



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 DIRRECCIÓN 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

Oficio No.0683 del 19/09/2016 MP. Dr. LUIS MIGUEL VILLALOBOS

43

PD01 Naydu Cruz <naydu.cruz@armada.mil.co>

mar 20/09/2016 2:17 p.m.

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

dasleg@armada.mil.co <dasleg@armada.mil.co>; oficinajuridica@armada.mil.co <oficinajuridica@armada.mil.co>;

2 archivos adjuntos (4 MB)

Ralphy Reyes a Despacho.pdf; Ralphy Reyes expediente prestacional.PDF;

Señores

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR  
Secretaría.

Referencia: Reparación Directa  
Radicación: 2013-00598-00  
Magistrado: Dr. Luis Miguel Villalobos  
Actuante: Ralphy Reyes Ojeda  
Accionado: Nación - Mindefensa - Armada Nacional

Respetuoso Saludo.

En archivo adjunto se remite pronunciamiento de la Dirección de Prestaciones Sociales de la Armada Nacional respecto del oficio del asunto.

Agradezco al Despacho se sirva confirmar el recibido del presente mensaje y los archivos adjuntos.

Cordialmente.

Dra. Naydú Cruz Mena.

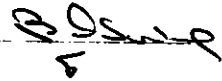
PD01. Abogada Asuntos Legales

Dirección de Prestaciones Sociales Armada Nacional

Tel: 3311800 Ext 10531

Cra 13 No. 27-27 piso 5, Edificio Bachué Bogotá, Cundinamarca.

SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
OFICIO PRESIDENTE TRIBUNAL ADMINISTRATIVO  
REQUERIMIENTO PRESENCIALELECTRONICO  
DESTINATARIO LUIS MIGUEL VILLALOBOS ALIAREZ  
CONSEJO TI OF 20160920  
Nº FOLIOS 1 DE 11 CUADERNOS 1  
RECIBIDO POR SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
FECHA HORAL RECIBIDA 19/09/2016

RPV: 



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](mailto: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.

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 CUBIDES CUBIDES  
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  
BOGOTA

**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-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) 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.

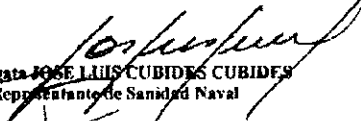
**V. DECISIONES:**

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/Car*  
Parentesco: *Padre*

LUGAR Y FECHA : *Carpa 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: Ingresó 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



Ministerio de Defensa Nacional  
República de Colombia  
Tribunal Médico Laboral

BICENTENARIO  
de la Independencia de Colombia  
1810-2010



**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

*Recibido*  
*27 de Julio 2011*

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL



ARMADA NACIONAL

ORDEN ADMINISTRATIVA PERMANENTE

No. 109 DE 29 DE JUNIO DE 2011

Por medio de la presente se le notifica a usted que...

EL COLEGIO MILITAR DE LA FUERZA ARMADA NACIONAL...  
El presente es un documento de carácter administrativo...

En D.F. Bogotá, D.C., a los...

AFILIADO a... SERVICIO CUARTELAR del SEVILLA...  
MILITAR CUMPLIDO con fecha 12 de junio de 2011...  
de conformidad con lo establecido en el artículo 2º de la Ley 45 de 1993...

EN EL BATAJÓN DE LA FUERZA ARMADA NACIONAL...

- 1. 104113-181 ABEL VADA LEONARDO
- 2. 104121-182 PILAR ANIBAL ROSARIO
- 3. 104124-183 ALBA ANIBAL YELFI
- 4. 104130-184 ALDARIN AGOSTA KRISTIAN
- 5. 104132-185 ALMIRCA RAMIREZ ELIZABETH
- 6. 104134-186 ALVA GZ FERNA ALICIA ESTHER
- 7. 104139-187 ALVARO ORTEGA GIL ABEL
- 8. 104139-188 ANTONIO DIAZ DANIEL EDUARDO
- 9. 104142-189 ARIEL ALVARO JUAN CARLOS
- 10. 104144-190 ARDILA TORRES JUAN
- 11. 104147-191 ARRIAGA GIL ESTEBAN
- 12. 104147-192 ARRIAGA JAVIER
- 13. 104148-193 ARRIAGA SONIA
- 14. 104149-194 ARTALEGA MENDOZA ANIBAL
- 15. 104150-195 ATENCIO LARA ROSARIO
- 16. 104154-196 AVENDAÑO GABRIEL
- 17. 104157-197 BAIZ TORRES JOSÉ ANTONIO
- 18. 104158-198 BALBOVINO ESCOBAR DAVID
- 19. 104159-199 BALLESTEROS PEÑALTA CARLOS
- 20. 104160-200 BARRIO BARATA LUIS ALBERTO
- 21. 104160-201 BARTOLAR RALF EDUARDO
- 22. 104161-202 BARRIO FERNANDEZ DAVID
- 23. 104161-203 BARRIO MACHADO JUAN
- 24. 104163-204 BARRIO REINA JUAN ALBERTO
- 25. 104163-205 BELOMERA LISIVIA
- 26. 104164-206 BELTRAN CORREA JUAN CARLOS
- 27. 104164-207 BELTRAN LUIS RICARDO
- 28. 104164-208 BENITEZ SUAREZ PABLO ANDRÉS
- 29. 104164-209 BERNARDO VIVAS JOHANN
- 30. 104164-210 BERTANGOURT CALDERA CARLOS
- 31. 104165-211 BLANCO YEISON FELIX
- 32. 104165-212 BOLANO BENAVIDES JOSÉ LUIS
- 33. 104165-213 BOLANO VILCHIN MACHES DAVID
- 34. 104166-214 BONDY VEGHRA FELIX
- 35. 104167-215 BUELOS HERNANDEZ CARLOS
- 36. 104167-216 BUSTAMANTE CARLOS ANDRÉS
- 37. 104168-217 BUSTAMANTE CRISTINA
- 38. 104168-218 CABEZAS PERA JAVIER
- 39. 104168-219 CALVO BAÑO LUIS DAVID
- 40. 104168-220 CAMARGO SIGARRA BENIGNO

