EDUARDO TRUJILLO GONZALEZ**
Representante Dirección de Sanidad Armada Nacional
DRA. LILIAN CHACON LAGUADO
Representante Dirección Sanidad Ejército Nacional
DR. CIRO JOEL JOYA HERNANDEZ
Representante Dirección de Sanidad Policía Nacional

ASUNTO: SESIÓN DEL TRIBUNAL MEDICO LABORAL DE REVISIÓN
MILITAR Y DE POLICÍA PARA ANALIZAR LAS
INCONFORMIDADES PRESENTADAS POR EL SEÑOR **IMAR(L).
REYES OJEDA RALPHY RAFAEL** IDENTIFICADO CON LA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.128.061.776 DE CARTAGENA
BOLIVAR, CONTRA LA JUNTA MÉDICA LABORAL No. 398 FOLIO
56 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2010 REALIZADA EN LA CIUDAD
DE CARTAGENA.

En Bogotá, D.C. el día 27 de abril del 2011, se reunieron los médicos integrantes del Tribunal Médico Laboral, con el fin de dar aplicación al artículo 21 del Decreto 1796 de 2000, actuando como última instancia de las reclamaciones contra las decisiones de las Juntas Médico Laborales, para lo cual se procederá a analizar:

I. SOLICITUD

El señor IMAR(L). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.128.061.776, expedida en Cartagena Bolívar, natural de San Andrés San Andrés, nacido el 14 de agosto de 1988, de 22 años de edad, residente en la Manzana 45 Lote 23 IV Etapa Barrio Blas de Lezo, Teléfono: 6615682-3126299175 Cartagena Bolívar, mediante oficio radicado en el Ministerio de Defensa Nacional el día 24 de febrero de 2011, realizó la convocatoria del Tribunal Médico al encontrarse inconforme con los resultados de la Junta Médica que le fue practicada, argumentando que: "1) Que el TRIBUNAL MEDICO LABORAL Y REVISION MILITAR REVOQUE el ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL Nro. 398 Folio 56 registrada en la dirección de Sanidad de la Armada Nacional en el Capítulo IV CONCLUSIONES ANTECEDENTES- LESIONES- AFECCIONES- SECUELAS a).- Episodio Psicótico Resuelto. Literales B- C- D- Y E- Aplicando el art 24 del Decreto 1796 -2.000 literal B, esto teniendo en cuenta que el IMAR REYES OJEDA RALPHY RAFAEL, en el ACTA de Junta Médico Laboral 398 Folio 56 se realizó el día 27 de Octubre de 2.010. Se diagnosticó en el Punto III-. Episodio Psicótico Agudo Resuelto. Sin embargo en el Mes de Enero de 2011, fui llevado nuevamente al Hospital Naval e internado en el pabellón de Siquiatría donde permaneci hasta mediado del Mes de Febrero de 2011. Esto indica que no me encuentro en PLENA CAPACIDAD, por lo que existe una DISMINUCION DE MI CAPACIDAD LABORAL".

Mediante Acto Administrativo No. 11-19707 MDNSG-TML-ASJUR-421 del 10 de marzo del 2011, el Señor Secretario General del Ministerio de Defensa Nacional en su calidad de

2011

Presidente del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, autorizó la presente convocatoria

II. ANTECEDENTES

Dentro del expediente del señor **IMAR(L). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL** aparece registrada la Junta Médico Laboral No. **398 FOLIO 56 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2010** realizada en la ciudad de Cartagena, y cuyas conclusiones determinaron:

II. ANTECEDENTES

- A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

Se le ha practicado Junta Médica Laboral? Si X NO
Junta Médica No. 175 DE ABRIL 22 DE 2010 UNIDAD:-HONAC DCL: 0.00%

Se le ha practicado Consejo Técnico? SI NO X

Se le ha practicado Tribunal Médico? SI NO X

- B. Antecedentes del Informativo

Sin Informe Administrativo por Lesiones.

III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS

PSIQUIATRIA OCTUBRE 1 / 2010 DR. AMAURI GARCIA

FECHA INICIACION: Cuadro clínico iniciado en Feb/2009, cambios en comportamiento, insomnio global, alucinaciones auditivas y visuales, ideas delirantes, referenciales, recibió tratamiento durante un año con antipsicóticos.

DIAGNOSTICO: Episodio psicótico agudo resuelto

ETIOLOGIA: Multifactorial.

TRATAMIENTOS VERIFICADOS: Un año de tratamiento psicofarmacológico.

ESTADO ACTUAL: Asintomático.

IV. CONCLUSIONES

A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas

1. Episodio psicótico agudo resuelto.

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el servicio.

La(s) anterior(es) lesión(es) le determinan **NO LE DETERMINA INCAPACIDAD.**
NO APTO

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral

Presenta una disminución de la capacidad laboral del CERO PUNTO CERO POR CIENTO (00%) JMLP No. 175/2010 con DCL Junta .0000000%.

D. Imputabilidad del Servicio

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/00, le corresponde:

LITERAL(A) EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZÓN DEL MISMO (EC)

US7
7

**HOJA Nº 03 CONTINUACIÓN ACTA TRIBUNAL MEDICO LABORAL Nº 609 FOLIO Nº 226
REALIZADA AL SEÑOR IMAR(L). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL**

E. Fijación de los correspondientes índices.

De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 94/89, le corresponde los siguientes índices:
1. No Hay Lugar a Fijar Índices.

IV. SITUACIÓN ACTUAL

El señor **IMAR(L). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL** se presentó a la sesión del Tribunal, y exhibió el documento de identidad No. **1.128.061.776**, expedida en Cartagena Bolívar en compañía de su padre el señor Roberto Reyes Berrio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 9.090.686 de Cartagena Bolívar.

Manifestó bajo la gravedad de juramento que no le ha sido practicado otro Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, por la misma Junta Médico Laboral objeto de la presente revisión. Acto seguido se le hizo saber que en el evento de faltar a la verdad el presente pronunciamiento no generará reconocimiento prestacional alguno y se tramitaran las acciones legales correspondientes.

Acto seguido se procedió a ponerle de presente el documento contentivo de la solicitud de convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía y se leyó el objeto de su petición, ante lo cual el paciente se ratificó en ella y agregó: Deseo pensión porque no me siento capaz de hacer cosas, porque se siente "BOBITO", manifiesta que ha estado hospitalizado en 8 veces de 8 a 20 días, en el Hospital Naval del Cartagena, última hospitalización fue en enero del 2011, durante 15 días, porque se encontraba "Dopado". Refiere que todo inicio al sentir miedo por la presión de que alguien lo perseguía, nunca estuvo en combate. No sabe porque inicio su enfermedad, no precisa el porque fue hospitalizado en la primera vez, dice que lo hospitalizaron porque lo mandaron al hospital, se muestra evasivo, dice que se ponía agresivo, no dormía bien. No traen formulas actuales, dice que esta medicado con Carbonato de litio (3 al día) Acido Valproico (3 al día) y Clonazepam (media en la noche). Manifiesta el padre que lo ve agresivo ha cambiado su forma de ser, que el hijo le quitó el fusil a un compañero, quería agredir a la gente y por eso lo hospitalizaron por 20 días y salió para la casa por dos meses no dormía y lo vuelven a hospitalizar. Anexa resúmenes de historia clínicas.

V. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Los integrantes del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía procedieron a efectuar examen físico al paciente evidenciando: Ingres a paciente por sus propios medios, adecuadamente vestido para la edad y sexo, respuesta coherentes al interrogatorio sencillo, no relata los hechos sucedidos con precisión, no sabe que sintomatología presentó cuando le inició su enfermedad. Orientado en persona, tiempo y lugar, no alucinaciones visuales ni auditivas.

VI. CONSIDERACIONES

Con el fin de resolver la situación médico laboral del señor **IMAR(L). REYES OJEDA RALPHY RAFAEL**, al cual le fue practicada Junta Médica Laboral No. **398 FOLIO 56 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2010** realizada en la ciudad de Cartagena, por parte de la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, con los resultados antes consignados y luego de cotejar las conclusiones de ésta con su estado médico laboral actual. Se examina al paciente, se revisan antecedentes medico laborales, documentación aportada por el calificado, así como la Junta Médico Laboral No. **398 FOLIO 56 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2010**, se evidencia en historia clínica de hospitalizaciones y evoluciones con diagnóstico de episodio psicótico agudo, por lo tanto se califica lo pertinente a esta secuela, y se califica como no apto para la actividad militar por artículo 59a del Decreto 094/89 y calificado como de origen común. Así las cosas, se decide por unanimidad Modificar las conclusiones de la Junta Médico Laboral No. **398 FOLIO 56 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2010**, realizada en la ciudad de Cartagena Bolívar.

VII. DECISIONES

Por las razones anteriormente expuestas, el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía decide **MODIFICAR**, los resultados de la Junta Médico Laboral No. **398 FOLIO**

1.08
2011

56 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2010 realizada en la ciudad de Cartagena, y en consecuencia resuelve:

A. Antecedentes – Lesiones – Afecciones – Secuelas

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Decreto 1796 de 2000, se determina:

1. Episodio Psicótico agudo.

B. Clasificación de las Lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL- NO APTO PARA ACTIVIDAD MILITAR, por artículo 59 A, del Decreto 094 de 1989. NO aplica la reubicación laboral.

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral

Presenta una disminución de la capacidad laboral de: **TREINTA POR CIENTO (30%)**

D. Imputabilidad al servicio.

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 y 24 del Decreto 1796 de 2000, le corresponde:

- 1 Literal A, en el servicio pero no por causa y razón del mismo, se trata de Enfermedad General.

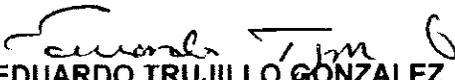
E. Fijación de los índices correspondientes.

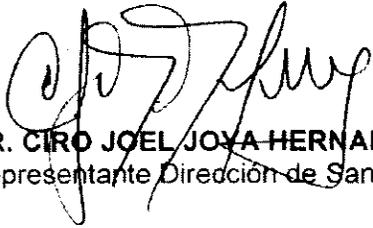
De conformidad con lo establecido en el artículo 71 del Decreto 094 de 1989, modificado y adicionado por el Decreto 1796 de 2000, le corresponden los siguientes índices:

1. Se asigna Numeral 3-002 Literal a Índice 10

No siendo otro el motivo de la presente sesión, se da por terminada una vez leída y aprobada por los integrantes de este Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía que en ella intervinieron.

De conformidad con lo señalado en el artículo 22 del Decreto 1796 de 2000 las decisiones contenidas en la presente Acta son irrevocables y obligatorias y contra ellas solo proceden las acciones jurisdiccionales pertinentes.


CF. MED. EDUARDO TRUJILLO GONZALEZ
Representante Dirección de Sanidad Armada Nacional


DR. CIRO JOEL JOYA HERNANDEZ
Representante Dirección de Sanidad Policía Nacional


DRA. LILIAN CHACÓN AGUADO
Representante Dirección Sanidad Ejército Nacional



Ministerio de Defensa Nacional
República de Colombia
Tribunal Médico Laboral

BICENTENARIO
de la Independencia de Colombia
1810-2010



Bogotá, D. C., 27 de Junio 2011

ASUNTO: **INFORME SECRETARIAL**

NOTIFICACIÓN

A: **HONORABLES MIEMBROS TRIBUNAL MEDICO LABORAL**

Con el presente se deja constancia que dentro del trámite y en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 30 del Decreto 094/89, para efectos de la notificación personal del Acta de Tribunal Médico Laboral **609** registrada al folio **226** realizada el día **25 DE MAYO DE 2011** al señor **IMAR(L) REYES OJEDA RALPHY RAFAEL** identificado con cédula de ciudadanía **1128061776** De **CARTAGENA BOLIVAR** se envió con oficio No. **OF11-45962** de fecha 27 de Mayo de 2011 sin que hasta la fecha haya sido devuelta por el **CALIFICADO**, ni por correo por las causales de devolución existentes.


SV. GARZON RIVEROS ALEXANDER
Funcionario Tribunal Médico

120 JUL 2011



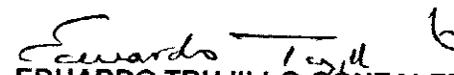
NOTIFICACION POR EDICTO

Dentro del proceso medico laboral efectuado al señor **IMAR(L) REYES OJEDA RALPHY RAFAEL** identificado con cédula de ciudadanía **1128061776** de **CARTAGENA BOLIVAR** se expidió el Acta de Tribunal Médico Laboral **609** registrada al Folio **226** de fecha **25 DE MAYO DE 2011**

Por unanimidad los miembros del Tribunal Médico Laboral decidieron: **MODIFICAR LAS CONCLUSIONES DE LA JUNTA MEDICO LABORAL 0 de 27 DE OCTUBRE DE 2011**

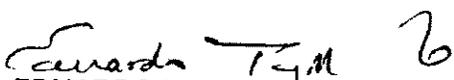
El presente **EDICTO se fija** en un lugar visible de este Tribunal **el día 27 de Junio de Dos Mil once (2011), a las 08:00 Horas** por el término de treinta días calendario. Lo anterior en cumplimiento a lo ordenado por el Artículo 30 del Decreto 094/89.

Notifica.


CF. MED. EDUARDO TRUJILLO GONZALEZ
Representante Dirección de Sanidad Armada Nacional

EL presente EDICTO se desfija **27 de Julio del 2011** a las **08:00 HORAS.**

Desfija.


CF. MED. EDUARDO TRUJILLO GONZALEZ
Representante Dirección de Sanidad Armada Nacional



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL



ARMADA NACIONAL

ORDEN ADMINISTRATIVA PERMANENTE

No. 109 DE 29 DE JUNIO DE 2011

Por medio de la presente se declara en vigencia la Ley 45 de 2011...

EL COLEGIO DE OFICIALES DE LA FUERZA ARMADA NACIONAL...

ORDENADA POR

AFICIONADO a... SERBA CUARTELAR del servicio... CUMPLIDO con fecha 12 de junio de 2011...

EN EL BATAJON DE INFANTERIA DE MAR DEL OYUNO...

- 1. 1041134181 ABEL VADA LEONARDO
- 2. 1041211181 ADRIANA NEBALE ROSARIO
- 3. 1041241181 ALBA ANITA VIELFI
- 4. 1041301181 ALDARIN JUSTA KRISTINA
- 5. 1041321181 ALMIRCA RAMIREZ ELIZABETH
- 6. 1041341181 ALVA GZ FERNA ALICIA
- 7. 1041391181 ALVARO ORE GUINABE
- 8. 1041391181 ANTONIO DIAZ DANIEL
- 9. 1041421181 ARELLANO CARLOS
- 10. 1041441181 ARDILA TORRES DAVID
- 11. 1041471181 ARRIAGA GONZALO
- 12. 1041471181 ARRIAGA VICTOR
- 13. 1041471181 ARRIAGA SONIA
- 14. 1041491181 ARTALEGA MENDOZA ANITA
- 15. 1041491181 ATENCIO LARA ROSARIO
- 16. 1041491181 AVENDAÑO GABRIEL
- 17. 1041511181 EAZ TORRES JUSTA ANTONIO
- 18. 1041531181 EALDOVINO ESCOBAR DAVID
- 19. 1041531181 DALLISTEROS PELAYO CARLOS
- 20. 1041531181 BARRIO BARATA LUIS
- 21. 1041531181 BARTOLARNAI FELIX
- 22. 1041531181 BARRIO FERNANDEZ DAVID
- 23. 1041531181 BARRIOS MACHADO LUIS
- 24. 1041531181 BARRIOS REINA JOSE LUIS
- 25. 1041531181 BELOHERZA LUIS
- 26. 1041531181 BELTRAN CORREA JUAN
- 27. 1041531181 BELTRAN LUDWIG DAVID
- 28. 1041531181 BENITEZ SUAREZ PABLO
- 29. 1041531181 BERNARDO VIVAS JOSE
- 30. 1041531181 DETANSGURT CALDAS CARLOS
- 31. 1041531181 BLANCO YEISON FELIX
- 32. 1041531181 BOLANO BENAVIDES JOSIE
- 33. 1041531181 SOLANO VILCHIN MACHES DAVID
- 34. 1041531181 BONDY VEGHRA FELIX
- 35. 1041531181 BUELAS HUYOS IBELIZ
- 36. 1041531181 BUSTAMANTE CARLOS
- 37. 1041531181 BUSTAMANTE CRISTINA
- 38. 1041531181 CABEZAS PERALTA DAVID
- 39. 1041531181 CALVO BAÑO LUIS DAVID
- 40. 1041531181 CAMARGO SIGNARELLI ENRIQUE

10752
2011

CONDENA ADMINISTRATIVA DE PENALIDAD No. 115-100-A No. 115-100-A
 De la Comisión de la Orden Administrativa de Penales de la Armada Nacional y el Ejército y la Fuerza Armada Nacional.
 de las Leyes, Decretos y Reglamentos de la Armada Nacional y del Ejército y la Fuerza Armada Nacional.