10752  
2011









	ARMADA NACIONAL REPUBLICA DE COLOMBIA	FORMATO LIQUIDACION INDEMNIZACION		CODIGO: LPSO-FI 761 (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 27-09-10	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, RFYES 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		Notificador
C.C.	Huella	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. RFYES 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 LEALDOSO ADARBE  
CONSECUTIVO: 01790047  
Módulo: 01 - NÚMERO DE PÁGINAS: 1  
RECIBIDO POR: SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
RECIBIDO POR: 19/09/2016 12:40:50 PM

TIPUS: 

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](mailto: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](http://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 <b>Rojas Rojas Ralphy Rafael</b>		2. Grado <b>ASP</b>	3. Cédula ó T.I. <b>1128061776</b>
4. Dirección de la residencia habitual <b>Blos de lego N3 95 lta 23</b>		5. Motivo del examen <b>Ingreso</b>	6. Fecha del examen <b>14-05-08</b>
7. Sexo <b>M</b>	8. Raza <b>M</b>	9. Nombre de los padres y residencia habitual <b>Roberto - Rosa</b>	
11. Fecha de nacimiento <b>Día 14 Mes 08 Año 88</b>		12. Total años de servicio _____	13. Unidad o repartición donde se hace el examen <b>DMNZ</b>
14. Cargo o grado que aspira (cadete, soldado, empleado, etc.) <b>IMAN</b>		15. Cómo juzga el examinado de salud <b>Bueno</b>	

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	56	Bueno			Tuberculosis		X	
Madre	39	..			Sifilis		X	
Esposa					Diabetes		X	
Hermanos	27	Bueno			Cáncer		X	
	16	..			Enfermedades del riñón		X	
Hijos					Enfermedades del corazón		X	
					Enfermedades del estómago		X	
					Reumatismo		X	
					Alergia		X	
					Epilepsia		X	
				Suicidios		X		
					Enfermedades mentales (locos)		X	

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		X	Pérdida de conocimiento		X	Forunculosis		X
Asma		X	Perturbaciones de la nariz		X	Cojeras		X
Tosferina		X	Resfriados frecuentes		X	Mareos de carro, tren, avión, mar		X
Perturbaciones del oído		X	Ictericia		X	Pérdida de la memoria		X
Perturbaciones de las vías digestivas		X	Cáncer		X	Adicto a bebidas alcohólicas en exceso		X
Cofo		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad de huesos, artrosciosis, otros		X	Ha sido sonámbulo		X
Apendicitis		X	Epilepsia o ataques		X	<b>MUJERES</b>		
Hemorroides o enfermedades del recto		X	Depresión o angustia		X	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratada por algún desorden de sexo		
Enfermedades venéreas		X	Usa aparatos para oír		X	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquilo		X	Tuberculosis		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a los narcóticos		X	Palpitaciones		X	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por excoriaciones dentales o pequeñas heridas		X	Perturbaciones de la garganta		X	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		X	Bronquitis crónica		X	Fecha de la última menstruación		
Dolor o inflamación articulaciones		X	Tumores		X	Menstruación		
			Fracturas		X			

¿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 <b>Reyes Arceba Ralph y Rafael</b>		2. Grado o Cargo <b>Asp</b>	3. Identificación C.C. o C.M. Etc. <b>1129061776</b>
4. Dirección y domicilio- Ciudad <b>Blaudelejo Mz 45 Lt 23</b>		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 <b>14-05-08</b>	7. Sexo <b>M</b>	8. Nacionalidad <b>COL</b>	9. Tiempo de servicio
10. Fuerza EJC, ARC, FAC, Polic. <input checked="" type="checkbox"/>	11. Unidad o repartición <b>DMN2</b>	12. Fecha de Nacimiento <b>19-08-88</b>	13. Lugar de Nacimiento <b>San Andres</b>
14. Nombre y dirección del pariente más cercano <b>Roberto Reyes Blaudelejo</b>		15. Dependencia Médica donde se practica el examen. <b>DMN2</b>	
16. Cargo a que aspira o promueve <b>IMAR</b>		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"><b>C.P.H.</b></p> <p align="center"><b>ESM 1049.</b></p> <p align="center"><b>T 125 =</b></p> <p align="center"><b>P 65 =</b></p> <p align="center"><b>INC 4.2 =</b></p> <p align="center"><b>TA 100/40 =</b></p> <p align="center"><b>AV 20/20 =</b></p>
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz	
		19. Estatura <b>176</b> Peso: <b>69</b>	
		20. Color cabello <b>Castaño</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Oído en general	
		22. Color de Ojos <b>Caros</b>	
		23. Ojos en general <b>h20/20 at 20/20</b>	
		24. Raza <b>nestia</b>	
		25. T. Arterial: <b>100/70</b> Pulso <b>70x</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Movilidad Ocular	
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Tórax	
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos	
<b>NE</b>		29. Sis. Vasculat perif. U. linfático	
<input checked="" type="checkbox"/>		30. Abdomen y vísceras	
<b>NE</b>		31. Ano y Recto	
<b>NE</b>		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 <b>Dr. Claudia Rodríguez C.</b> Virgins Racial	43. Enfermedades que haya tenido en el servicio
Grado y Nombre en letras de Intendencia y Dependencia		<b>TPAND</b>	

*Belinda Gómez Siles  
M.E.S. - SHERP  
C.C. 303.674*

**ODONTOLOGIA**

0 Caras	• Ocluidos	X No tratables	A - Ausente	II - 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:		
A	A				
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25	26 27 28	Articulación	Oclusión	Partes blandas
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		Normal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anormal <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS:					
Paralelamente a la elaboración de ésta ficha para el ascenso al 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 odontólogo

167  
4

**225 PRUEBAS DE LABORATORIO**



45. ORINA	46. RX de columna lumbosacra
47. SEROLOGÍA GUN: 9.6 mg/dl	48. Prueba STD <b>NEGATIVO</b> SÍFILIS
48. GRUPO RH <i>ceat</i> : 112 mg/dl	50. Cuadro Hemático
	EOG
OTROS: a) Triglicéridos	b) Colesterol <i>TRABAJADOR MARINO H. MONTOLIVERA P. J. CC 52...</i> 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. Metrorrefrías (Específicas)		55. Visión Color		55. Percepción de profundidad		Sin corregir	
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		Sin corregir		
I.Z.O. Derecha					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. Timpanos
	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 INMA</i>
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del psicólogo y oficial correspondiente	<i>TRAYS DIANA Coides 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.	1.
2.	2.
3.	3.
ABLAZADO	NO APTO
1.	1.
2.	2.
3.	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

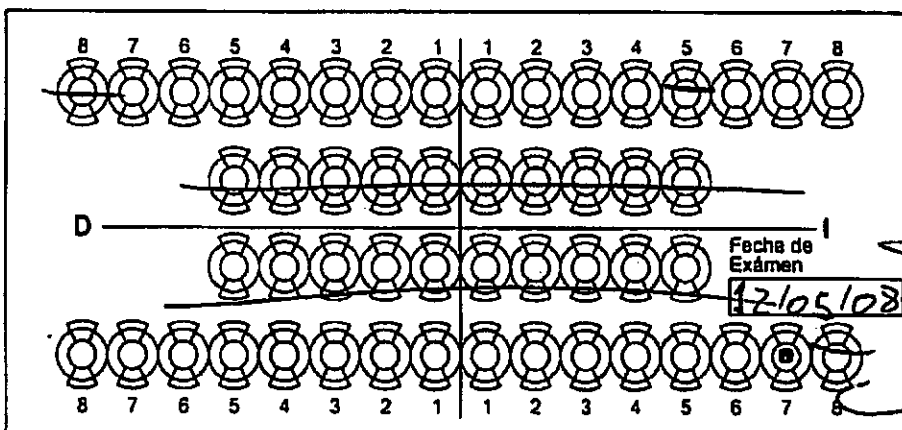


ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL  
División de Estadística

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 giro 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

*María Sánchez*  
ODONTÓLOGA T.P. 521  
E.S. 211494

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

<b>REPÚBLICA DE COLOMBIA SANIDAD FF. AA.</b> <b>PLIEGO DE ANTECEDENTES</b> <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 <b>REYES OJEDA RALPH RAFAEL</b>		2. Grado <b>DSJM</b>		3. Cédula o T.I. <b>1128.061.776</b>				
4. Dirección de la residencia habitual <b>Blaydeluyo M45.123.4 Etapa Licencia</b>			5. Motivo del examen <b>Licencia</b>		6. Fecha del examen <b>07-09/10</b>			
7. Sexo <b>M</b>	8. Raza <b>M</b>	9. Nombre de los padres y residencia habitual <b>Roberto Reyes Barrios</b> <b>Rosa America Erioste Ojeda</b>			10. Lugar de nacimiento <b>San Andres</b>			
11. Fecha de nacimiento Día <b>14</b> Mes <b>08</b> Año <b>1988</b>		12. Total años de servicio Militar <b>24</b> Civil		13. Unidad o reparación donde se hace el examen <b>BEFEIM.</b>				
14. cargo o grado que aspira (Cadete, sol, empleado, etc.) <b>Licenciamiento</b>				15. Como juzpa el examinado su salud <b>Exelente</b>				
<b>HISTORIA FAMILIAR</b> <span style="float: right;"><small>Lea la nota final del reverso</small></span>								
parentesco	Edad	Estado Salud	Si muerto la causa	Edad a que murió	Ha habido casos en la familia de	SI	NO	Parentesco
Padre	<b>53</b>	<b>buena</b>			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	<b>43</b>	<b>buena</b>			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"/>	
<b>HISTORIA MEDICO PERSONAL</b> <span style="float: left;"><small>Lea la nota final del reverso</small></span>								
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"/>
Apandicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>MUJERES</b>		
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			Cuál es su oficio actual <b>Imoz</b>		
						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
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