1	1048-19-16	HERAZO CUESTA JOSÉ CARLOS
2	1030-43-45	HERNANDEZ ARIAS MANUEL AL
3	1038-13-12	HERNANDEZ GALVIS ROBERTO
4	1038-21-11	HERNANDEZ NEGRET DOLORES
5	1037-10-29	HERNANDEZ RODRIGUEZ JESUS
6	1038-14-16	HERNANDEZ VILLALBA WALTER
7	1042-13-15	HERNERA MENDOZA JUAN CARLOS
8	1038-13-15	HUERTAS MORALES JOSE ANTONIO
9	1038-13-15	HURTADO ESPINOZA JEREMIAS
10	1038-12-18	HURTADO HERNANDEZ JOSE EDUARDO
11	1038-05-10	HURTADO HERNANDEZ JOSE LUIS
12	1038-05-10	HURTADO MONTESERRE JUAN CARLOS
13	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
14	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
15	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
16	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
17	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
18	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
19	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
20	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
21	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
22	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
23	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
24	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
25	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
26	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
27	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
28	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
29	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN
30	1038-05-10	HURTADO DIAZ JOSE JOAQUIN

EN EL BATALLON DE SALTO DE AGUA DE LA FUERZA ARMADA NACIONAL

1	1038-12-18	AGUILAR SUAREZ VICTOR ABEL
2	1038-12-18	ALMEIDA HERRERA JESUS CARLOS
3	1038-12-18	AYALDE VILLALBA JOSE ANTONIO
4	1038-12-18	AYALA OSPINO HENRIQUEZ JOSE
5	1038-12-18	BANQUERO VIALA RICHARDO HENRIQUEZ
6	1038-12-18	BENJAMIN CHEFARTE JOSE ANTONIO
7	1038-12-18	BERNAL CORTEZ WILLIAM EDUARDO
8	1038-12-18	BETANCOURT QUINTERO JOSE ANTONIO
9	1038-12-18	BETANCOURT OSSA ANDERSON HENRIQUEZ
10	1038-12-18	BODANDEIRA GONZALEZ ANDERSON
11	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
12	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
13	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
14	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
15	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
16	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
17	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
18	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
19	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
20	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
21	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
22	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
23	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
24	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
25	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
26	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
27	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
28	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
29	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO
30	1038-12-18	BONFERRON MORALES JOSE ANTONIO

EN EL BATALLON DE FUERZAS ESPECIALES DE LA FUERZA ARMADA NACIONAL

1	1038-12-18	CANABIA PADRIZO JUAN CARLOS
2	1038-12-18	CASALLAS RODRIGUEZ JOSE ANTONIO
3	1038-12-18	LOZADA CHANTRETE JUAN CARLOS

ORDEN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL No. 103. 1964 No.

Institución de Poder Administrativa de Puerto Rico, 1964, en virtud de las facultades conferidas por el artículo 103 de la Ley No. 100 de 1964, de las Comisiones de Medios Regulares de la Administración Pública de Puerto Rico.

- 1 10014134 FARRAS RICHARD BENJAMIN
- 2 [REDACTED]
- 3 10015184 FERRAS JUAN CRISTOBAL
- 4 10015147 FLORES CASTRO ADRIAN
- 5 10015314 FLORES VASQUEZ MARIANA
- 6 10015974 FLORES TORRES HENRIETTA BELLE
- 7 10016174 FLORES TORRES JUAN CARLOS
- 8 10016314 FLORES DE ARTIAGA JOSE CARLOS
- 9 10017514 FLORES TORRES BERENICE
- 10 10018114 FLORES CASTRO LOPES JOSE

EN LA COMPAÑIA DE SEGURIDAD DE PUERTO RICO

- 1 10018114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 2 10018714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 3 10019214 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 4 10019414 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 5 10019514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 6 10019914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 7 10020114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 8 10020314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 9 10020514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 10 10020714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 11 10020914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 12 10021114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 13 10021314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 14 10021514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 15 10021714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 16 10021914 FLORES CASTRO LOPES JOSE

EN LA COMPAÑIA DE SEGURIDAD DE PUERTO RICO

- 1 10022114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 2 10022314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 3 10022514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 4 10022714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 5 10022914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 6 10023114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 7 10023314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 8 10023514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 9 10023714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 10 10023914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 11 10024114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 12 10024314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 13 10024514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 14 10024714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 15 10024914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 16 10025114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 17 10025314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 18 10025514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 19 10025714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 20 10025914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 21 10026114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 22 10026314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 23 10026514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 24 10026714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 25 10026914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 26 10027114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 27 10027314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 28 10027514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 29 10027714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 30 10027914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 31 10028114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 32 10028314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 33 10028514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 34 10028714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 35 10028914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 36 10029114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 37 10029314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 38 10029514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 39 10029714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 40 10029914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 41 10030114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 42 10030314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 43 10030514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 44 10030714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 45 10030914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 46 10031114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 47 10031314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 48 10031514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 49 10031714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 50 10031914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 51 10032114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 52 10032314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 53 10032514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 54 10032714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 55 10032914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 56 10033114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 57 10033314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 58 10033514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 59 10033714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 60 10033914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 61 10034114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 62 10034314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 63 10034514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 64 10034714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 65 10034914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 66 10035114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 67 10035314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 68 10035514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 69 10035714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 70 10035914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 71 10036114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 72 10036314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 73 10036514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 74 10036714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 75 10036914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 76 10037114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 77 10037314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 78 10037514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 79 10037714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 80 10037914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 81 10038114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 82 10038314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 83 10038514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 84 10038714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 85 10038914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 86 10039114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 87 10039314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 88 10039514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 89 10039714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 90 10039914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 91 10040114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 92 10040314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 93 10040514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 94 10040714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 95 10040914 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 96 10041114 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 97 10041314 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 98 10041514 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 99 10041714 FLORES CASTRO LOPES JOSE
- 100 10041914 FLORES CASTRO LOPES JOSE

	ARMADA NACIONAL REPUBLICA DE COLOMBIA	FORMATO LIQUIDACION INDEMNIZACION		CODIGO: LPSO-FI 701 (EDR)-V31
		Procedimiento (s): LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES CESANTIAS, INDEMNIZACION, ANTICIPOS		PAGINA 1 DE 1
NOMBRE	REYES OJEDA RALPHY RAFAEL	CEDULA	1.128.061.776	
FECHA NACIMIENTO	14 Agos 1988	AÑOS	22	
FECHA RETIRO	12-Jun-10 ✓	GRADO	IMR	
Junta Medica No	398 27-05-10	Tribunal Medico No	609 25-May-11	Aceleratoria No

INDICES	TABLA A	TABLA B	TABLA C	TABLA D	LIQUIDACION DISMINUCION		
					100%	INDICE	% Dism
10	30.00%				100.00	30.00%	30.00
					70.00	0.00%	0.00
					70.00	0.00%	0.00
					70.00	0.00%	0.00
					70.00	0.00%	0.00
					70.00	0.00%	0.00
					70.00	0.00%	0.00

COORDENAD EDADES	INDICES	% Disminucion	30.00
SUELDO BASICO		\$ 850,325	
PRIMA ACTIVIDAD	0.00%	\$ 0	
PRIMA ANTIGUEDAD	0%	\$ 0	
SUBSIDIO FAMILIAR	0%	\$ 0	
PRIMA ALIMENTACION	0%	\$ 0	
SUBSIDIO TRANSPORTE	0%	\$ 0	
PRIMA ESTADO MAYOR	0%	\$ 0	
PRIMA VUELO	0%	\$ 0	
SUBTOTAL		\$ 850,325	
1-12 PRIMA NAVIDAD		\$ 0	
BASE LIQUIDACION		\$ 850,325 ✓	
No. SUELDOS A MULTIPLICAR SEGUN TABLAS		10.20	
VALOR INDEMNIZACION		\$ 8,673,315	
(+) BONIFICACION		\$ 0	
(-) DESCUENTOS JUZGADOS		\$ 0	
TOTAL A PAGAR		\$ 8,673,315 ✓	

COORDENADAS					
INDICES	EDADES	TABLA A	TABLA B	TABLA C	TOTAL
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00

OBSERVACIONES: A LA FECHA NO TIENE PODER RADICADO

ELABORADO POR: IMP. LOZANO RINCON YEINSON	APROBADO POR: TFACT. EDWIN ALEJANDRO MEDELLIN HERRERA
CARGO: LIQUIDADOR	CARGO: CONTADOR
FECHA: 29/09/2011	FECHA: 6/10/11
FIRMA: [Firma]	FIRMA: [Firma]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
ARMADA NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **027 553** DE 2011

(14 OCT. 2011)

Por la cual se reconoce y ordena el pago de indemnización con fundamento en el Expediente ARC No. 400846/2011.

EL JEFE DESARROLLO HUMANO DE LA ARMADA NACIONAL

En ejercicio de las facultades que le confiere la Resolución No. 4158 de 4 de agosto de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que el señor(a) INFANTE DE MARINA REGULAR(r) de la Armada Nacional, REYES OJEDA RALPHY RAFAEL, le fue practicada acta de Junta Médico Laboral No. 398 del 27 de Octubre de 2010, Tribunal Médico Laboral No. 609 del 25 de Mayo de 2011,

Que al tenor de lo dispuesto en el Decreto No. 2728 del 1968, se consolidó el derecho al reconocimiento y pago de:

a) Indemnización, por disminución de la capacidad laboral del 30.00% teniendo en cuenta el Decreto No. 94 de 1989; las tablas A, B, y el factor de 10.20 por el cual deben multiplicar las siguientes factores prestacionales.

Que el artículo 3° ibidem, dispuso que al soldado de las Fuerzas Militares que sea desacuartelado por incapacidad relativa y permanente, tendrá derecho a que se le pague, por una sola vez, una indemnización que fluctuará entre uno (1) y treinta y seis (36) meses del sueldo básico que corresponda a un Cabo Segundo o Marinero, según el índice de lesión que fije la Autoridad Medico Laboral.

SUELDO BASICO CABO SEGUNDO	0.000	\$850,325.00
		=====
TOTAL		\$850,325.00

RESUELVE:

ARTICULO 1o. Reconocer y ordenar pagar con cargo al presupuesto de la Armada Nacional, a favor del señor(a) INFANTE DE MARINA REGULAR(r) de la Armada Nacional, REYES OJEDA RALPHY RAFAEL, C.C.1.128.061.776 de Cartagena, Código Militar No. 01128061776, la suma de OCHO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE., (\$8.673,315.00), por los siguientes conceptos:

[Handwritten signature]

Continuación de la resolución por cual se reconoce y ordena el pago de Indemnización con base en el expediente ARC No. 400846/11

a) Indemnización, por disminución de la capacidad laboral, OCHO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE., (\$8.673.315.00).

ARTICULO 2o. La suma anteriormente reconocida se cancelará de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y a la previa actualización del número de cuenta a nombre del beneficiario de ésta resolución en la División de Tesorería de la Armada Nacional.

ARTICULO 3o. Notifíquese personalmente la presente resolución en atención a lo señalado en el artículo 44 del C.C.A. De no notificarse personalmente se procederá a realizar la notificación por el edicto en la forma y términos señalados en el artículo 45 ibídem.

ARTICULO 4o. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición, el cual se interpondrá en la forma y términos señalados en el C.C.A.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE **4 OCT. 2011**

Dada en Bogotá D.C.,

Capitán de Navío LUIS HIPÓLITO LOZANO GONZALEZ
Director Prestaciones Sociales encargado Funciones Administrativas
de la Jefatura de Desarrollo Humano Armada Nacional

PROYECTO:

REVISOR JURIDICO:

REVISOR CONTABLE:

IMP. LOZANO RINCON YEINSON LIQUIDADOR PRESTACIONES.

TFADER. GIOVANNY ALEJANDRO MONTA GONZALEZ ASESOR JURIDICO

TEACT. EDWIN ALEJANDRO MEDELLIN HERRERA CONTADOR

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
JEFATURA DE DESARROLLO HUMANO
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES

En Bogotá, a los _____ días del mes de _____, de 2010, se presentó el señor (a) _____, identificada con la C.C., No _____, en calidad de interesado (a) _____, apoderado _____, según poder que reposa en el expediente, con el fin de notificarse personalmente de la Resolución No. _____, de fecha _____.

Se informa que contra la resolución notificada, procede el recurso de reposición, el cual podrá ser interpuesto ante el funcionario que profirió la decisión, dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la fecha de notificación, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 44 y ss. Del C.C.A.

En constancia de lo anterior se suscribe por quienes en ella intervinieron.

Notificado

C.C.

Huella

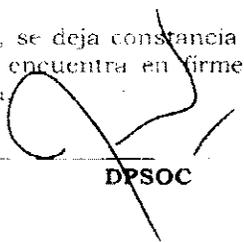
Notificador

C.C.

CONSTANCIA DE EJECUTORIA

Bogotá, **18 NOV. 2011**

En la fecha, se deja constancia que la presente decisión se encuentra en firme y debidamente ejecutoriada.


DPSOC

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES

EDICTO

EN ATENCIÓN A LAS FACULTADES LEGALES CONFERIDAS EN LA RESOLUCIÓN No. 4158 de 2007, LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DE LA ARMADA

HACE SABER

Que dentro del expediente No 4008-16/11 se ha proferido Resolución No. 1553 de 2011 en su parte resolutiva dice:

RESUELVE:

ARTICULO 1o. Reconocer y ordenar pagar con cargo al presupuesto de la Armada Nacional, a favor del señor(a) INFIANTE DE MARINA REGULAR(r) de la Armada Nacional. RYYES OJEDA RALPHY RAFAEL, C.C.1128061776 de Cartagena, Código Militar No. 01128061776, la suma de OCHO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE., (\$8.673.315.00), por los siguientes conceptos:

a) Indemnización, por disminución de la capacidad laboral, OCHO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE., (\$8.673.315.00).

ARTICULO 2o. La suma anteriormente reconocida se cancelará de acuerdo con la disponibilidad presupuestal y a la previa actualización del número de cuenta a nombre del beneficiario de esta resolución en la División de Tesorería de la Armada Nacional.

ARTICULO 3o. Notifíquese personalmente la presente resolución en atención a lo señalado en el artículo 44 del C.C.A. De no notificarse personalmente se procederá a realizar la notificación por el edicto en la forma y términos señalados en el artículo 45 ibídem.

Para notificar la anterior providencia, se fija el edicto, en la cartelera de la **DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DE LA ARMADA**, por un término de diez (10) días hábiles en atención a lo preceptuado en el artículo 45 del C.C.A.

CONSTANCIA DE FIJACIÓN

SE FIJA EL 25 DE OCTUBRE DEL DOS MIL ONCE (2011) A LAS 8.00 A.M.

CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN

SE DESFIJA EL 09 NOV. 2011 DE DOS MIL ONCE (2011) A LAS 5:00 P.M.

TS14 JUAN CARLOS CACERES
NOTIFICADOR

Fwd: RESPUESTA A SOLICITUD

Camelot Group <medicinalaboralarc@armada.mil.co>

mar 20/09/2016 8:52 a.m.

Para: Secretaria Tribunal Administrativo - Cartagena <stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

📎 Archivos adjuntos (584 KB)

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR.pdf;

Buenas día,

Con toda atención anexo envío copia respuesta Señor RALPHY REYES OJEDA mediante oficio No. 20160423670446741 de fecha 19/09/16

Por favor acusar recibido

**ATT
MEDICINA LABORAL-DISAN**

SECRETARIA TRIBUNAL ADM

TIPO: REMISION DE RESPUESTA A SOLICITUD

REMITENTE: CORPE ELECTRONICO

DESTINATARIO: LUIS MIGUEL LEALDOS ADARBE

CONSECUTIVO: 01790047

Multiplicado por: No. CUADERNOS: 1

RECIBIDO POR: SECRETARIA TRIBUNAL ADM

RECIBIDO POR: 19/09/2016 12:40:50 PM

TIPO: 

465



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
ARMADA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL



No. 20160423670446741 / MD-CGFM-CARMA-SECAR-JEDHU-DISAN-SSS-AMEL-27.3

Bogotá D.C. 19-09-2016

Señores
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
Centro, Avenida Venezuela Edificio Nacional Primer Piso
Correo electrónico: stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cartegan de Indias DT y C.-

Asunto: Respuesta requerimiento de suministro de copia de Ficha Médico Odontológica del señor RALPHY REYES OJEDA

En atención a su requerimiento emitido vía correo electrónico, me permito remitir en ocho (8) folios copia de la ficha médico odontológica ingreso y de licenciamiento diligenciada por el señor RALPHY REYES OJEDA para los fines probatorios pertinentes dentro del proceso que se adelanta ante esa Corporación Judicial dentro del proceso de Reparación Directa No. 13-001-23-33-000-2013-00598-00.