Episodio Psicótico.  
Agrido en Abril 2009


**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 Estado de 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>DEIM</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. _____ Reintegración _____ 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>BFEIM</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 Barrios</i>		15. Dependencia Médica donde se practica el Examen <i>SM III</i>	
16. Cargo a que aspira o promueve <i>Sección Promoción</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 66 y adiciónese hojas si es necesario).	
X		17. Cabeza, Cara, Cuero Cabelludo	/	
X		18. Nariz		
		19. Estatura <i>1,73</i> Peso: <i>74</i>		
		20. Color Cabello <i>negro</i>		
X		21. Oído en General		
		22. Color Ojos <i>cafe</i>		
X		23. Ojos en General		
		24. Raza <i>negro</i>		
		25. T Arterial <i>120/60</i> Pulso: <i>60</i>		
X		26. Movilidad Ocular		
X		27. Pulmones y Tórax		
X		28. Corazón y grandes vasos		
X		29. Sis. Vascul. perif. Y Linfático		
X		30. Abdomen y vísceras		
NE		31. Ano y Recto		
NE		32. Sistema Endocrino		
NE		33. Génito Urinario		
X		34. Extremidades Superiores		
X		35. Extremidades Inferiores		
X		36. Pies		
X		37. Columna Vertebral y Esqueleto en General		
X		38. Señales, Cicatrices, Tatujes		
X		39. Piel y Faneras		
X		40. Pecho		
X		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.			<p>PAOLA ESPINOSA CAICEDO ODONTOLÓGA C.C. 1.871.871 MILITARIA DE COLOMBIA</p> <p>Firma, Postfirma y Sello autorizado del Odontólogo</p>																																												



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 para	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

		Día		Mes		Año	
		07		04		010	
Fecha de Apertura							
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	6615682 C/gera	
14	08	88				Blas de lebo NE 45 CT 23. C/gera A STICPA	
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: Diligenciar todos los datos biográficos solicitados en el formato. En observaciones anotar, 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"



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



971



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](mailto:stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Cartegana 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

SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
IPO: RESPUESTA A REQUERIMIENTO POR FICHA MEDICA ODONTOLÓGICA INGRESO Y LICENCIAMIENTO DEL SEÑOR RALPHY REYES OJEDA  
REMITENTE: CORREO PRONTI CURIER EXPRES  
DESTINATARIO: LUIS MIGUEL TALAUEZ  
CONSEJO DE ANÁLISIS  
FOLIO 1 DE 8  
RECEBIDO POR SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
RECEBIDO POR SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
PRMA

Anexo: Lo enunciado en ocho (8) folios

Elaboró: PS. María Lorenza Hernández B.

19/09/16

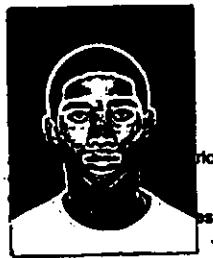
R.I. No.20160042350549192

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](http://www.sanidadnava.mil.co)



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

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	Buena			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	39	"			Sífilis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos	22	Buena			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"/>	<b>MUJERES</b>		
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

Lugar y Fecha

Dr. Claudia Rodríguez C.  
 Médico Oficial  
 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 ODONTOLOGICA**  
**(ARTICULO 3º DECRETO)**  
**ANEXO "E"**  
**CONFIDENCIAL**