Atentamente,

Capitán de Navío ALEXANDER FRANCO PORTILLA
Jefe Medicina Laboral Armada Nacional

Anexo: Lo enunciado en ocho (8) folios

Elaboró: PS. María Lorenza Hernández B.
Asesora Jurídica AMEL-DISAN ARC

19/09/16

0

R.I. No.20160042350549192

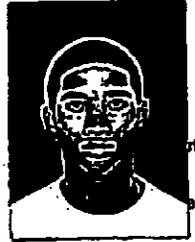
GEDOC-FT-001-AYGAR-V07

"Protegemos el Azul de la Bandera"
Línea Atención al Usuario 01 8000 111 400
Carrera 13 No. 26-50 Piso 5 Edif. Bachué- Conmutador 3692000-3278390 Bogotá, Colombia.
www.sanidadnava.mil.co





REPUBLICA DE COLOMBIA SANIDAD FF.AA.
PLIEGO DE ANTECEDENTES
(Debe llenarse en los exámenes para ingreso y reintegro)
Léase la nota final del reverso antes de escribir



1. Apellidos y Nombres <i>Rojas Rojas Ralphy Rafael</i>		2. Grado <i>ASP</i>	3. Cédula ó T.I. <i>1128061776</i>
4. Dirección de la residencia habitual <i>Bloque de la 30 N° 95 lote 23</i>		5. Motivo del examen <i>Ingreso</i>	6. Fecha del examen <i>14-05-08</i>
7. Sexo <i>M</i>	8. Raza <i>M</i>	9. Nombre de los padres y residencia habitual <i>Roberto - Rosa</i>	
11. Fecha de nacimiento <i>Día 14 Mes 08 Año 88</i>		12. Total años de servicio _____	13. Unidad o repartición donde se hace el examen <i>DMNZ</i>
14. Cargo o grado que aspira (cadete, soldado, empleado, etc.) <i>IMAN</i>		15. Cómo juzga el examinado de salud <i>Bueno</i>	

Estado Civil *Soltero*
HISTORIA FAMILIAR
Lea la nota final del reverso

Parentesco	Edad	Estado Salud	Si murió la causa	Edad a que murió	Ha habido casos en la familia de	SI	NO	Parentesco
Padre	<i>56</i>	<i>Bueno</i>			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	<i>39</i>	<i>..</i>			Sifilis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos	<i>27</i>	<i>Bueno</i>			Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
	<i>16</i>	<i>..</i>			Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del Corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del estómago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Reumatismo		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Alergia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Epilepsia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Suicidios		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades mentales (locos)		<input checked="" type="checkbox"/>	

Lea la nota final del reverso
HISTORIA MEDICO PERSONAL
Lea la nota final del reverso

Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO	Ha sufrido usted o sufrirá de	SI	NO	Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO
Difteria		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	Forunculosis		<input checked="" type="checkbox"/>
Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	Cojeras		<input checked="" type="checkbox"/>
Tosferina		<input checked="" type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos de carro, tren, avión, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones del oído		<input checked="" type="checkbox"/>	Ictericia		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones de las vías digestivas		<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcohólicas en exceso		<input checked="" type="checkbox"/>
Colo		<input checked="" type="checkbox"/>	Sangre en la orina		<input checked="" type="checkbox"/>	Es tartamudo		<input checked="" type="checkbox"/>
Cólicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Deformidad de huesos, artroscopias, otros		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido sonámbulo		<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES		
Hemorroides o enfermedades del recto		<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión o angustia		<input checked="" type="checkbox"/>	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		<input checked="" type="checkbox"/>	Enuresis nocturna		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido tratada por algún desorden de sexo		
Enfermedades venéreas		<input checked="" type="checkbox"/>	Usa aparatos para oír		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquilo		<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a los narcóticos		<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por excoriaciones dentales o pequeñas heridas		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		<input checked="" type="checkbox"/>	Bronquitis crónica		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la última menstruación		
Dolor o inflamación articulaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruación		
			Fracturas		<input checked="" type="checkbox"/>			

¿Que empleo ha tenido en los últimos 3 años?

¿En cual permaneció más tiempo, meses?

¿Cual es su oficio actual?

¿Es usted derecho?

¿Es usted zurdo?

466
2

MARQUE SI o NO -- SI SE MARCA SI, DEBE EXPLICARSE AL FRENTE --

a) ¿Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
b) ¿Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc?		<input checked="" type="checkbox"/>
c) ¿Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		<input checked="" type="checkbox"/>
d) ¿Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		<input checked="" type="checkbox"/>
e) ¿Por otras razones de orden médico, es inhábil?		<input checked="" type="checkbox"/>
f) ¿Ha sido rechazado de algún empleo por causa de salud?		<input checked="" type="checkbox"/>
g) ¿Ha sido herido? ¿Qué clase de arma? ¿Qué sitio de la herida?		<input checked="" type="checkbox"/>
h) ¿Se le ha negado algún seguro de vida?		<input checked="" type="checkbox"/>
i) ¿Se le ha practicado o le han aconsejado que se practique alguna operación? ¿Cuál?		<input checked="" type="checkbox"/>
j) ¿Ha estado interno por su voluntad o por orden en algún hospital, de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, porque y nombre del médico y señas completas de los hospitales		<input checked="" type="checkbox"/>
k) ¿Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles		<input checked="" type="checkbox"/>
l) ¿Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas como resfriados? ¿Que otras enfermedades?		<input checked="" type="checkbox"/>
m) ¿Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles		<input checked="" type="checkbox"/>
n) ¿Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles		<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al ingreso a que aspiro.

Nombre del examinado, letra imprenta

Rafael Rafael Reyes

Lyonora 2702-09
Lugar y Fecha

Dr. Claudia Rodríguez C.
Médico Ojalá, P.R.
Claudia Rodríguez C.
Firma de la Autoridad Revisora
Ante la cual hace esta declaración (Jefe de Sanidad).

3 3

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
FICHA MEDICA ODONTOLOGICA
(ARTICULO 3º DECRETO)**

**ANEXO "E"
CONFIDENCIAL**

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos Reyes Arceba Raphael Rafael		2. Grado o Cargo Asp	3. Identificación C.C. o C.M. Etc. 1129061776
4. Dirección y domicilio- Ciudad Blaudelejo Mz 45 Lt 23		5. Causas del examen (de acuerdo art. 60 Decreto 1838/79) Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Escalafonamiento _____ Asenso _____ Cambio de arma _____ Comisión Exterior _____ CONTROL Especialidad _____ Del. Médico laboral _____ Curso Esp _____ Reintegración _____ Revisión _____	
6. Fecha de Examen 14-05-08	7. Sexo M	8. Nacionalidad COL	9. Tiempo de servicio
10. Fuerza EJC, ARC, FAC, Polic. <input checked="" type="checkbox"/>	11. Unidad o repartición DMN2	12. Fecha de Nacimiento 19-08-88	13. Lugar de Nacimiento San Andres
14. Nombre y dirección del pariente más cercano Roberto Reyes Blaudelejo		15. Dependencia Médica donde se practica el examen. DMN2	
16. Cargo a que aspira o promueve IMAR		OBSERVACIONES	

MEDICINA GENERAL

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem en la columna apropiada anota (NE) si no evaluó	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (anotarse cada número del ítem pertinente antes de cada comentario. Continúese en el ítem 66 y adicione hojas si es necesario).
<input checked="" type="checkbox"/>		17. Cabeza, Cara, Cuero cabelludo	<p align="center">C.P.H.</p> <p align="center">ESM 1049.</p> <p>T 135 =</p> <p>P 65 =</p> <p>INC 4.2 =</p> <p>TA 100/40 =</p> <p>AU 20/20 =</p>
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz	
		19. Estatura 176 Peso: 69	
		20. Color cabello Castaño	
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Oído en general	
		22. Color de Ojos Cast	
		23. Ojos en general h20/20 at 3/20	
		24. Raza nestia	
		25. T. Arterial: 100/70 Pulso 70x	
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Movilidad Ocular	
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Tórax	
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos	
NE		29. Sis. Vascular perif. U. linfático	
<input checked="" type="checkbox"/>		30. Abdomen y vísceras	
NE		31. Ano y Recto	
NE		32. Sistema Endocrino	
<input checked="" type="checkbox"/>		33. Genito Urinario	
<input checked="" type="checkbox"/>		34. Extremidades superiores	
<input checked="" type="checkbox"/>		35. Extremidades inferiores	
<input checked="" type="checkbox"/>		36. Pies	
<input checked="" type="checkbox"/>		37. Columna vertebral y esqueleto en general	
<input checked="" type="checkbox"/>		38. Señales, cicatrices y tatuajes	
<input checked="" type="checkbox"/>		39. Piel y Fungos	
<input checked="" type="checkbox"/>		40. Pecho	
<input checked="" type="checkbox"/>		41. Temperatura	
Para Mujer		42. Pájaros Virgins Racial Dra. Claudia Rodríguez C.	43. Enfermedades que haya tenido en el servicio
Grado y Nombre en letras de inscripción y del Examinador TFAND Claudia Rodríguez		Firma, posición y sello autorizado del examinador Dra. Claudia Rodríguez C.	

ODONTOLOGÍA

0 Caras	• Ocluidos	X No tratables	A - Ausente	II - Prótesis fija	() - Prótesis removibles
44. Boca: Denitadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente					
A	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25	26 27 28	A	
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38			
Observación y otros defectos y enfermedades dentarias: Articulación Oclusión Partes blandas Est. General de la boca.					
Normal	<input type="checkbox"/>				
Anormal	<input type="checkbox"/>				
RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS: Paralelamente a la elaboración de ésta ficha para el ascenso el grado de subteniente y cabo 2o. o de ingreso para personal civil debe llenarse la ficha odontológica (apéndice 1) que formará parte de la "HISTORIA MEDICA PERSONAL" que se llevan en cada unidad.					
Firma, posición y sello autorizado del examinador					

167
4

225 PRUEBAS DE LABORATORIO



45. ORINA	46. RX de columna lumbosacra
47. SEROLOGÍA GUN: 9.6 mg/dl	48. Prueba SIDA NEGATIVO SÍFILIS
48. GRUPO RH veat. 112 mg/dl	50. Cuadro Hemático
51. ECG	52. EOG
53. OROS: a) Triglicéridos	b) Colesterol c) Acido Úrico

OFTALMOLOGÍA

51. Visión a distancia	52. Refracción	53. Visión de cerca
Derecho 20 / Corrija 20 /	Por len esf. Cil.	Corrige a: Con.
Izquierdo 20 / Corrija 20 /	Por len esf. Cil.	Corrección a Con.
54. Metrorforias (Especifique)	Es Es Hip. Derecha Hip. Izq.	P.m. Conv. P.m. Conv. P.C. P.D.
55. Acomodación	55. Visión Color	55. Percepción de profundidad
I.Z.O. Derecha		Sin corregir Con corregir
58. Campa Visual	59. Visión Nocturna	60. Lente Roja
		61. Tensión Intracocular
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del oftalmólogo y oficial correspondiente		Firma, postfirma y sello autorizado

OTORRINO

62. Capacidad Auditiva	63. Audiometría	64. Tímpanos
	250 500 1.000 2.000 3.000 4.000 8.000 256 512 1.024 2.028 3.896 4.096 8.182	
	Derecho	
	Izquierdo	
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del otorrino y oficial correspondiente		Firma, postfirma y sello autorizado

PSICÓLOGO

65. Test Psicológico (especifique las pruebas usadas y el puntaje obtenido)	<i>Miri Holtz y SP.fo como INRA</i>
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del psicólogo y oficial correspondiente	<i>TRAYS DIANA Cordero Ibañez</i>
Firma, postfirma y sello autorizado	

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

66. OBSERVACIONES Debe ser diligenciada por Medicina Laboral.

RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNÓSTICOS	
RENUNCIA	COMPATIBLE CON LA ACTITUD
1. 2. 3.	1. 2. 3.
APLAZADO	NO APTO
1. 2. 3.	1. 2. 3.
Grado y Nombre del Oficial Revisor	FIRMA Y SELLO
El anterior cuadro esta basado en el Artículo 3 del Decreto 094 de 1989. Según el Artículo 4 del mismo decreto esta aptitud tiene validez de 90 días.	

45

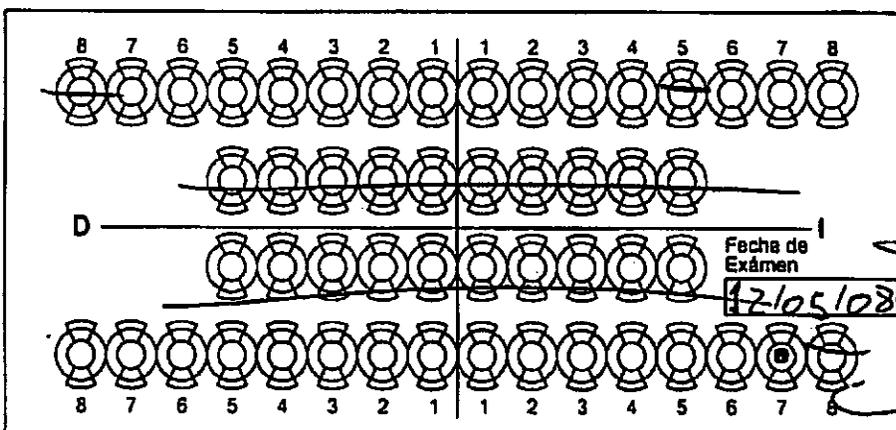


ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
División de Estadística

CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

		Fecha de Apertura		Día	Mes	Año
				27	02	08
1er. apellido	2do. apellido	Nombre	Grado	No. Cédula		
Piñeyes	opceda	Ralph Y	Asp	1128061776		
F. Nacimiento		Sexo	Dirección Residencia		Teléfonos	
Día	Mes	Año	M	K	F	
14	08	88				
			Blasdulego 43451r 23		6615682	
OBSERVACIONES: 85 presente hipercalcificac. del Esmalte gica trabaja						
Esquema de dentadura Artículo 7º Ley 38/93						
Tipo de Prótesis		Superior	Inferior	Dientes amarillos (Ceo)	Dientes Blancos (Platino)	
Total						
Removible (Puente)		Metálico				
		Combinado				
		Acrílico				
		Metálica				
Fija		Met. Porcel.				
		Met. Acrílico				

Curso del Tratamiento Vestibular



Obturado: Amalgama (Azul)
Resina (Verde)
Faltante: Raya Horizontal
Destruídos por caries: (Rojo)
Destruídos por TX: (Negro)

Odontograma para ser llenado por el odontólogo

Fecha de Examen
12/05/08

Firma y Sello

INSTRUCTIVO: Diligencie todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anote, las malposiciones, prótesis, aparatos ortodónticos, alteraciones de forma, tamaño, número y color, torus diastemas, enfermedades periodontales y demás características individualizadoras que sirvan para la identificación.

CON EFICACIA Y TRANSPARENCIA CONSTRUIMOS PAZ Y FUTURO EN LOS MARES, COSTAS Y RÍOS DE LA PATRIA
www.armada.mil.co

"Línea anticorrupción Armada Nacional 01 800 11 6969 24 Horas"

460
6

REPÚBLICA DE COLOMBIA SANIDAD FF. AA. PLIEGO DE ANTECEDENTES <small>(Debe llenarse en los exámenes para ingreso y reintegrados)</small> <small>Lea la nota final del reverso antes de escribir.</small>						<small>Identificar el interesado.</small> <small>Sitio para el retrato</small> <small>Tamaño 3x4 papel delgado brillante</small> <small>Adherir al retrato y sellarlo con el sello de la Entidad Sanitaria que ordene los exámenes.</small>		
1. Apellidos y nombres REYES OJEDA RALPH RAFAEL		2. Grado DSJM		3. Cédula o T.I. 1128.061.776				
4. Dirección de la residencia habitual Blaydeluyo M45.123.4 Etapa Licencia			5. Motivo del examen Licencia		6. Fecha del examen 07-09/10			
7. Sexo M	8. Raza M	9. Nombre de los padres y residencia habitual Roberto Reyes Barrios Rosa America Erioste Ojeda			10. Lugar de nacimiento San Andres			
11. Fecha de nacimiento Día 14 Mes 08 Año 1988		12. Total años de servicio Militar 24 Civil		13. Unidad o reparación donde se hace el examen BEFEIM				
14. Cargo o grado que aspira (Cadete, sol, empleado, etc.) Licenciamiento				15. Como juzpa el examinado su salud Exelente				
HISTORIA FAMILIAR <small>Lea la nota final del reverso</small>								
parentesco	Edad	Estado Salud	Si muerto la causa	Edad a que murió	Ha habido casos en la familia de	SI	NO	Parentesco
Padre	53	Bono			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	43	Bono			Sifilis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos					Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del estomago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Reumatismo		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Alergia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Epilepsia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Suicidios		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades mentales (locos)		<input checked="" type="checkbox"/>	
HISTORIA MEDICO PERSONAL <small>Lea la nota final del reverso</small>								
Ha sufrido Ud. o sufre de	SI	NO	Ha sufrido ud. o sufre de	SI	NO	Ha sufrido ud. o sufre de	SI	NO
Difteria		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	Furunculosis		<input checked="" type="checkbox"/>
Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	Cojeras		<input checked="" type="checkbox"/>
Tosferina		<input checked="" type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos de carro, tren, avión, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones del oído		<input checked="" type="checkbox"/>	Ictericia		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones de las vías digestivas		<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcoholicas en exceso		<input checked="" type="checkbox"/>
Coleo		<input checked="" type="checkbox"/>	Sangre en la orina		<input checked="" type="checkbox"/>	Es tartamudo		<input checked="" type="checkbox"/>
Cálculos		<input checked="" type="checkbox"/>	Deformidad huesos, articulaciones, otros		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido sonámbulo		<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES		
Hemorroides o enfermedad del recto		<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión o angustia		<input checked="" type="checkbox"/>	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		<input checked="" type="checkbox"/>	Enuresis nocturna		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido tratada por algun desorden de sexo		
Enfermedades venéreas		<input checked="" type="checkbox"/>	Usa aparatos para oír		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha estado embarazada		
Frecuencia de sueño intranquilo		<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a narcóticos		<input checked="" type="checkbox"/>	Palpilaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha tenido flujos vaginales		
Sangra excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		<input checked="" type="checkbox"/>	Bronquitis crónica		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la última Menstruación		
Dolor o inflamación de articulaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruación		
			Fracturas		<input checked="" type="checkbox"/>			
						<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Excesivo		
Que empleo ha tenido en los últimos 3 años?			En cual permaneció más tiempo, meses			Cual es su oficio actual Imoz		Es Ud. derecho? <input checked="" type="checkbox"/>
								Es Ud. zurdo? <input type="checkbox"/>

MARQUE SI o NO SI SE MARCA SI DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO	
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		X	
b) Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc?		X	
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		X	
d) Tiene dificultad para adquirir ciertas posturas?		X	
e) Por otras razones de orden médico es inhábil?		X	
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de salud?		X	
Ha sido herido? ¿Qué clase de arma? Que sitio de la herida?		X	
Se le ha negado algún seguro de vida?		X	
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?		X	
Ha estado interno por su voluntad o por orden en algún hospital? De enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuando y donde, porqué y nombre del médico y señas completas de los hospitales.		X	
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas? En caso afirmativo dar detalles	X	X	Episodio Psicótico. Agrido en Abril 2009
Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas: como resfriados? Qué otras enfermedades?		X	
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles		X	
Ha sido pensionado o tiene pensión pendientes por inhabilidad? Dar detalles		X	

OBSERVACIONES

Tiene pendiente cita control por psicología
y antecedente de E. psicótico agudo

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales, mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al ingreso a que aspiro.