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos <b>Reyes Ojeda Raphael Rafael</b>		2. Grado o Cargo <b>Asp</b>	3. Identificación C.C. o C.M. Etc. <b>1128061776</b>
4. Dirección y domicilio- Ciudad <b>Blvd de la 30 Mz 95 Lt 23</b>		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 <b>14-05-08</b>		7. Sexo <b>M</b>	8. Nacionalidad <b>Col</b>
9. Tiempo de servicio		10. Fuerza E.J.C. ARC. FAC. Polc. <b>X</b>	11. Unidad o repartición <b>DMN2</b>
12. Fecha de Nacimiento <b>19-08-88</b>		13. Lugar de Nacimiento <b>Santa Ana de</b>	
14. Nombre y dirección del pariente más cercano <b>Roberto Reyes Bladalejo</b>		15. Dependencia Médica donde se practica el examen. <b>DMN2</b>	
16. Cargo a que aspira o prouieve <b>IMAR</b>		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"><b>C.P.H.</b></p> <p align="center"><b>ESM 1049.</b></p> <p>T 175 -</p> <p>P 65 -</p> <p>INC 4.2 -</p> <p>TA 100/70 -</p> <p>AU 20/20 -</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz		
		19. Estatura <b>175</b> Peso: <b>69</b>		
		20. Color cabello <b>Castano</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Oído en general		
		22. Color de Ojos <b>Car</b>		
		23. Ojos en general <b>20/20 OD 20/20 OS</b>		
		24. Raza <b>Mestizo</b>		
		25. T. Arterial <b>100/70</b> Pulso <b>70x</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Movilidad Ocular		
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Tórax		
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos		
<b>NE</b>		29. Sist. Vascul. perf. U. Intético		
<input checked="" type="checkbox"/>		30. Abdomen y vísceras		
<b>NE</b>		31. Ano y Recto		
<b>NS</b>		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. Pehy Vagina Rectal	<b>Dr. Claudia Rodríguez C.</b>		43. Enfermedades que haya tenido en el servicio
Grado y Nombre en letras de intendente y número de identificación C.C.		<b>PPA MD (C) 09578</b>		<b>Dr. Claudia Rodríguez C.</b> Firma, posición y sello autoritario del odontólogo

**ODONTOLOGIA**

0 Caries	• 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:		
<b>A</b>					
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				
<b>RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS:</b>			Firma, posición y sello autoritario del odontólogo		

4754

**PRUEBAS DE LABORATORIO**



45. ORINA	46. RX de columna lumbosacra
47. SEROLOGIA BUN: 9.6 mg/dl	48. Prueba SIDA <b>NEGATIVO</b> LICEMIA
48. GRUPO RH creat: 112 mg/dl	50. Cuadro Hemático
	EOG
EXAMENES: 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 Holit 2-20 @ 90pts como MAX</i>
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del psicólogo y oficial correspondiente	<i>TRAPS DIANA CORDERO JIMENEZ</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

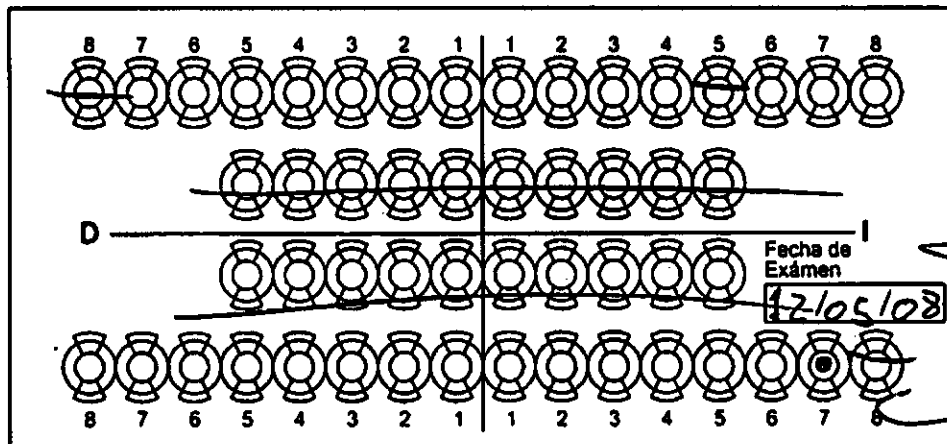


ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL  
División de Estadística

CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

		Fecha de Apertura		Día	Mes	Año
				27	02	08
1er. apellido	2do. apellido	Nombre		Grado	No. Cédula	
R.eyes	Ortega	RALPHY		Asp	1128061776	
F. Nacimiento		Sexo	Dirección Residencia		Teléfonos	
Día	Mes	Año	M	X	F	
14	08	88				
			Blasdelez30 43451R23		6615682	
OBSERVACIONES: 85 presente hipocalcificación del Esmalte grado II						
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

ODONT. N.º 1154 T.P. 22

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 <b>REGES OJEDA ROLPH RAFAEL</b>		2. Grado <b>06311</b>	3. Cedula o T.I. <b>1128-061-776</b>
4. Direccion de la residencia habitual <b>Blaydeluyo M45.123.4 Etapa Licencia</b>		5. Motivo del examen	6. Fecha del examen <b>07-09/10</b>
7. Sexo <b>M</b>	8. Raza <b>M</b>	9. Nombre de los padres y residencia habitual <b>Roberto Ruy Berrío Rosa America irioatejada</b>	
11. Fecha de nacimiento Dia <b>14</b> Mes <b>08</b> Año <b>1988</b>		12. Total años de servicio Militar <b>24</b> Civil	13. Unidad o reparación donde se hace el examen <b>BEFEIM</b>
14. cargo o grado que aspira (Cadete, sol. empleado, etc.) <b>Licenciamento</b>		15. Como juzga el examinado su salud <b>Caliente</b>	

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	<b>53</b>	<b>Bono</b>			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	<b>43</b>	<b>Bono</b>			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"/>	<b>MUJERES</b>		
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 <b>Impror</b>	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
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

Episodio Psicotico.  
Agudo en Abril 2009

**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.

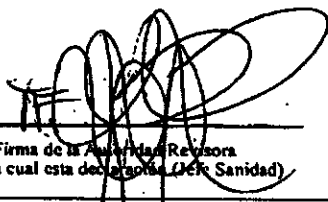
Nombre del examinado. Letra de Imprenta

Reyes J. de la Cruz

07 Abril 2010

Fecha y Lugar

Firma de la Autoridad Revisora  
Ante la cual esta declaración (De 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 Rafael</i>		2. Grado o Cargo <i>D6 IM</i>	3. Identificación C.C. o C.M. etc <i>1.178.063.776</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: E.JEC. (ARC) FAC. Políc
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).	
X		17. Cabeza. Cara, Cuero Cabeludo	/	
X		18. Nariz		
		19. Estatura <i>1,73</i> Peso: <i>74</i>		
		20. Color Cabello <i>negro</i>		
X		21. Oído en General		
		22. Color Ojos <i>cafe</i>		
X		23. Ojos en General		
		24. Raza <i>negro</i>		
		25. T Arterial <i>120/60</i> Pulso: <i>60</i>		
X		26. Movilidad Ocular		
X		27. Pulmones y Tórax		
X		28. Corazón y grandes vasos		
X		29. Sts. Vasculares perif y linfático		
X		30. Abdomen y vísceras		
NE		31. Ano y Recto		
NE		32. Sistema Endocrino		
NE		33. Génito Urinario		
X		34. Extremidades Superiores		
X		35. Extremidades Inferiores		
X		36. Piel		
X		37. Columna Vertebral y Esqueleto en General		
X		38. Señales, Cicatrices, Tatuajes		
X		39. Piel y Faneras		
X		40. Pecho		
X		41. Temperatura		
Para Mujer	42. Pelvis	Vagina		Rectal
43. Enfermedades que haya tenido en el servicio				
Grado y Nombre en letras de imprenta o a máquina del Médico G. <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:																					
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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">▲ 17 16 15 14 13 12 11</td> <td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">▲ 47 46 45 44 43 42 41</td> <td style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 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" style="width: 100%;"> <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 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.				<p>PAOLA ESPINOSA CAICEDO ODONTÓLOGA C.C. 1.178.063.771 MILITARIA</p> <p>Firma, Postfirma y Sello autorizado del Odontólogo</p>																	

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 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. Fian JAL Provisional N° 175-HMPC-27/4/10	COMPATIBLE CON LA APTITUD
2. Episodio psicótico agudo. XGM.	2.
3.	3.
1. Pcte nuevo concepto psicótico por	NO APTO
2. JAL 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	



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 E/cpu			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

Fecha de Examen: 07/09/10

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 el archivo*

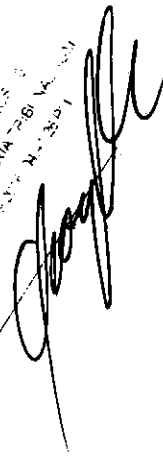
Buenas tardes,

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  
 CONSEJO DE LA SECRETARIA  
 REQUISITO POR SECRETARIA  
 SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
 SECRETARIA TRIBUNAL ADM



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](mailto:afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co) y [atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co](mailto: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.

"Protegamos 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](http://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 MÉNDOZA DIAZ  
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.

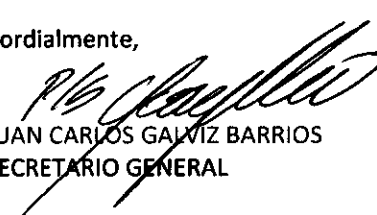
Respetuosamente, me permito NOTIFICARLE ELECTRONICAMENTE que ésta corporación, mediante providencia de fecha 15 de Septiembre de 2016, resolvió:

*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:**

**DIRECCIÓN 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 SANIDAD MILITAR DE LA ARMADA NACIONAL, PARA QUE EN EL TÉRMINO DE 5 DÍAS, ALLEGUE CON DESTINO A ÉSTE PROCESO, COPIA AUTÉNTICA DE LA FICHA TÉCNICA 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 MÍNIMOS 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.**





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.



### 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 (5) 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;  
 areajuridica.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](mailto: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](mailto:notificaciones.bogota@mindefensa.gov.co)

[notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co](mailto:notificaciones.cartagena@mindefensa.gov.co)

[notificaciones.tutelas@mindefensa.gov.co](mailto: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](mailto: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





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](mailto: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: P3. María Lorena Hernández E.  
Asesor Jurídico 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. Satchu. Comutador 3482000-2276960 Bogotá, Colombia.  
[www.armadonaval.mil.co](http://www.armadonaval.mil.co)



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



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

2. Grado: **Asp**

3. Cédula o T.I.: **1128061776**

4. Dirección de la residencia habitual: **Blas de lezo N° 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, empleado, empleado, etc.): **IMAV**

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

**HISTORIA FAMILIAR**

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

Parentesco	Edad	Estado Civil	Si sufre la misma	Esposa o que tuvo	Ha habido casos en la familia de:	SI	NO	Parentesco
Padre	56	Retirado			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	59	...			DMNC		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa					Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos	27	Retirado			Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
	16	...			Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del estómago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Neumotórax		<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**