Nombre del examinado. Letra de Imprenta

Reyes Ayala Ralphy R
07 Abril 2010

Fecha y Lugar


 Firma de la Autoridad Revisora
 Ante la cual esta declaración (del Sr. Sanidad)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
FICHA MEDICA ODONTOLÓGICA
(ARTICULO 3o. DECRETO)

ANEXO "E"
Confidencial

(Debe llenarse con todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y Nombres completos <i>Ruiz Ayala Ralphy Rafael</i>		2. Grado o Cargo <i>DEJM</i>	3. Identificación. C C o C M etc <i>7-178-063-776</i>
4. Dirección y Domicilio - Ciudad <i>Blvd del Sur M45-1234 Tapa cartagena</i>		5. Causas del Examen (de acuerdo Art. 60 Decreto 1836/79) Ingreso: _____ Escala (promoción): _____ Ascenso _____ Cambio de Arma _____ Comisión Exterior _____	
6. Fecha de Examen <i>03-09-10</i>		CONTROL: Especialidad _____ Def Médico Laboral _____ Curso Esp. _____ Reintegro _____ revisión _____	
7. Sexo <i>M</i>	8. Nacionalidad <i>Colombiano</i>	9. Tiempo de Servicio <i>24 Meses</i>	10. Fuerza: EJE. <i>(ARC)</i> FAC. Polít
11. Unidad o Repartición <i>BFEJM</i>		12. Fecha de Nacimiento <i>14/08/1988</i>	13. Lugar de Nacimiento <i>San Andres isla</i>
14. Nombre y Dirección del Pariente más cercano <i>Rafael Ruiz Barrero</i>		15. Dependencia Médica donde se práctica el Examen <i>SM III</i>	
16. Cargo a que aspira o promueve <i>Subcomandante</i>		OBSERVACIONES:	

MEDICINA GENERAL

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem en la columna apropiada Anota (NE) si no evaluó	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (anótase cada Numero de ítem pertinente antes de cada comentario Continúese en el ítem 66 y adiciónese hojas si es necesario).	
<input checked="" type="checkbox"/>		17. Cabeza, Cara, Cuero Cabelludo		
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz		
		19. Estatura <i>1,73</i> Peso: <i>74</i>		
		20. Color Cabello <i>negro</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Oído en General		
		22. Color Ojos <i>cafe</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>		23. Ojos en General		
		24. Raza <i>negro</i>		
		25. T Arterial <i>120/60</i> Pulso: <i>60</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Movilidad Ocular		
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Tórax		
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos		
<input checked="" type="checkbox"/>		29. Sis. Vascular perif Y linfático		
<input checked="" type="checkbox"/>		30. Abdomen y visceras		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Ano y Recto		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Sistema Endocrino		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Génito Urinario		
<input checked="" type="checkbox"/>		34. Extremidades Superiores		
<input checked="" type="checkbox"/>		35. Extremidades Inferiores		
<input checked="" type="checkbox"/>		36. Pies		
<input checked="" type="checkbox"/>		37. Columna Vertebral y Esqueleto en General		
<input checked="" type="checkbox"/>		38. Señales, Cicatrices, Tatujes		
<input checked="" type="checkbox"/>		39. Piel y Faneras		
<input checked="" type="checkbox"/>		40. Pecho		
<input checked="" type="checkbox"/>		41. Temperatura		
Para Mujer	42. Pelvis	Vagina		Rectal
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Médico G. <i>Jaime Ricks Romero</i>				43. Enfermedades que haya tenido en el servicio <i>JAIME RICKS ROMERO</i> Firma, Postfirma y Sello Autorizado

ODONTOLOGÍA

0 - Caries	+ Obluradas	x - No tratables	A - Ausentes	II - Prótesis Fija	() Prótesis Removibles																																										
44 Boca: Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente			Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias																																												
<table border="1"> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>			17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<table border="1"> <tr> <td>Articulación</td> <td>Oclusión</td> <td>Partes Blandas</td> <td>Est General de la Boca</td> </tr> <tr> <td>Normal <input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anormal <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Articulación	Oclusión	Partes Blandas	Est General de la Boca	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																	
Articulación	Oclusión	Partes Blandas	Est General de la Boca																																												
Normal <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
RESUMEN DE DEFECTOS O DIAGNÓSTICOS:																																															
Paralelamente a la elaboración de esta ficha para el ascenso al grado de Subteniente y Cabo 2o. o de ingreso para personal civil debe iniciarse la ficha odontológica (Apéndice 1) que formará parte de la "HISTORIA MEDICA PERSONAL" que se lleva en cada Unidad.			PAOLA ESPINOSA CAICEDO ODONTOLÓGA C.C. 118011871 MILITARIA COLOMBIANA Firma, Postfirma y Sello autorizado del Odontólogo																																												

PRUEBAS DE LABORATORIO		
45. ORINA	46. RX de Columna Lumbosacra	
47. SEROLOGIA	48. Prueba de Sida	GLICEMIA
49. GRUPO RH	50. Cuadro Hemático	
EEG	EOG	
OTROS: a) Triglicéridos	b) Colesterol	c) Acido Úrico

OFTALMOLOGÍA

51. Visión a distancia		52. Refracción		53. Visión de Cerca				
Derecho 20/20	Corregido 20/20	Por lent. Esf.	Cil.	Corrige a	con			
Izquierdo 20/20	Corregido 20/20	Por lent. Esf.	Cil.	Corrige a	con			
54. Heteroforias (Especifíquese)	Es.	Es.	Hip. Derech.	Hip. Izq	Pm. Div.	Pm. Conv.	P.C. P.D.	
55. Acomodación IZO	DERECHO	66. Visión de Color	67. Percepción de Profundidad				Sin Corregir Con Corrección	
58. Campo Visual	59. Visión Nocturna	60. Lente Roja	61. Tensión Intraocular					
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Oftalmólogo y Oficial correspondiente.					Firma, Posfirma y sello autorizado			

OTORRINO

62. Capacidad Auditiva	63. Audiometría							64. Timpanos
	250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	8.000	
	256	612	1.024	2.020	3.896	4.096	8.192	
	Derecho							
	Izquierdo							
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Oficial u Otorrino de Sanidad							Firma, Posfirma y sello autorizado	

PSICOLOGO

65. TES Psicologico (especifique las pruebas usadas y el puntaje obtenido)	
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Psicólogo u Oficial de Sanidad	Firma, Posfirma y sello autorizado

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

66. OBSERVACIONES. Debe ser diligenciada por Medicina Laboral

RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS	
18/06/10	RENUNCIA COMPATIBLE CON LA APTITUD
1. Tronco JOL Praxiología N° 175-HMPC-23/4/10	2. Episodio psicótico agudo XGM.
3.	3.
1. Pdtc nuevo concepto Psiquiatría por	NO APTO APTO
2. JOL x episodio psicótico agudo oct/10	1.
3.	3.
Grado y Nombre del Oficial Revisor	FIRMA Y SELLO
El anterior cuadro está basado en el Artículo 3o. del Decreto 094 de 1989. Según el artículo 4o. del mismo Decreto esta aptitud tiene validez de 90 días	

470
8



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
División de Estadística

CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

		Fecha de Apertura		Día	Mes	Año
				07	04	010
1er. apellido	2do. apellido	Nombre		Grado	No. Cédula	
REGES	OSGDA	RALPH RAFael		IMDR	1.128.061.775	
F. Nacimiento		Sexo	Dirección Residencia			Teléfonos
Día	Mes	Año	M	X	F	
14	08	88		X		
			Blas de lebo NE 45 CT 23. C/gera A GICUPA			6615682 C/gera
OBSERVACIONES:						
/						
Esquema de dentadura Artículo 7° Ley 38/93						
Tipo de Prótesis		Superior	Inferior	Dientes amarillos (Oro)	Dientes Blancos (Platino)	
Total						
	Metálico	/	/	/	/	
Removible (Puentes)	Combinado	/	/	/	/	
	Acrílico	/	/	/	/	
	Metálica	/	/	/	/	
Fija	Met. Porcel.	/	/	/	/	
	Met. Acrílico	/	/	/	/	

Curso del Tratamiento Vestibular

Oblurado: Amalgama (Azul)
Resina (Verde)
Faltante: Raya Horizontal
Destruídos por caries: (Rojo)
Destruídos por TX: (Negro)

Odontograma para ser llenado por el odontólogo

PAOLA ESPINOSA CAICEDO
ODONTÓLOGA
C.C. 111.871
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Firma y Sello

INSTRUCTIVO: Diligencie todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anote, las mal-posiciones prótesis, aparatos ortodónticos, alteraciones de forma, tamaño, número y color, torus, diastemas, enfermedades periodontales y demás características individualizadoras que sirvan para la identificación.

CON EFICACIA Y TRANSPARENCIA CONSTRUIMOS PAZ Y FUTURO EN LOS MARES, COSTAS Y RÍOS DE LA PATRIA

www.armada.mil.co

"Línea anticorrupción Armada Nacional 01 800 11 6969 24 Horas"

REPÚBLICA DE COLOMBIA SANIDAD FF.AA.
PLIEGO DE ANTECEDENTES
 (Debe llenarse en los exámenes para ingreso y reintegro)
 Léase la nota final del reverso antes de escribir



1. Apellidos y Nombres Reyes Rojas Ralphy Rafael		2. Grado ASP	3. Cédula ó T.I. 1128061776
4. Dirección de la residencia habitual Blaas de lego N3 45 lte 23		5. Motivo del examen Ingreso	6. Fecha del examen 14-05-08
7. Sexo M	8. Raza M	9. Nombre de los padres y residencia habitual Roberto - Rosa	
11. Fecha de nacimiento Día 14 Mes 08 Año 88		12. Total años de servicio	13. Unidad o repartición donde se hace el examen DMN2
14. Cargo o grado que aspira (cadete, soldado, empleado, etc.) IMAN		15. Cómo juzga el examinado de salud Bueno	

Estado Civil **Soltero** **HISTORIA FAMILIAR** Lea la nota final del reverso

Parentesco	Edad	Estado Salud	Si muerto la causa	Edad a que murió	Ha habido casos en la familia de	SI	NO	Parentesco
Padre	56	Bueno			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	39	"			Sífilis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos	22	Bueno			Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
	16	"			Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del Corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del estómago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Reumatismo		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Alergia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Epilepsia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Suicidios		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades mentales (locos)		<input checked="" type="checkbox"/>	

Lea la nota final del reverso **HISTORIA MEDICO PERSONAL** Lea la nota final del reverso

Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO	Ha sufrido usted o sufrirá de	SI	NO	Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO
Difteria		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	Furunculosis		<input checked="" type="checkbox"/>
Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	Cojeras		<input checked="" type="checkbox"/>
Tosferina		<input checked="" type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos de carro, tren, avión, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones del oído		<input checked="" type="checkbox"/>	Ictericia		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones de las vías digestivas		<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcohólicas en exceso		<input checked="" type="checkbox"/>
Coto		<input checked="" type="checkbox"/>	Sangre en la orina		<input checked="" type="checkbox"/>	Es tartamudo		<input checked="" type="checkbox"/>
Cólicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Deformidad de huesos, articulaciones, otros		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido sonámbulo		<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES		
Hemorroides o enfermedades del recto		<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión o angustia		<input checked="" type="checkbox"/>	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		<input checked="" type="checkbox"/>	Enuresis nocturna		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido tratada por algún desorden de sexo		
Enfermedades venéreas		<input checked="" type="checkbox"/>	Use aparatos para oír		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquilo		<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a los narcóticos		<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Use aparato ortopédico		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		<input checked="" type="checkbox"/>	Bronquitis crónica		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la última menstruación		
Dolor o inflamación articulaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruación		
			Fracturas		<input checked="" type="checkbox"/>			

¿Que empleo ha tenido en los últimos 3 años?	¿En cual permaneció más tiempo, meses?	¿Cual es su oído actual? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Excesiva	¿Es usted derecho? <input checked="" type="checkbox"/>
			¿Es usted zurdo? <input type="checkbox"/>

473 2

MARQUE SI o NO -- SI SE MARCA SI, DEBE EXPLICARSE AL FRENTE --

a) ¿Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
b) ¿Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc?		<input checked="" type="checkbox"/>
c) ¿Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		<input checked="" type="checkbox"/>
d) ¿Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		<input checked="" type="checkbox"/>
e) ¿Por otras razones de orden médico, es inhábil?		<input checked="" type="checkbox"/>
f) ¿Ha sido rechazado de algún empleo por causa de salud?		<input checked="" type="checkbox"/>
g) ¿Ha sido herido? ¿Qué clase de arma? ¿Qué sitio de la herida?		<input checked="" type="checkbox"/>
h) ¿Se le ha negado algún seguro de vida?		<input checked="" type="checkbox"/>
i) ¿Se le ha practicado o le han aconsejado que se practique alguna operación? ¿Cual?		<input checked="" type="checkbox"/>
j) ¿Ha estado interno por su voluntad o por orden en algún hospital, de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, porque y nombre del médico y señas completas de los hospitales		<input checked="" type="checkbox"/>
k) ¿Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles		<input checked="" type="checkbox"/>
l) ¿Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas como resfriados? ¿Que otras enfermedades?		<input checked="" type="checkbox"/>
m) ¿Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles		<input checked="" type="checkbox"/>
n) ¿Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles		<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al ingreso a que aspiro.

Nombre del examinado, letra imprenta

Rafael Rafael Reyes

Lyon 27-08-08
Lugar y Fecha

Dr. Claudia Rodríguez C.
Médico Oficial
Claudia Rodríguez
Firma de la Autoridad Revisora
Ante la cual hace esta declaración (Jefe de Sanidad).