Lee 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"/>	Raquitismo (deformidad)		<input checked="" type="checkbox"/>	Miedo de carro, tren, avión, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Parotiditis del niño		<input checked="" type="checkbox"/>	Lepra		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Parotiditis de los 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 cara		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedad		<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes de la boca, síndrome, etc.		<input checked="" type="checkbox"/>	No está controlado		<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	<b>MUJERES</b>		
Hemorroides e enfermedades del recto		<input checked="" type="checkbox"/>	Depresión o angustia		<input checked="" type="checkbox"/>	Bata de la menstruación		
Miocardio frecuente o doloroso		<input checked="" type="checkbox"/>	Esquema cardíaco		<input checked="" type="checkbox"/>	Por qué tomaba por algún momento de su vida		
Enfermedades venéreas		<input checked="" type="checkbox"/>	Una operación para el		<input checked="" type="checkbox"/>	No estado embarazada		
Frecuencia normal (tranquilo)		<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	Tiene manifestaciones de dolor		
En el ojo o los membranas		<input checked="" type="checkbox"/>	Poliploidias		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Una operación oftálmica		<input checked="" type="checkbox"/>	Perforación de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	No ha habido hijos registrados		
Lesión traumática por accidente (herida o quemadura)		<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		
			Fracturas		<input checked="" type="checkbox"/>			

Normal  Existente  
 ¿Cada cuánto se repite en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_  
 ¿En qué porcentaje está afectado, ahora? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su efecto actual? \_\_\_\_\_  
 ¿En cuánto tiempo?    
 ¿En cuánto tiempo?

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 otorgado 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 de ingreso y salida.		<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 internamente por enfermedades contagiosas como viruelas? ¿Que clase 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 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 apercibo 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 aspiro.

Nombre del asegurado, leer impronta

Rafael Ángel Rodríguez

4/11/2008-08  
Lugar y Fecha

Dr. Carlos Rodríguez C.  
Médico Clínico  
Hosp. General de Pinar del Río  
Pinar de la República  
Ante la cual hago esta declaración (Jefe de Sección).

3 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 <b>Roberto Rojas Roldán Rafael</b>		2. Grado o Cargo <b>ASD</b>	3. Identificación G.O. o C.M. No. <b>1126061 326</b>
4. División y destino <b>Blta de Ig. M<sub>3</sub> as 1523</b>		5. Causa del suceso (No suceso art. 60 Decreto 1000/72) Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> Desembarco <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>	
6. Fecha de examen <b>14-05-08</b>		CONTROL: Especialista <input type="checkbox"/> Col. Médico General <input type="checkbox"/> Curso No. <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/>	
7. Sexo <b>M</b>	8. Nacionalidad <b>Col</b>	9. Tiempo de servicio	10. Puesto S.C. ARC, PAC, PAB
11. Unidad o dependencia <b>DMT</b>		12. Fecha de nacimiento <b>10-08-68</b>	13. Lugar de nacimiento <b>San Andrés</b>
14. Nombre y dirección del paciente más cercano <b>Roberto Rojas Blandiego</b>		15. Dependencia Médica donde se presta el servicio <b>DMT</b>	
16. Cargo o que ocupa o profeso <b>IMAR</b>		OBSERVACIONES	

**MEDICINA GENERAL**

Normal	Anormal	Registre cada ítem en la columna apropiada (N) o el evento.	NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (añadir con motivo del caso particular) en el caso correspondiente. Cuantifique en el caso de los valores de laboratorio.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Cabeza, Cara, Ocuo-otorrino	<p align="center"><b>C.P.H.</b></p> <p align="center"><b>ESM 1049.</b></p> <p align="center"><b>T 135</b></p> <p align="center"><b>P 65</b></p> <p align="center"><b>INC 4.2</b></p> <p align="center"><b>TA 100/80</b></p> <p align="center"><b>AV 20/20</b></p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Neck	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Extremos <b>135</b> <b>109</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Codo izquierdo <b>135</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Codo en general	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Codo de Codo <b>135</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Codo en general <b>135</b> <b>109</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Mano <b>135</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. T. Arteria <b>135</b> <b>109</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Venígrafos	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Pulso y Ritmo	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Corazón y grandes vasos	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. S. Venoso <b>135</b> <b>109</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Abdomen y Hígado	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Aso y Riñón	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Sistema Endocrino	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Sistema Urinario	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Esqueleto superior	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Esqueleto inferior	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Piel	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Sistema vascular y circulación en general	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Sistema nervioso y sentidos	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Piel y Puntos	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Puntos	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Temperatura	
Peso Mayor	42. Puntos	43. Colaborador que haya tenido en el evento	
Datos y firmas en favor de: <b>DR. Roberto Rojas Roldán Rafael</b> <b>IPAND</b> <b>14/05/08</b>		[Firma]	

**ODONTOLÓGIA**

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. Dientes: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del diente de los dientes superiores e inferiores respectivamente																				Observación y otros defectos y enfermedades dentales: Articulación    Oclusión    Pulpas vitales    Est. General de la boca.																														
A: 19 17 16 15 14 13 12 11    21 22 23 24 25 26 27 28 49 48 47 46 45 44 43 42 41    31 32 33 34 35 36 37 38																				Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																														
Descripción de lesiones y observaciones: [Español]																				[Español]																														