3- 474 3

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
FICHA MEDICA ODONTOLÓGICA
(ARTICULO 3º DECRETO)
ANEXO "E"
CONFIDENCIAL

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos Reyes Arceza Raphael Rafael		2. Grado o Cargo Asp	3. Identificación C.C. o C.M. Etc. 1128061776
4. Dirección y domicilio- Ciudad Blvd de la 30 Mz 95 Lt 23		5. Causas del examen (de acuerdo art. 80 Decreto 1838/79) Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Escalonamiento _____ Ascenso _____ Cambio de arma _____ Comisión Exterior _____ CONTROL Especialidad _____ Del. Médico laboral _____ Curso Esp _____ Reintegro _____ Revisión _____	
6. Fecha de Examen 14-05-08		7. Sexo M 8. Nacionalidad Col 9. Tiempo de servicio _____	
10. Fuerza E.J.C. ARC. FAC. Polc. <input checked="" type="checkbox"/>	11. Unidad o repartición DMN2	12. Fecha de Nacimiento 19-08-88	13. Lugar de Nacimiento Santa Ana de
14. Nombre y dirección del pariente más cercano Roberto Reyes Bladalejo		15. Dependencia Médica donde se practica el examen. DMN2	
16. Cargo a que aspira o prouieve IMAR		OBSERVACIONES	

MEDICINA GENERAL

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem en la columna apropiada antes (NE) si no evalúa	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (anótese cada número del ítem pertinente antes de cada comentario. Continúese en el ítem 66 y adicione hojas si es necesario).
<input checked="" type="checkbox"/>		17. Cabeza, Cara, Cuero cabelludo	<p align="center">C.P.H.</p> <p align="center">ESM 1049.</p> <p>T 175 - P 65 - INC 4.2 - TA 100/20 - AU 20/20 -</p> <p align="right"><i>Belinda Gómez Gil</i> M.E.C. - INEPA C.C. 303.924</p>
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz	
		19. Estatura 175 Peso: 69	
		20. Color cabello Castaño	
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Oído en general	
		22. Color de Ojos Caro	
		23. Ojos en general 20/20 de 3/20	
		24. Raza Mestizo	
		25. T. Arterial 100/70 Pulso 70x	
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Movilidad Ocular	
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Tórax	
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos	
NE		29. Sist. Vascul. perf. U. Intético	
<input checked="" type="checkbox"/>		30. Abdomen y vísceras	
NE		31. Ano y Recto	
NS		32. Sistema Endocrino	
<input checked="" type="checkbox"/>		33. Genito Urinario	
<input checked="" type="checkbox"/>		34. Extremidades superiores	
<input checked="" type="checkbox"/>		35. Extremidades inferiores	
<input checked="" type="checkbox"/>		36. Pies	
<input checked="" type="checkbox"/>		37. Columna vertebral y esqueleto en general	
<input checked="" type="checkbox"/>		38. Señales, cicatrices y tatuajes	
<input checked="" type="checkbox"/>		39. Piel y Faneras	
<input checked="" type="checkbox"/>		40. Pecho	
<input checked="" type="checkbox"/>		41. Temperatura	
Para Mujer	42. Pene, Vagina, Rectal	43. Enfermedades que haya tenido en el servicio	
Grado y Nombre en letras de instrucción y número de identificación C.C. FFAMND (C) 09575		Firma, posición y sello autoritario del odontólogo	

ODONTOLOGÍA

0 Caras	• Obturados	X No tratables	A - Ausente	B - Prótesis fija	() - Prótesis removibles																																	
44. Boca: Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente			Observación y otros defectos y enfermedades dentarias:																																			
<table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Articulación	Oclusión	Partes blandas	Est. General de la boca.
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																							
Normal <input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																	
Anormal <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS:																																						
Paralelamente a la elaboración de esta ficha para el ascenso al grado de subteniente y cabo 2o. o de ingreso para personal civil debe iniciarse la ficha odontológica (apéndice 1) que formará parte de la "HISTORIA MEDICA PERSONAL" que se llevan en cada unidad.																																						

4754

225 PRUEBAS DE LABORATORIO



45. ORINA	46. RX de columna lumbosacra
47. SEROLOGIA BUN: 9.6 mg/dl	48. Prueba SIDA NEGATIVO LICEMIA
48. GRUPO RH creat: 112 mg/dl	50. Cuadro Hemático
	EOG
51. PRUEBAS: a) Triglicéridos	b) Colesterol c) Acido Úrico

OFTALMOLOGÍA

51. Visión a distancia	52. Refracción	53. Visión de cerca
Derecho 20 / Corrige 20 /	Por len esf. Cil.	Corrige a: Con.
Izquierdo 20 / Corrige 20 /	Por len esf. Cil.	Corrección a Con.
54. Heteroforias (Especifique)	Hip. Derecho Hip. Izq.	P.m. Conv. P.m. Conv. P.C. P.D.
55. Acomodación	55. Visión Color	55. Percepción de profundidad
I.Z.O. Derecho		Sin corregir Con corregir
58. Campo Visual	59. Visión Nocturna	60. Lente Roja
		61. Tensión Intraocular
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del oftalmólogo y oficial correspondiente		Firma, postfirma y sello autorizado

OTORRINO

62. Capacidad Auditiva	63. Audiometría	64. Tímpanos
	250 500 1.000 2.000 3.000 4.000 8.000 256 512 1.024 2.028 3.896 4.086 8.182	
	Derecho	
	Izquierdo	
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del otorrino y oficial correspondiente		Firma, postfirma y sello autorizado

PSICÓLOGO

65. Test Psicológico (especifique las pruebas usadas y el puntaje obtenido)	<i>Mini Holt 2-20 @ 90 Pto como MAX</i>
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del psicólogo y oficial correspondiente	<i>TRAPS DIANA Cordero Ibanez</i>
	Firma, postfirma y sello autorizado

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

66. OBSERVACIONES Debe ser diligenciada por Medicina Laboral.

RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNÓSTICOS	
<u>RENUNCIA</u>	<u>COMPATIBLE CON LA ACTIVIDAD</u>
1. 2. 3.	1. 2. 3.
<u>APLAZADO</u>	<u>NO APTO</u>
1. 2. 3.	1. 2. 3.
Grado y Nombre del Oficial Revisor	
FIRMA Y SELLO	
El anterior cuadro esta basado en el Artículo 3 del Decreto 094 de 1989. Según el Artículo 4 del mismo decreto esta aptitud tiene validez de 90 días.	

476 45

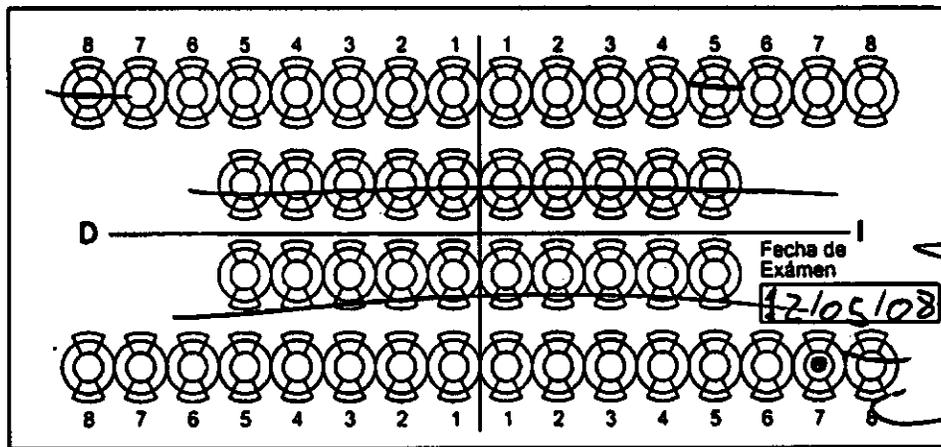


ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
División de Estadística

CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

						Fecha de Apertura		Día	Mes	Año
								27	02	08
1er. apellido		2do. apellido		Nombre		Grado		No. Cédula		
Reyes		Cordera		RALPHY		Asp		1128061776		
F. Nacimiento			Sexo		Dirección Residencia			Teléfonos		
Día	Mes	Año	M	X	F	Blasdelez30 43451123			6615682	
14	08	88								
OBSERVACIONES: 85 presente hipocalcificac. del Esmalte grado trabaja										
Esquema de dentadura Artículo 7º Ley 38/93										
Tipo de Prótesis		Superior		Inferior		Dientes amarillos (Oro)		Dientes Blancos (Platino)		
Total										
		Metálico								
Removible (Puente)		Combinado								
		Acrílico								
		Metálica								
Fija		Met. Porcel.								
		Met. Acrílico								

Curso del Tratamiento Vestibular



Obturado: Amalgama (Azul)
Resina (Verde)
Faltante: Raya Horizontal
Destruídos por caries: (Rojo)
Destruídos por TX: (Negro)

Odontograma para ser llenado por el odontólogo

Fecha de Examen
12/05/08

Firma y Sello

[Firma]
ODONT. N.º 1184 T.P. 22
ARMADA NACIONAL

INSTRUCTIVO: Diligencie todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anote, las malposiciones, prótesis, aparatos ortodónticos, alteraciones de forma, tamaño, número y color, torus diastemas, enfermedades periodontales y demás características individualizadoras que sirvan para la identificación.

CON EFICACIA Y TRANSPARENCIA CONSTRUIMOS PAZ Y FUTURO EN LOS MARES, COSTAS Y RIOS DE LA PATRIA

www.armada.mil.co

"Línea anticorrupción Armada Nacional 01 800 11 6969 24 Horas"

477 6

REPÚBLICA DE COLOMBIA SANIDAD FF. AA.
PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para ingreso y reintegros)
Lease la nota final del reverso antes de escribir.

Identificar el interesado.

Sitio para el retrato
Tamaño 3x4 papel delgado brillante

Adherir al retrato y sellarlo con el sello de la Entidad Sanitaria que ordena los exámenes.

1. Apellidos y nombres REGES OJEDA ROLPH RAFAEL		2. Grado 06J11	3. Cedula o T.I. 1128-061-776
4. Direccion de la residencia habitual Blaydeluyo M45.123.4 Etapa Licencia		5. Motivo del examen	6. Fecha del examen 07-09/10
7. Sexo M	8. Raza M	9. Nombre de los padres y residencia habitual Roberto Ruy Berrío Rosa America irioatejada	
11. Fecha de nacimiento Dia 14 Mes 08 Año 1988		12. Total años de servicio Militar 24 Civil	13. Unidad o reparación donde se hace el examen BEFEIM
14. cargo o grado que aspira (Cadete, sol, empleado, etc.) Licenciamento		15. Como juzga el examinado su salud Caliente	

Estado civil **HISTORIA FAMILIAR** Lea la nota final del reverso

parentesco	Edad	Estado Salud	Si muerto la causa	Edad a que murió	Ha habido casos en la familia de	SI	NO	Parentesco
Padre	53	Bono			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	43	Bono			Sifilis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos					Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del estomago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Reumatismo		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Alergia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Epilepsia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Suicidios		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades mentales (locos)		<input checked="" type="checkbox"/>	

Lea la nota final del reverso **HISTORIA MEDICO PERSONAL**

Ha sufrido Ud. o sufre de	SI	NO	Ha sufrido ud. o sufre de	SI	NO	Ha sufrido ud. o sufre de	SI	NO
Difteria		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	Forunculosis		<input checked="" type="checkbox"/>
Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	Cojeras		<input checked="" type="checkbox"/>
Tosferina		<input checked="" type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos de carro, tren, avión, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones del oido		<input checked="" type="checkbox"/>	Ictericia		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones de las vias digestivas		<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcoholicas en exceso		<input checked="" type="checkbox"/>
Colo		<input checked="" type="checkbox"/>	Sangre en la orina		<input checked="" type="checkbox"/>	Es tartamudo		<input checked="" type="checkbox"/>
Cólicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Deformidad huesos, articulaciones, otros		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido sonámbulo		<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES		
Hemorroides o enfermedad del recto		<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión o angustia		<input checked="" type="checkbox"/>	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		<input checked="" type="checkbox"/>	Enuresis nocturna		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido tratada por algun desorden de sexo		
Enfermedades venéreas		<input checked="" type="checkbox"/>	Usa aparatos para oír		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha estado embarazada		
Frecuencia de sueño intranquilo		<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a narcóticos		<input checked="" type="checkbox"/>	Palpilaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha tenido flujos vaginales		
Sangra excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		<input checked="" type="checkbox"/>	Bronquitis crónica		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la última Menstruación		
Dolor o inflamación de articulaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruación		
			Fracturas		<input checked="" type="checkbox"/>			

Que empleo ha tenido en los últimos 3 años?	En cual permaneció más tiempo, meses	Cuál es su oficio actual Imcar	Es Ud. derecho? <input checked="" type="checkbox"/>
			Es Ud. zurdo? <input type="checkbox"/>

MARQUE SI o NO SI SE MARCA SI DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO	
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		X	
b) Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc?		X	
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		X	
d) Tiene dificultad para adquirir ciertas posturas?		X	
e) Por otras razones de orden médico es inhábil?		X	
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de salud?		X	
Ha sido herido? ¿Qué clase de arma?. Que sitio de la herida?		X	
Se le ha negado algún seguro de vida?		X	
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?		X	
Ha estado interno por su voluntad o por orden en algún hospital? De enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuando y donde, porqué y nombre del médico y señas completas de los hospitales.		X	
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas? En caso afirmativo dar detalles	X	X	Episodio Psicótico. Agudo en Abril 2009
Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas: como resfriados? Qué otras enfermedades?		X	
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles		X	
Ha sido pensionado o tiene pensión pendientes por inhabilidad? Dar detalles		X	

OBSERVACIONES

Tiene pendiente cita control por psiquiatría
A Antecedente de E. psicótico Agudo

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, clínicas y hospitales, mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al ingreso a que aspiro.

Nombre del examinado. Letra de Imprenta

Reyes J. de la Cruz

07 Abril 2010

Fecha y Lugar

Firma de la Autoridad Revisora
Ante la cual esta declaración (Del Sanidad)



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
FICHA MEDICA ODONTOLÓGICA
(ARTICULO 3o. DECRETO)

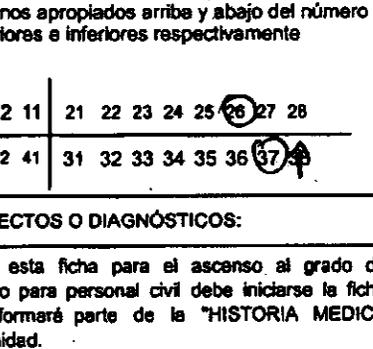
ANEXO "E"
Confidencial

478

(Debe llenarse con todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y Nombres completos <i>Ruiz Ayuda Ralph Raphael</i>		2. Grado o Cargo <i>D6 IM</i>	3. Identificación C C o C M etc <i>1.178.061.776</i>
4. Dirección y Domicilio - Ciudad <i>Blvd. del Sur 445-1234 C. Tapa Cartagena</i>		5. Causas del Examen (de acuerdo Art. 60 Decreto 1836/79) Ingreso: _____ Escalafonamiento: _____ Ascenso _____ Cambio de Arma _____ Comisión Exterior _____	
6. Fecha de Examen <i>02-09/10</i>		CONTROL: Especialidad _____ Def Médico Laboral _____ Curso Esp. _____ Reintegro _____ revisión _____	
7. Sexo <i>M</i>	8. Nacionalidad <i>Colombia</i>	9. Tiempo de Servicio <i>24 Meses</i>	10. Fuerza: EJE. (ARC) FAC. Polc
11. Unidad o Repartición <i>BFE IM</i>		12. Fecha de Nacimiento <i>14/08/1988</i>	13. Lugar de Nacimiento <i>San Andres isla</i>
14. Nombre y Dirección del Pariente más cercano <i>Rafael Ruiz Borrero</i>		15. Dependencia Médica donde se práctica el Examen <i>SM 115</i>	
16. Cargo a que aspira o promueve <i>Licenciamento</i>		OBSERVACIONES:	

MEDICINA GENERAL

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem en la columna apropiada Anota (NE) si no evaluó	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (anótese cada Número de ítem pertinente antes de cada comentario Continúese en el ítem 68 y adiciónese hojas si es necesario).	
<input checked="" type="checkbox"/>		17. Cabeza. Cara, Cuero Cabeludo		
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz		
		19. Estatura <i>1,73</i> Peso: <i>74</i>		
		20. Color Cabello <i>negro</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Oído en General		
		22. Color Ojos <i>cafe</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>		23. Ojos en General		
		24. Raza <i>negro</i>		
		25. T Arterial <i>120/60</i> Pulso: <i>60</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Movilidad Ocular		
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Tórax		
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos		
<input checked="" type="checkbox"/>		29. Sts. Vasculares perif y linfático		
<input checked="" type="checkbox"/>		30. Abdomen y vísceras		
<input checked="" type="checkbox"/>		31. Ano y Recto		
<input checked="" type="checkbox"/>		32. Sistema Endocrino		
<input checked="" type="checkbox"/>		33. Génito Urinario		
<input checked="" type="checkbox"/>		34. Extremidades Superiores		
<input checked="" type="checkbox"/>		35. Extremidades Inferiores		
<input checked="" type="checkbox"/>		36. Piel		
<input checked="" type="checkbox"/>		37. Columna Vertebral y Esqueleto en General		
<input checked="" type="checkbox"/>		38. Señales, Cicatrices, Tatuajes		
<input checked="" type="checkbox"/>		39. Piel y Faneras		
<input checked="" type="checkbox"/>		40. Pecho		
<input checked="" type="checkbox"/>		41. Temperatura		
Para Mujer	42. Pelvis	Vagina		Rectal
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Médico G. <i>Jaime Rick Romero</i>				43. Enfermedades que haya tenido en el servicio <i>JAIME RICK ROMERO</i> Firma, Postfirma y Sello Autorizado

ODONTOLOGÍA

0 - Caries	+ Obturadas	x - No tratables	A - Ausentes	II - Prótesis Fija	() Prótesis Removibles																																	
44 Boca:			Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias																																			
Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente			Articulación																																			
<table border="1"> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>			17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Oclusión			Partes Blandas		Est General de la Boca
			17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																					
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																								
			Normal <input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																														
			Anormal <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																														
RESUMEN DE DEFECTOS O DIAGNÓSTICOS:																																						
Paralelamente a la elaboración de esta ficha para el ascenso al grado de Subteniente y Cabo 2o. o de ingreso para personal civil debe iniciarse la ficha odontológica (Apéndice 1) que formará parte de la "HISTORIA MEDICA PERSONAL" que se lleva en cada Unidad.			PAOLA ESPINOSA CAICEDO ODONTOLÓGA C.C. 1.178.061.771 ODONTÓLOGA COLOMBIANA Firma, Postfirma y Sello autorizado del Odontólogo																																			

PRUEBAS DE LABORATORIO		
45. ORINA	46. RX de Columna Lumboesacra	
47. SEROLOGIA	48 Prueba de Sida	GLICEMIA
49 GRUPO RH	50. Cuadro Hemático	
EEG	EOG	
OTROS: a) Triglicéridos	b)Cotesterol	c) Acido Úrico

OFTALMOLOGÍA

51 Visión a distancia		52 Refracción		53. Visión de Cerca			
Derecho 20/ <u>20</u> Corregido 20/ <u>20</u>		Por lent. Esf. Cil.		Corrige a		con	
Izquierdo 20/ <u>20</u> Corregido 20/ <u>20</u>		Por lent. Esf. Cil.		Corrige a		con	
54 Heteroforias (Especifíquese)	Es.	Es.	Hip. Derech.	Hip. Izq	Pm. Div.	Pm. Conv.	P.C. P.D.
55. Acomodación IZQ DERECHO		66. Visión de Color		67. Percepción de Profundidad		Sin Corregir Con Corrección	
56. Campo Visual		59. Visión Nocturna		60. Lente Roja		61. Tensión Intraocular	
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Oftalmólogo y Oficial correspondiente.					Firma, Posfirma y sello autorizado		

OTORRINO

62. Capacidad Auditiva	63. Audiometria							64. Timpanos
	250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	8.000	
	256	512	1.024	2.020	3.896	4.096	8.192	
	Derecho							
	Izquierdo							
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Oficial u Otorrino de Sanidad					Firma, Posfirma y sello autorizado			

PSICOLOGO

65. TES Psicologico (especifique las pruebas usadas y el puntaje obtenido)	
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Psicólogo u Oficial de Sanidad	Firma, Posfirma y sello autorizado

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

66. OBSERVACIONES. Debe ser diligenciada por Medicina Laboral

18/06/10 RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS	
1. <u>RENUNCIA</u> Firm. JAL Provisional N° 175-HMPC-23/4/10	COMPATIBLE CON LA APTITUD
2. Episodio psicótico agudo. XGM.	2.
3.	3.
1. <u>APLAZADO</u> Pcte nuevo empuje psiquiatrico por	NO APTO
2. JAL x episodio psicótico agudo oct/10	1.
3.	3.
Grado y Nombre del Oficial Revisor <u>JAL</u>	FIRMA Y SELLO
El anterior cuadro está basado en el Artículo 3o. del Decreto 094 de 1989. Según el artículo 4o. del mismo Decreto esta aptitud tiene validez de 90 días	



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
División de Estadística

CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

4701 8

		Fecha de Apertura		Día	Mes	Año
				07	04	010
1er. apellido	2do. apellido	Nombre		Grado	No. Cédula	
REGES	OSGDA	RALPHY RAFAEL		IMNR	L. 128.061.776	
F. Nacimiento		Sexo	Dirección Residencia			Teléfonos
Día	Mes	Año	M	X	F	
14	08	88		X		
			Blas de lebo N° 45 Ct 23 C/gera 4 Etapa			6615682 C/gera
OBSERVACIONES:						
/						
Esquema de dentadura Artículo 7° Ley 38/93						
Tipo de Prótesis		Superior	Inferior	Dientes amarillos (Oro)	Dientes Blancos (Platino)	
Total						
	Metálico	/	/	/	/	
Removible (Puente)	Combinado	/	/	/	/	
	Acrílico	/	/	/	/	
	Metálica	/	/	/	/	
Fija	Met. Porcel.	/	/	/	/	
	Met. Acrílico	/	/	/	/	

Curso del Tratamiento Vestibular

Obturado: Amalgama (Azul)
Resina (Verde)
Faltante: Raya Horizontal
Destruídos por caries: (Rojo)
Destruídos por TX: (Negro)

Odontograma para ser llenado por el odontólogo

PAOLA ESPINOSA CAICEDO
ODONTÓLOGA
C.O. 611.671
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Firma y Sello

INSTRUCTIVO: Diligencie todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anote, las mal-posiciones prótesis, aparatos ortodónticos, alteraciones de forma, tamaño, número y color, torus, diastemas, enfermedades periodontales y demás características individualizadoras que sirvan para la identificación.

CON EFICACIA Y TRANSPARENCIA CONSTRUIMOS PAZ Y FUTURO EN LOS MARES, COSTAS Y RÍOS DE LA PATRIA

www.armada.mil.co

"Línea anticorrupción Armada Nacional 01 800 11 6969 24 Horas"

Respuesta requerimiento

480

sdahonac@armada.mil.co

mar 27/09/2016 2:25 p.m.

Para:Secretaria Tribunal Administrativo - Cartagena <stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

Cc:sdchonac@gmail.com <sdchonac@gmail.com>;

1 archivos adjuntos (2 MB)

OFICIO 3998.pdf;

no en archivo

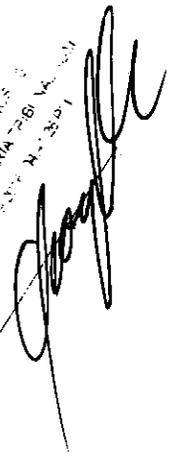
Buenas tardes,

En atencion a su oficio 0685-LMVA del 19 de septiembre de 2016, Rad:13-001-23-33-000-2013-00598-00, me permito dar respuesta a su requerimiento.

avor agradecemos confirmar recibo del presente.

--
SUBDIRECCION ASISTENCIAL HONAC

SECRETARIA TRIBUNAL ADM
 PO RESPUESTA OFICIO
 REMITEN ESTE OFICIO
 ESTE OFICIO SECRETARIA
 CONSEJERIA ASISTENCIAL
 REQUIERIMIENTO SECRETARIA
 SECRETARIA ASISTENCIAL
 SECRETARIA ASISTENCIAL
 SECRETARIA ASISTENCIAL



481



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
ARMADA NACIONAL
HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA



Uso Exclusivo para
Registro y Radicación

- 3 9 9 8 - - -
No. /MDN-CGFM-CARMA-SECAR-JEDHU-DISAN-DHONAC-SDA-1.10

Cartagena de Indias D.T. y C., 27 SET. 2016

Señor
JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
Secretario General del Tribunal Administrativo de Bolívar
Cartagena de Indias.

Asunto: Respuesta oficio No. 0685-LMVA DEL 19 septiembre de 2016
Ref: solicitud certificación suspensión servicios médicos Ralphy Reyes Ojeda
Rad: 13-001-23-33-000-2013-00598-00

En atención a su oficio de la referencia, recibido en esta Dirección y radicado bajo el número 7551, mediante el cual solicita certificación suspensión de servicios médicos Ralphy Reyes Ojeda, me permito informar que su requerimiento fue enviado por competencia funcional a la Dirección General de Sanidad Militar, con oficio No. 3711 del 07 de septiembre de 2016, del cual anexo copia.

Así mismo, le comunico que verificada la historia clínica del paciente en mención, se pudo observar que la última atención fue realizada el día 19 de diciembre de 2011, por el Servicio de Urgencias.

Atentamente,

Capitán de Navío **CANDY GAITÁN RIVERA**
Subdirectora Asistencial del Hospital Naval de Cartagena



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
ARMADA NACIONAL
HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA



3711---

No. MDN-CGFM-CARMA-SECAR-JEDHU-DISAN-DHONAC-OFJUR-19

Cartagena de Indias, D.T. y C.,

Señor Vicealmirante
CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ PINILLOS
Director General de Sanidad Militar
Cra 10 N° 27 – 50, Residencias Tequendama, Torre Norte, Oficina 204
Tel. (091) 323 85 55
Bogotá D.C.-

Asunto: Remisión por competencia requerimiento judicial Ref. Certificación suspensión servicios médicos RALPHY REYES OJEDA.

Con toda atención me permito enviar por competencia funcional, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 1755 de 2015, oficio No. 0615-LMVA del 31 de agosto de 2016, proveniente del Tribunal Administrativo de Bolívar, mediante el cual solicita certificación en el cual conste desde que fecha le fueron suspendidos los servicios médicos al señor RALPHY REYES OJEDA, identificado con cédula No. 1.128.061.776, solicitud que igualmente fue enviado a los correos electrónicos afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co y atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co, el día 05 de septiembre de 2016, lo anterior para los fines pertinentes.

Atentamente,


Capitán de Navío **HARRY ERNESTO REYNA NIÑO**
Director Hospital Naval de Cartagena.

Anexo: Lo enunciado en 03 fotos útiles.

"Protegemos el azul de la Bandera"
Línea Atención al Usuario 01 8000 111 400
Carrera 2 No. 14-210 Av. San Martín Estrada Bogotá. Tel 8655360. Cartagena-Soliver
www.sanidadnaval.mil.co

GEDOC-FT-001-AYGAR-V07





TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL

SIGCMA

482

Cartagena de Indias D. T. y C., Seis (6) de Octubre de Dos Mil Dieciséis (2016).

OFICIO No 0772-- LMVA

SEÑORES:
CLINICA SIQUIATRICA DEL CARIBE IPS
REQUERIDA
CALLE 55 # 46 – 63
BARRANQUILLA (SUR ORIENTE), BARRANQUILLA

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
MAGISTRADO: DR. LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.
RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS
DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA- ARAMADA NACIONAL

Cordial Saludo.

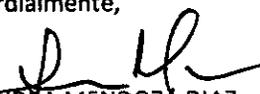
Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE POR SEGUNDA VEZ que ésta corporación, mediante providencia de fecha 30 de Agosto de 2016, resolvió:

OFICIAR A LA CLINICA SIQUIATRICA DEL CARIBE IPS, PARA QUE EN EL TERMINO DE 10 DIAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, REGISTRE SÍ EL SEÑOR SOLDADO RALPHY REYES OJEDA, CON CC 1.128.061.776., FUE ATENDIDO DE FORMA PARTICULAR; O COMO AFILIADO.

PARA LO ANTERIOR SE LE CONCEDE A LA ENTIDAD OFICIADA UN TÉRMINO DE DIEZ (10) DÍAS.

ADVIERTASE QUE EN EL EVENTO QUE INCUMPLA, SIN JUSTA CAUSA, CON LA ORDEN IMPARTIDA EN ÉSTE AUTO, PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA DE DOS A CINCO SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES, DE ACUERDO A LO PREVISTO EN EL CGP.

Cordialmente,


SANDRA MÉNDEZ DÍAZ
SECRETARIO GENERAL



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL

SIGCMA

403

Cartagena de Indias D. T. y C., Veinte (20) de Febrero de Dos Mil Diecisiete (2017).

OFICIO No 0878- LMVA

SEÑORES:
CLINICA SIQUIATRICA DEL CARIBE IPS
REQUERIDA
CALLE 55 # 46 - 63
BARRANQUILLA (SUR ORIENTE), BARRANQUILLA

REQUERIMIENTO POR TERCERA VEZ:

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
MAGISTRADO: DR. LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.
RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS
DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA- ARAMADA NACIONAL

REQUERIMIENTO POR SEGUNDA VEZ:

Cordial Saludo.

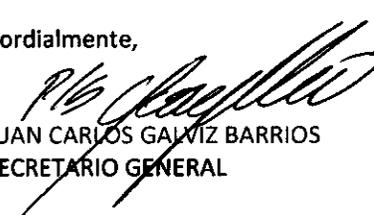
Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE ELECTRONICAMENTE que ésta corporación, mediante providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016, resolvió:

OFICIAR A LA CLINICA SIQUIATRICA DEL CARIBE IPS, PARA QUE EN EL TERMINO DE 5 DIAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, REGISTRE SÍ EL SEÑOR SOLDADO RALPHY REYES OJEDA, CON CC 1.128.061.776., FUE ATENDIDO DE FORMA PARTICULAR; O COMO AFILIADO.

PARA LO ANTERIOR SE LE CONCEDE A LA ENTIDAD OFICIADA UN TÉRMINO DE CINCO (5) DÍAS.

ADVIERTASE QUE EN EL EVENTO QUE INCUMPLA, SIN JUSTA CAUSA, CON LA ORDEN IMPARTIDA EN ÉSTE AUTO, PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA DE DOS A CINCO SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES, DE ACUERDO A LO PREVISTO EN EL CGP.

Cordialmente,


JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS
SECRETARIO GENERAL



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
SECRETARIA GENERAL

SIGCMA

Cartagena de Indias D. T. y C., Veinte (20) de Febrero de Dos Mil Diecisiete (2017).

OFICIO No 0878- LMVA

SEÑORES:
CLINICA SIQUIATRICA DEL CARIBE IPS
REQUERIDA
CALLE 55 # 46 - 63
BARRANQUILLA (SUR ORIENTE), BARRANQUILLA

REQUERIMIENTO POR TERCERA VEZ:

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
MAGISTRADO: DR. LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.
RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS
DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA- ARAMADA NACIONAL

REQUERIMIENTO POR SEGUNDA VEZ:

Cordial Saludo.

Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE ELECTRONICAMENTE que ésta corporación, mediante providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016, resolvió:

OFICIAR A LA CLINICA SIQUIATRICA DEL CARIBE IPS, PARA QUE EN EL TERMINO DE 5 DIAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, REGISTRE SÍ EL SEÑOR SOLDADO RALPHY REYES OJEDA, CON CC 1.128.061.776., FUE ATENDIDO DE FORMA PARTICULAR; O COMO AFILIADO.

PARA LO ANTERIOR SE LE CONCEDE A LA ENTIDAD OFICIADA UN TÉRMINO DE CINCO (5) DÍAS.

ADVIERTASE QUE EN EL EVENTO QUE INCUMPLA, SIN JUSTA CAUSA, CON LA ORDEN IMPARTIDA EN ÉSTE AUTO, PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA DE DOS A CINCO SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES, DE ACUERDO A LO PREVISTO EN EL CGP.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:13 a.m.
Para: 'notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co'; 'notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co';
 'area juridica.sanidad@armada.mil.co'; 'notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co';
 'notificacionesjuridi@ejercito.mil.co'; 'juan.guevara@ejercito.mil.co'; 'disanejc@ejercito.mil.co'
Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No 0875- LMVA




TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

*Cartagena de Indias D. T. y C., Veinte (20) de Febrero de Dos Mil Diecisiete (2017).
OFICIO No 0875- LMVA*

SEÑORES:

**DIRECTOR DE SANIDAD DE LA ARMADA NACIONAL
ACCIONADA**

*notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co; notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co;
area juridica.sanidad@armada.mil.co; notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co*

SEÑORES:

**DIRRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL
ACCIONADA**

notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co; notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co; notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co; notificacionesjuridi@ejercito.mil.co; juan.guevara@ejercito.mil.co; disanejc@ejercito.mil.co

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

MAGISTRADO: DR. LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.

RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.

DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS

DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA- ARMADA NACIONAL

REQUERIMIENTO POR TERCERA VEZ:

Cordial Saludo.

Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE ELECTRONICAMENTE que ésta corporación, mediante providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016, resolvió:

OFICIAR A LA DIRECCIÓN DE SANIDA MILITAR DE LA ARMADA NACIONAL, PARA QUE EN EL TERMINO DE 5 DIAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, COPIA AUTENTICA DE LA FICHA TECNICA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN DEL SOLDADO RALPHY REYES OJEDA, CON CC 1.128.061.776.

PARA LO ANTERIOR SE LE CONCEDE A LA ENTIDAD OFICIADA UN TÉRMINO DE CINCO (5) DÍAS.

ADVIERTASE QUE EN EL EVENTO QUE INCUMPLA, SIN JUSTA CAUSA, CON LA ORDEN IMPARTIDA EN ÉSTE AUTO, PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA DE DOS A CINCO SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES, DE ACUERDO A LO PREVISTO EN EL CGP.

Cordialmente,

**JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS
SECRETARIO GENERAL**

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR.

Dirección: centro, av. Venezuela edificio nacional primer piso.

Horario de Atención al Público: lunes a viernes de 8: 00 a.m. a 12 m y de 1: 00 p.m. a 5: 00 p.m.

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: Microsoft Outlook
<MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@etbcsj.onmicrosoft.com>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:11 a.m.
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Asunto: Retransmido: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA
Datos adjuntos: details.txt; Datos adjuntos sin título 00399.txt

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

disanek@ejercito.mil.co

juan.quevara@ejercito.mil.co

notificacionesjurid@ejercito.mil.co

Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: CORREO INSTITUCIONAL DISAN EJC. <DisanEJC@ejercito.mil.co>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:11 a.m.
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Asunto: Respuesta de Estoy susante: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA

Cordial saludo:

La DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO se permite informar a nuestros usuarios, beneficiarios y despachos judiciales, que para notificaciones judiciales y trámites de carácter jurídico fue habilitado el correo juridicadisan@ejercito.mil.co UNICO CORREO AUTORIZADO PARA NOTIFICACION DE ESTA ENTIDAD. De acuerdo con el artículo 197 del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo.

CORREO INSTITUCIONAL DISAN EJC.

Periodista Disan
e-mail: DisanEJC@ejercito.mil.co



Attn: Legal

El contenido de este mensaje de datos, incluidos los ficheros adjuntos, es confidencial y está sujeto a la Ley 1712 de 2014, Convención Interamericana de Derechos Humanos y Artículo 19, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y Artículo 1, Declaración Universal de los Derechos Humanos, especialmente en lo que respecta a los datos personales consignados en la Ley 1581 de 2012 y se prohíbe su divulgación a destinatarios no autorizados. Si usted no lo es o si lo ha recibido por error o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, es rogamos que lo comunique al remitente, al correo disanek@ejercito.mil.co Área de Seguridad de la Información y proceda a destruirlo o borrarlo y que en todo caso se abstenga de utilizar, reproducir, alterar, archivar o comunicar a terceros el presente mensaje y ficheros adjuntos. Todo ello bajo pena de incurrir en responsabilidad legal.

Las opiniones contenidas en este mensaje y en los archivos adjuntos pertenecen exclusivamente al remitente y no representan la opinión del Ejército Nacional, salvo se diga expresamente y el remitente está autorizado para ello. El emisor no garantiza la integridad, rapidez o seguridad del presente correo, ni se responsabiliza de los posibles perjuicios derivados de la recepción o uso de cualquier otro medio electrónico electrónico por terceros.

NRBC

NRBC

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: Microsoft Outlook
<MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@etbcsj.onmicrosoft.com>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:11 a.m.
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Asunto: Retransmido: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA
Datos adjuntos: details.txt; Datos adjuntos sin título 00385.txt

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co

notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co

notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co

Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: Microsoft Outlook
<MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@etbcsj.onmicrosoft.com>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:29 a.m.
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Asunto: Retransmido: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA
Datos adjuntos: details.txt; Datos adjuntos sin título 00410.txt

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

juridicadisan@ejercito.mil.co

Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No. 0875- LMVA

NRBC

NRBC

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:36 a.m.
Para: 'notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co'; 'notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co'; 'areajuridica.sanidad@armada.mil.co'; 'TUTELAS MINISTERIO DEFENSA - Armada Nacional (oficinajuridica@armada.mil.co)'; Armada Asuntos Legales (dasleg@armada.mil.co)
Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No 0876-LMVA

Seguimiento:**Destinatario**

'notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co'
 'notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co'
 'areajuridica.sanidad@armada.mil.co'
 TUTELAS MINISTERIO DEFENSA
 Armada Nacional (oficinajuridica@armada.mil.co)
 Armada Asuntos Legales (dasleg@armada.mil.co)
 Dirección de Asuntos Legales y Administrativos

Leído: 20/02/2017 12:16 p.m.

Lectura**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR**

Cartagena de Indias D. T. y C., Veinte (20) de Febrero de Dos Mil Diecisiete (2017).
 OFICIO No 0876-LMVA

SEÑORES:

COMANDANTE DE LA ARMADA NACIONAL
 ACCIONADA
 notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co; notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co;
 areajuridica.sanidad@armada.mil.co; notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

REGISTRADO: DR. LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.
RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS
DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA- ARMADA NACIONAL

REQUERIMIENTO POR TERCERA VEZ:

Cordial Saludo.

Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE ELECTRONICAMENTE que ésta corporación, mediante providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016, resolvió:

OFICIAR AL COMANDANTE DE LA ARMADA NACIONAL, PARA QUE EN EL TÉRMINO DE 5 DÍAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, COPIA AUTÉNTICA DE LOS INFORMES SEMESTRALES, TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y ANUALES, DONDE CONSTEN LAS GESTIONES DE PREVENCIÓN REALIZADAS POR LO SICOLOGOS MILITARES, PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS QUE FORTALEZCAN Y MANTENGAN UNA OPTIMA SALUD MENTAL EN LOS MIEMBROS QUE INTEGRAN LA INSTITUCIÓN; Y EN PARTICULAR DE LOS SOLDADOS CONSCRIPTOS, PARA LOS AÑOS EN QUE EL SEÑOR SOLDADO RALPHY REYES OJEDA, CON CC 1.128.061.776, ESTUVO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN.

PARA LO ANTERIOR SE LE CONCEDE A LA ENTIDAD OFICIADA UN TÉRMINO DE CINCO (5) DÍAS.

ADVERTIRSE QUE EN EL EVENTO QUE INCUMPLA, SIN JUSTA CAUSA, CON LA ORDEN IMPARTIDA EN ÉSTE AUTO, PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA DE DOS A CINCO SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES, DE ACUERDO A LO PREVISTO EN EL CGP.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GALVEZ BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR.

Dirección: centro, av. Venezuela edificio nacional primer piso.
Horario de Atención al Público: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12 m y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.
Teléfonos: +57 (6) 6642718
Correo Electrónico: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

407

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: Microsoft Outlook
<MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@etbcsj.onmicrosoft.com>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:35 a.m.
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Asunto: Retransmitido: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
OFICIO No 0876- LMVA
Datos adjuntos: details.txt; Datos adjuntos sin título 00421.txt

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co

notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co

'TUTELAS MINISTERIO DEFENSA ' (Notificaciones.Tutelas@mindefensa.gov.co)

Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No 0876- LMVA

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: Dirección de Asuntos Legales y Administrativos <dasleg@armada.mil.co>
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 12:16 p.m.
Asunto: Leído: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No 0876- LMVA



Su mensaje

Para: Desconocido
Asunto:

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:44 a.m.
Para: 'notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co'; 'notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co';
'area juridica.sanidad@armada.mil.co'; 'notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co'
Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No 0877-LMVA




TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

*Cartagena de Indias D. T. y C., Veinte (20) de Febrero de Dos Mil Diecisiete (2017).
OFICIO No 0877-LMVA*

SEÑORES:
**COMANDANTE DE LA INFANTERIA DE MARINA
ACCIONADA**
*notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co; notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co;
area juridica.sanidad@armada.mil.co; notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co*

PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
MAGISTRADO: DR. LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALVAREZ.
RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
DEMANDANTE: RALPHY REYES OJEDA Y OTROS
DEMANDADO: MINISTERIO DE DEFENSA- ARMADA NACIONAL

REQUERIMIENTO POR TERCERA VEZ:

Cordial Saludo.

Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE ELECTRONICAMENTE que ésta corporación, mediante providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016, resolvió:

OFICIAR AL COMANDANTE DE LA ARMADA NACIONAL, PARA QUE EN EL TERMINO DE 5 DIAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, COPIA AUTENTICA DE LOS INFORMES MENSUALES, TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y ANUALES; DONDE CONSTEN LAS GESTIONES DE PREVENCIÓN REALIZADAS POR LOS PSICÓLOGOS MILITARES, PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS QUE FORTALEZCAN Y MANTENGAN UNA OPTIMA SALUD MENTAL EN LOS MIEMBROS QUE INTEGRAN LA INSTITUCIÓN; Y EN PARTICULAR DE LOS SOLDADOS CONSCRIPTOS, PARA LOS AÑOS EN QUE EL SEÑOR SOLDADO RALPHY REYES OJEDA, CON CC 1.128.061.776, ESTUVO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN.

PARA LO ANTERIOR SE LE CONCEDE A LA ENTIDAD OFICIADA UN TÉRMINO DE CINCO (5) DÍAS.

ADVIERTASE QUE EN EL EVENTO QUE INCUMPLA, SIN JUSTA CAUSA, CON LA ORDEN IMPARTIDA EN ÉSTE AUTO, PODRÁ SER SANCIONADO CON MULTA DE DOS A CINCO SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES, DE ACUERDO A LO PREVISTO EN EL CGP.

Cordialmente,

JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS
SECRETARIO GENERAL

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR.
Dirección: centro, av. Venezuela edificio nacional primer piso.
Horario de Atención al Público: lunes a viernes de 8: 00 a.m. a 12 m y de 1: 00 p.m. a 5: 00 p.m.
Teléfonos: +57 (5) 6642718
Correo Electrónico: stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co

De: Microsoft Outlook
<MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@etbcsj.onmicrosoft.com>
Enviado el: lunes, 20 de febrero de 2017 11:43 a.m.
Para: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Asunto: Retransmitido: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00.
OFICIO No 0877- LMVA
Datos adjuntos: details.txt; Datos adjuntos sin título 00434.txt

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co

notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co

notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co

Asunto: PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA RADICADO: 13-001-23-33-000-2013-00598-00. OFICIO No 0877- LMVA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL



1
490



No. 20170423670079231 / MD-CGFM-CARMA-SECAR-JEDHU-DISAN-SSS-AMEL-27.3

Bogotá D.C. 03-03-2017

Doctor
JUAN CARLOS GALVIZ BARRIOS
Secretaria Tribunal Administrativo de Bolivar
Dirección: Edificio Nacional. Av. Venezuela Cll. 33 No. 8-52 P-1.
Correo electrónico: sgtadminbol@notificacionesrj.gov.co
Teléfono: 6642718
Cartagena, Bolivar.

Asunto: Respuesta requerimiento oficio N° 0875-LMVA, solicitud de pruebas dentro del proceso de REPARACION DIRECTA de RALPHY REYES OJEDA contra LA NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-ARMADA NACIONAL. Expediente N° 13-001-23-33-000-2013-00598-00.

En atención a su requerimiento realizado mediante oficio No. N° 0875-LMVA, recibido en esta Dirección de Sanidad Naval, me permito informar lo siguiente:

Una vez revisado en las bases de datos del área de Medicina Laboral de la Dirección de Sanidad Armada, se hace nuevamente envío de la Ficha Médica de Ingreso, advirtiendo que la misma junta con la Ficha medica odontológica de licenciamiento fueron enviadas mediante oficio N° 20160423670446741 de fecha 19 de septiembre de 2016.

Atentamente,

Claudia Patricia Rodríguez Castro
Capitán de Corbeta CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ CASTRO
Jefe Medicina Laboral Armada Nacional

Anexo: (06) seis folios.

C. Co.: CAPITÁN DE NAVÍO
Director de Sanidad Naval

Elaboró: *Sergio Agustín Hernández Hoyos*
PS. SERGIO AGUSTÍN HERNÁNDEZ HOYOS.
Asesor Jurídico AMEL-DISAN ARC

10-7-2017-2017 2:15P
[Handwritten signature]
(7 folios)
Dyane F/S

GEDOC-FT-001-AYGAR-V07

"Protegemos el Azul de la Bandera"
Línea Atención al Usuario 01 8000 111 400
Carrera 13 No. 26-50 Piso 5 Edif. Bachué- Conmutador 3692000-3278390Bogotá, Colombia.
www.sanidadnava.mil.co





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
ARMADA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL



2



No. 20180423670446741 / MD-CGFM-CARMA-SECAR-JEDHU-DISAN-SSS-AMEL-27.3

Bogotá D.C. 19-09-2016

491

Señores
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
Centro, Avenida Venezuela Edificio Nacional Primer Piso
Correo electrónico: stadcgema@cecdol.ramajudicial.gov.co
Cartegán de Indias DT y C.-

Asunto: Respuesta requerimiento de suministro de copia de Ficha Médico Odontológica del señor RALPHY REYES OJEDA

En atención a su requerimiento emitido vía correo electrónico, me permito remitir en ocho (8) folios copia de la ficha médico odontológica ingreso y de licenciamiento diligenciada por el señor RALPHY REYES OJEDA para los fines probatorios pertinentes dentro del proceso que se adelanta ante esa Corporación Judicial dentro del proceso de Reparación Directa No. 13-001-23-33-000-2013-00598-00.

Atentamente,

Capitán de Navío **FRANCO PORTILLA**
Jefe Medicina Laboral Armada Nacional

Area: La enunciada en ocho (8) folios

Elaboró: P.S. María Lorena Hernández E.
Asesora Jurídica AMEL-DISAN ARC

190916

R.I. No. 20180423670446741

0220C-FT-001-AYGAR-107

"Principios de Atención al Cliente"
Línea Atención al Cliente 01 8000 111 400.
Carrera 13 No. 26-80 Piso 5 Edif. Satchi - Comutador 3482000-2276960 Bogotá, Colombia.
www.armada.mil.co



REPUBLICA DE COLOMBIA SANIDAD FF.AA.
PLIEGO DE ANTECEDENTES
(Debe llenarse en los antecedentes para ingreso y reintegro)
 Llene la nota final del reverso antes de enviar



1. Apellidos y Nombres: **Reyes Rojas Ralphy Rafael**

2. Grado: **Asp**

3. Cédula o T.I.: **1128061776**

4. Dirección de la residencia habitual: **Bloque de lago No 95 Lta 23**

5. Motivo del examen: **Ingreso**

6. Fecha del examen: **14-05-08**

7. Sexo: **M**

8. Raza: **M**

9. Nombre de los padres y residencia habitual: **Roberto - Rosa**

10. Lugar de nacimiento: **San Andrés**

11. Fecha de nacimiento: **Día 14 Mes 08 Año 88**

12. Total años de servicio: _____

13. Unidad o institución donde se hace el examen: **DMNC**

14. Cargo o grado que ocupa (padre, soldado, empleado, etc.): **IMAV**

15. Cómo juzga el resultado del examen: **Buena**

HISTORIA FAMILIAR

Estado Civil: **Soltero** Lea la nota final del reverso

Parentesco	Edad	Estado Civil	Si sufre la misma	Esposa o que tuvo	Ha tenido casos en la familia de:	SI	NO	Parentesco
Padre	56	Retirado			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	59	VI			DMNC		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos	27	Retirado			Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
	16	VI			Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del estómago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Respiratorio		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Alergias		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Epilepsia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Salud		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades mentales (locas)		<input checked="" type="checkbox"/>	

HISTORIA MEDICO PERSONAL

Lea la nota final del reverso

Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO	Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO	Ha sufrido usted o sufre de	SI	NO
Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	Fonofobia		<input checked="" type="checkbox"/>
Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	Perforación de la nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	Colestasis		<input checked="" type="checkbox"/>
Neuritis		<input checked="" type="checkbox"/>	Resistencia bacteriana		<input checked="" type="checkbox"/>	Miedo de carro, tren, avión, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Parotiditis del oído		<input checked="" type="checkbox"/>	Insomnio		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Parotiditis de las vías digestivas		<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Adicción a bebidas alcohólicas en exceso		<input checked="" type="checkbox"/>
Cole		<input checked="" type="checkbox"/>	Burro en la oreja		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad		<input checked="" type="checkbox"/>
Cálculos		<input checked="" type="checkbox"/>	Delirium de terror, alucinaciones, etc.		<input checked="" type="checkbox"/>	No está controlado		<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES		
Hemorroides e enfermedades del recto		<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión o angustia		<input checked="" type="checkbox"/>	Béat de la menstruación		
Miocardio frecuente o doloroso		<input checked="" type="checkbox"/>	Esquema capilar		<input checked="" type="checkbox"/>	Por qué tomaba por algún desorden de sexo		
Enfermedades venéreas		<input checked="" type="checkbox"/>	Una operación para el		<input checked="" type="checkbox"/>	No estado embarazado		
Frecuencia normal (tranquilo)		<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene manifestaciones de alcohol		
En el oído o los mandíbulas		<input checked="" type="checkbox"/>	Polipoides		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Una operación quirúrgica		<input checked="" type="checkbox"/>	Perforación de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	No ha habido flujo vaginal		
Último examen por enfermedad física o mental (aguda)		<input checked="" type="checkbox"/>	Perforación de la garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	Manifestaciones irregulares		
Estrepto		<input checked="" type="checkbox"/>	Strabismo óptico		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de la última menstruación		
Dolor o inflamación articulares		<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruación		
			Fracuras		<input checked="" type="checkbox"/>			

¿Cae enfermo frecuentemente por las enfermedades?

¿En sus antecedentes está buena su salud?

¿Cuál es su efecto actual? Normal Existente

¿En qué estado de salud? Buena Mala

2

3

492

MARQUE SI o NO -- SI SE MARCA SI, DEBE EXPLICARSE AL FRENTE --

a) ¿Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
b) ¿Ha estado a productos químicos, polvo, luz del sol, etc?		<input checked="" type="checkbox"/>
c) ¿Tiene dificultad para elevar algunos miembros?		<input checked="" type="checkbox"/>
d) ¿Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		<input checked="" type="checkbox"/>
e) ¿Por ciertas razones de orden médico, es incapaz?		<input checked="" type="checkbox"/>
f) ¿Ha sido rechazado de algún empleo por causa de salud?		<input checked="" type="checkbox"/>
g) ¿Ha sido tratado? ¿Qué clase de arma? ¿Qué tipo de lesión?		<input checked="" type="checkbox"/>
h) ¿Se le ha negado algún seguro de vida?		<input checked="" type="checkbox"/>
i) ¿Se le ha prescrito o le han aconsejado que se practique alguna operación? ¿Cuál?		<input checked="" type="checkbox"/>
D) ¿Ha estado internado por su voluntad o por orden en algún hospital, de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar nombre y dirección, parques y nombre del médico y fechas exactas de los hospitalizaciones.		<input checked="" type="checkbox"/>
k) ¿Ha tenido otra enfermedad distinta de las anteriores? En caso afirmativo dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>
l) ¿Se ha tratado usted mismo por enfermedades contagiosas como resfriados? ¿Que clase enfermedades?		<input checked="" type="checkbox"/>
m) ¿Ha sido rechazado para el servicio militar por razones médicas, mentales u otras? Dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>
n) ¿Ha sido penalizado o tiene penalización pendiente por inhabilidad? Dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

1

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y auxilios a los señores médicos, clínicos y hospitales mencionados, para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al logro a que aspira.

Nombre del asegurado, leer impronta

Rafael Rodríguez

4/11/2008-08
Lugar y Fecha

Dr. Carlos R. Pérez C.
Médico Clínico
Hosp. de la Seguridad Social
Firma de la Hospitalización
Ante la cual hace esta declaración (Jefe de Servicio).

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
FICHA MEDICA ODONTOLÓGICA (ARTICULO 3º DECRETO)
ANEXO "E" CONFIDENCIAL

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos Rojas Rivas Roldán Rafael		2. Grado o Cargo ASD	3. Identificación G.O. o C.M. Bic. 1126061 336
4. División y destino actual Blta de Ig. M₃ as 1523		5. Causa del suceso (No suceso art. 60 Decreto 1000/72) Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Desembarco <input type="checkbox"/> Amovido <input type="checkbox"/>	
6. Fecha de examen 14-05-08		CONTROL: Especialista <input type="checkbox"/> Col. Médicos <input type="checkbox"/> Curso Sin <input type="checkbox"/> Retraso <input type="checkbox"/> No está <input type="checkbox"/>	
7. Sexo M	8. Nacionalidad Col	9. Tiempo de servicio	10. Puntos E.C. ARC, PAC, PAB
11. Unidad o dependencia DMT		12. Fecha de nacimiento 10-08-08	13. Lugar de nacimiento San Andrés
14. Nombre y dirección del paciente más cercano Roberto Rojas Blandiego		15. Dependencia Médica donde se presta el servicio DMT	
16. Cargo o que ocupa o profeso IMAR		OBSERVACIONES	

MEDICINA GENERAL

Normal	Anormal	Registado cada hora en la columna apropiada entre (H) y (L) en el evento.	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (añadir cada minuto del hora posterior a cada anomalía). Cuantificar en el caso de los y Adquirir luego si es necesario.
X		17. Corazón, Cere, Cerebrovascular	<p>C.P.H.</p> <p>ESM 1049.</p> <p>T 135</p> <p>P 65</p> <p>Inc 4.2</p> <p>TA 100/60</p> <p>AV 20/20</p>
X		18. Hueso	
		19. Estomatología	
		20. Oído externo	
X		21. Oído en general	
		22. Oído de Ojo	
		23. Ojo en general	
		24. Rina	
		25. T. Arterial	
X		26. Nervios Craniales	
X		27. Pulmones y Pleura	
X		28. Corazón y grandes vasos	
X		29. Sistema vascular periférico	
X		30. Abdomen y Hígado	
X		31. Años y Riñón	
X		32. Sistema Endocrino	
X		33. Sistema Urinario	
X		34. Endocrinología reproductiva	
X		35. Endocrinología tiroidea	
X		36. Piel	
X		37. Sistema muscular y esquelético en general	
X		38. Sistema, nervioso y sensorial	
X		39. Piel y Pestaños	
X		40. Puntos	
X		41. Temperatura	
		42. Puntos	43. Calentamiento por hora entre el evento

ODONTOLOGÍA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
44. Diente		Observación		Si No Inspección		A - Asunto		B - Puntos (p)		C - Puntos sumados		Observación y otros defectos y enfermedades dentales:		Articulación		Occlusión		Puntos sumados		Est. General de la boca.																														
A												Normal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																														
A												Anormal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																														

225 ~~225~~

4

4

493



PRUEBAS DE LABORATORIO	
43. OJOS	46. Eit de sistema hemostático
44. Hemoglobina: 9.6 mg/dl	48. Prueba de NEGATIVO LECHEA
45. Hematocrito: 31.2 mg/dl	49. Coeficiente Hemático
	EOS
50. <input type="checkbox"/> Tifloides	51. <input type="checkbox"/> Colerico <input type="checkbox"/> Adeno Virus

OFTALMOLOGÍA

53. Visión a distancia		52. Refracción		50. Visión en cerca	
Distancia 20'	Corrección 20'	Por los ojos	OD	Corrección	Con.
Distancia 20'	Corrección 20'	Por los ojos	OS	Corrección	Con.
54. Inspección (Externa)	55. Visión Color	56. Participación de profundidad	57. Campo Visual	58. Tensión Intraocular	
59. Auscultación	60. Vértigo	61. Lucha Rige	62. Tensión Intraocular		

OTORRINO

63. Capacidad Auditiva	64. Audición						65. Timpano
	200	300	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000
	300	312	1.024	2.028	3.096	4.296	6.144
	Declaro						
	Impresión						

PSICÓLOGO

66. Test Psicológicos (psicología) los pruebas usadas y el resultado obtenido

67. Test Psicológicos (psicología) los pruebas usadas y el resultado obtenido

68. Test Psicológicos (psicología) los pruebas usadas y el resultado obtenido

69. Test Psicológicos (psicología) los pruebas usadas y el resultado obtenido

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

70. OBSERVACIONES Sobre el expediente por Médico Laboral

RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNÓSTICOS	
71. DEFECTOS	72. DIAGNÓSTICO
Grado y Nombre del Oficial Revisor	
FIRMA Y SELLO	



ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
División de Estadística

CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

Fecha de Apertura				27	02	08
1er. apellido	2do. apellido	Nombre	Grado	No. Cédula		
P. Reyes	Ortega	Rail PH4	Asp	1128061776		
F. Nacimiento	Sexo	Dirección Residencial		Teléfono		
14 08 88	M	Blasdalego 43451123		6615682		
OBSERVACIONES: <i>85 presente hipercalcificación del esmalte grado 4</i>						
Especificación dentadura Artículo 7º Ley 3883						
Tipo de Prótesis		Superior	Inferior	Dientes Blancos (Platino)	Dientes Blancos (Platino)	
Total						
Removible (Puente)	Metálico					
	Combinado					
	Acrílico					
Fija	Metálico					
	Met. Porcel.					
	Met. Acrílico					

Curso del Tratamiento Vestibular

Obturado: Amalgama (Azul)
 Resina (Verde)
 Faltante: Raya Horizontal
 Destruído por caries: (Rojo)
 Destruído por TX: (Negro)

Odontograma para ser llenado por el odontólogo

Fecha de Examen: 26/5/08

Firma y Sello

INSTRUCTIVO: Diligencie todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anote, las malposiciones, prótesis, aparatos ortodónticos, alteraciones de forma, tamaño, número y color; tonos dentales, enfermedades periodontales y demás características individualizadoras que sirvan para la identificación.

CON EFICACIA Y TRANSPARENCIA CONSTRUIMOS PAZ Y FUTURO EN LOS MARES, COSTAS Y RIOS DE LA PATRIA
www.annada.mil.ec

"Línea anticorrupción Armada Nacional 01 800 11 8969 24 Horas"

MARQUE SI O NO SI SE MARCA SI DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		X
b) Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc?		X
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		X
d) Tiene dificultad para adquirir ciertas posturas?		X
e) Por otras razones de orden médico es inhabil?		X
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de salud?		X
Ha sido herido? ¿Qué clase de arma? ¿Qué sitio de la herida?		X
Se le ha negado algún seguro de vida?		X
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? ¿Cuál?		X
Ha estado internado por su voluntad o por orden de algún hospital? De enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuando y donde, por qué y nombre del médico y otras detalles de los hospitales.		X
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas? En caso afirmativo dar detalles	X	X
Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas: como resaca?		X
¿Qué otra enfermedades?		X
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles		X
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles		X

Episodio Psicotico.
Agudo en Abril 2009

OBSERVACIONES

Tiene pendiente este control por Psicopatía
A Antecedente de E. sistico Agudo

Declaro por mi palabra de honor, que he forjado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y acceso a los autores médicos, clínicos y hospitales, mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al ingreso a que aspiro.

Nombre del examinado. Letra de imprenta

Ruyes Rafael Balboa

07 Abril 2010

Firma y Lugar

Firma del Examinado
Ante la cual está el Examinador

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ARMADA NACIONAL
FICHA MEDICA ODONTOLÓGICA
(ARTICULO 3o. DECRETO)

ANEXO "E"
Confidencial

7 6

(Debe llenarse con todas las incidencias del servicio)

1. Apellido y Nombre completo <i>Rojas Rojas Ralphy Rafael</i>		2. Grado o Cargo <i>DETM</i>	3. Identificación C.C. o C.M. etc. <i>4-128-063-476</i>
4. Dirección y Domicilio - Ciudad <i>Manizales N.H.S. 123 456789 cartagena</i>		5. Causar del Examen (de acuerdo Art. 60 Decreto 1838/79)	
6. Fecha de Examen <i>01-09-10</i>		Ingreso: _____ Escalafonamiento: _____ Asesorio: _____ Cambio de Arma: _____ Comisión Exterior: _____	
7. Sexo <i>M</i>	8. Nacionalidad <i>Colombiana</i>	9. Tiempo de Servicio <i>24 Meses</i>	CONTROL: Especialidad: _____ Del Médico Laboral: _____ Curso Esp. _____ Reintegración: _____
10. Fuerza: E.JEC. / A.R.C. / F.A.C. / F.O.C.		11. Unidad o Repartición <i>B.F.E.J.M.</i>	12. Fecha de Nacimiento <i>14/08/1988</i>
14. Nombre y Domicilio del Pariente más cercano <i>Rafael Rojas BARRERO</i>		13. Lugar de Nacimiento <i>San Andres isla</i>	
15. Cargo a que aspira o promueve <i>licenciamiento</i>		16. Dependencia Médica donde se practicó el Examen <i>SM 113</i>	
OBSERVACIONES:			

CP

MEDICINA GENERAL

Normal	Anormal	Regístrase cada ítem en la columna apropiada Anota (NE) si no evaluó	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (anótase cada Número de flow parlante en la columna de cada comentario. Continúese en el form 86 y adjúntese hojas si es necesario).	
X		17. Cabeza, Cara, Oros, Ojalos	/	
X		18. Nariz		
X		19. Oídos, T. O. P. P. P.		
X		20. Color de la piel		
X		21. Ojos en General		
X		22. Color de los ojos		
X		23. Ojos en General		
X		24. Lengua		
X		25. Tórax		
X		26. Manos y Ombros		
X		27. Pulmones y Corazón		
X		28. Gónadas y Genitales		
X		29. S. Vascul. perif. y Intestino		
X		30. Abdomen y vísceras		
X		31. Ano y Recto		
X		32. Sistema Endocrino		
X		33. Omento Umbilical		
X		34. Extremidades Superiores		
X		35. Extremidades Inferiores		
X		36. Pies		
X		37. Columna Vertebral y Esqueleto en General		
X		38. Señales, Clínicas, Reales		
X		39. Piel y Uñas		
X		40. Postura		
X		41. Temperatura		
		42. Pene		43. Enfermedades que haya tenido en el pasado
Pasa Mujer		42. Vagina		43. Rectal
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Médico G. <i>Jaime Riba RIVERA</i>				
Firma, Postura y Sello Autorizado				

ODONTOLOGÍA

S - Caries	+ Odontales	x - No tratadas	A - Ausentes	II - Prótesis Fija	Q - Prótesis Removibles																																										
24. Boca: Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente			Observaciones y otros defectos y enfermedades dentales																																												
<table border="1"> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>			17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<table border="1"> <tr> <th>Articulación</th> <th>Oclusión</th> <th>Partes Blandas</th> <th>Est. General de la Boca</th> </tr> <tr> <td>Normal <input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anormal <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Articulación	Oclusión	Partes Blandas	Est. General de la Boca	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																	
Articulación	Oclusión	Partes Blandas	Est. General de la Boca																																												
Normal <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																												
Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
RESUMEN DE DEFECTOS O DIAGNÓSTICOS:																																															
Paralelamente a la elaboración de esta ficha para el examen, el grado de Subterfugio y Cabe. 2o. o de Ingreso para personal civil debe indicarse la ficha odontológica (Apéndice 1) que formará parte de la "HISTORIA MEDICA PERSONAL" que se lleva en cada Unidad.			ANEXO "E" MEDICO ODONTOLÓGICA C.C. V. 113-271 F. 113-271 F. 113-271 Firma, Postura y Sello autorizado del Odontólogo																																												

PRUEBAS DE LABORATORIO		
46. OPIA	48. RX de Columna Lumbosacra	
47. SEROLOGIA	49. Prueba de Sida	GLICEMIA
48. GRUPO RH	50. Cuadro Hemático	
EOG	EOG	
OTROS: a) Triglicéridos	b) Colesterol	c) Acido Úrico

OFTALMOLOGÍA

51. Visión a distancia		52. Refracción		53. Visión de Cerca			
Derecho 20/ <u>20</u> Corregido 20/ <u>20</u>		Por lent. Est. <u>CA</u>		Corrige a		con	
Izquierdo 20/ <u>20</u> Corregido 20/ <u>20</u>		Por lent. Est. <u>CI</u>		Corrige a		con	
54. Heteroforias (Específicas)	Es.	Es.	Hip. Derech.	Hip. Izq.	Par. Div.	Par. Conc.	P.C.
55. Acomodación (ZC)	DERECHO		56. Visión de Color		57. Percepción de Profundidad		
58. Campo Visual	59. Visión Nocturna		60. Lente Roja		61. Tensión Intraocular		
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Oftalmólogo y Oficial correspondiente.				Firma, Posfirma y sello autorizado			

OTORRINO

62. Capacidad Auditiva	63. Audiometría							64. Timpano
	250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	8.000	
	250	512	1.024	2.048	3.072	4.096	8.192	
	Derecho							
	Izquierdo							
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Oficial u Otorrino de Servicio				Firma, Posfirma y sello autorizado				

PSICOLOGO

65. TES Psicología (especificar las pruebas usadas y el puntaje obtenido)
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Psicólogo u Oficial de Servicio
Firma, Posfirma y sello autorizado

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

66. OBSERVACIONES. Debe ser diligenciada por Medicina Laboral
<p><u>18/06/10</u> RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS</p> <p>1. <u>Forma JOL Provisoria</u> ^{REVISADA} <u>Nº 175-HANAC-23/4/10</u> ^{COMPATIBLE CON LA APTITUD}</p> <p>2. <u>Episodios psicóticos agudos XGM.</u></p> <p>3. <u>Pelle nuevo concepto Psiquiátrico para</u> ^{NO APTO.} <u>JOL x episodios psicóticos agudos oct/10</u> ^{APTO.}</p>
Grado y Nombre del Oficial Revisor <u>[Firma]</u>
FIRMA Y SELLO
El anterior cuadro está basado en el Artículo 3o. del Decreto 094 de 1985. Según el artículo 4o. del mismo Decreto este apéndice tiene validez de 90 días

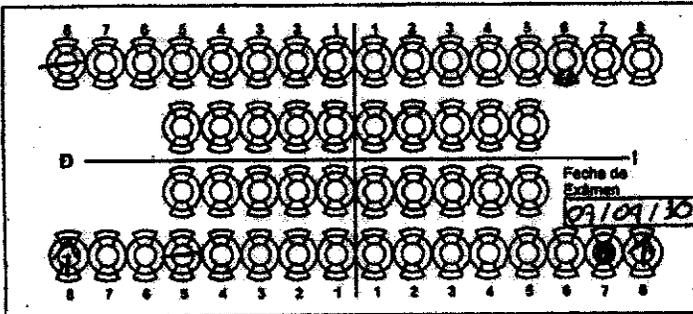


ARMADA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL
División de Estadística
CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

8
7
496

		Día		Mes		Año	
		01		04		010	
Fecha de Apertura							
1er. apellido	2do. apellido	Nombre		Grado	No. Cédula		
REGES	OSGDS	RACPH9 RAFAEL		IM-06	L.128.061.776		
F. Nacimiento		Sexo		Dirección Residencia		Teléfono	
Día Mes Año		M X F		Bos de Lero NE 45 CT 23. Cagua A GUAYMA		6615682 Cagua	
14		08		08			
OBSERVACIONES:							
Esquema de dentadura Artículo 7° Ley 28/83							
Tipo de Prótesis		Superior	Inferior	Dientes amarillos (Oro)	Dientes Blancos (Platino)		
Total							
Removible (Puente)							
Metálico		/	/	/	/		
Combinado							
Acrílico							
Metálico							
Fija							
Met. Porcel.							
Met. Acrílico							

Curso del Tratamiento Vestibular



Obtenido: Amalgama (Azul)
Resina (Verde)
Faltante: Raya Horizontal
Destruídos por caries: (Rojo)
Destruídos por TX: (Negro)
Odontograma para ser llenado por el odontólogo

PAOLA ESPINOSA CAICEDO
ODONTÓLOGA
C.I. 128.061.776
Calle 128 No. 1271
Calle 128 No. 1271
Calle 128 No. 1271

Firma y Sello

INSTRUCTIVO: Diligencie todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anote, las mal-posiciones prótesis, aparatos ortodóncos, alteraciones de forma, tamaño, número y color, torus, diastemas, enfermedades periodontales y demás características individualizadoras que sirvan para la identificación.

CON EFICACIA Y TRANSPARENCIA CONSTRUIMOS PAZ Y FUTURO EN LOS MARES, COSTAS Y RÍOS DE LA PATRIA
www.armada.mil.ec

"Línea anticorrupción Armada Nacional 01 800 11 6869 24 Horas"