225 ~~225~~

4

4

493



PRUEBAS DE LABORATORIO	
43. OJOS	46. Eit de sistema hemostatico
44. Hemoglobina: 9.6 mg/dl	48. Prueba de <b>NEGATIVO</b> LECHEA
45. Hb A1C: 112 mg/dl	49. Coeficiente
	EOS
50. <input type="checkbox"/> Tifloides	51. <input type="checkbox"/> Citomegali
	52. <input type="checkbox"/> Adeno Virus

**OFTALMOLOGÍA**

53. Visión a distancia		54. Refracción		55. Visión en cerca	
Distancia OD /	Corrección /	Por los ojos	OD	Corrección	Con.
Distancia OS /	Corrección /	Por los ojos	OS	Corrección	Con.
56. Inspección (Externa)	57. Inspección (Interna)	58. Pupila de la acomodación	59. Pupila de la acomodación	60. Ojos	61. Ojos
62. Acomodación	63. Visión Color	64. Participación de la acomodación	65. Sin cámara	66. Con cámara	67. Sin cámara
68. Campo Visual	69. Visión Nocturna	70. Lente Rigida	71. Tensión Intraocular		

*Grado y Nombre en caso de refracción o a petición del paciente y/o del interesado*

*Forma, posición y uso de lentes*

**OTORRINO**

72. Capacidad Auditiva	73. Audición						74. Timpano
	250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000
	300	312	1.024	2.048	3.072	4.096	6.144
	Declaro						
	Impresión						

*Grado y Nombre en caso de refracción o a petición del paciente y/o del interesado*

*Forma, posición y uso de lentes*

**PSICÓLOGO**

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

*Mini-Holtzman 99 puntos como 1 MAX*

Grado y Nombre en caso de refracción o a petición del paciente y/o del interesado

*TRAFS Diana Galvis Ibarra*

**REVISIÓN Y CALIFICACIÓN**

76. OBSERVACIONES Sobre el expediente por Médico Laboral

RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNÓSTICOS	
77. DEFECTOS	78. DIAGNÓSTICO
Grado y Nombre del Oficial Revisor	FIRMA Y SELLO

*El anterior estudio está basado en el Artículo 3 del Decreto 904 de 1995. Según el Artículo 4 del mismo decreto este estudio tiene validez de 90 días.*



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	ap. Cordero	Raul PH4		Asp	1128061776		
F. Nacimiento		Sexo		Dirección Residencial		Teléfono	
14 08 88		M K F		Blasdulego 43451123		6615682	
OBSERVACIONES: <i>85 presente hipercalcificación del Esmalte grado III</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 malocclusiones, 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"

494 5

REPÚBLICA DE COLOMBIA SANIDAD F.F.A.A.

PLIEGO DE ANTECEDENTES

Este pliego es el complemento del formulario de inscripción y debe llenarse en cada caso del paciente antes de cualquier otro trámite.

1. Apellido y nombre: **REYES OCHOA RAFAEL RAFAEL**

2. Dirección de la vivienda habitual: **53 Paro**

3. Ciudad: **53 Paro**

4. Fecha del examen: **03-09-10**

5. Edad: **176**

6. Sexo: **M**

7. Ocupación: **Empleado**

8. Fecha de nacimiento: **08 Mar 1988**

9. Lugar de nacimiento: **BECIM**

10. Estado civil: **soltero**

11. Nombre del médico que lo refiere: **Salvador**

12. Fecha de ingreso al servicio: **1998**

13. Tipo de ingreso: **Primario**

14. Lugar de ingreso: **53 Paro**

15. Tipo de ingreso: **Primario**

16. Tipo de ingreso: **Primario**

17. Tipo de ingreso: **Primario**

18. Tipo de ingreso: **Primario**

19. Tipo de ingreso: **Primario**

20. Tipo de ingreso: **Primario**

21. Tipo de ingreso: **Primario**

22. Tipo de ingreso: **Primario**

23. Tipo de ingreso: **Primario**

24. Tipo de ingreso: **Primario**

25. Tipo de ingreso: **Primario**

26. Tipo de ingreso: **Primario**

27. Tipo de ingreso: **Primario**

28. Tipo de ingreso: **Primario**

29. Tipo de ingreso: **Primario**

30. Tipo de ingreso: **Primario**

31. Tipo de ingreso: **Primario**

32. Tipo de ingreso: **Primario**

33. Tipo de ingreso: **Primario**

34. Tipo de ingreso: **Primario**

35. Tipo de ingreso: **Primario**

36. Tipo de ingreso: **Primario**

37. Tipo de ingreso: **Primario**

38. Tipo de ingreso: **Primario**

39. Tipo de ingreso: **Primario**

40. Tipo de ingreso: **Primario**

41. Tipo de ingreso: **Primario**

42. Tipo de ingreso: **Primario**

6

**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 anteriores? En caso afirmativo dar detalles	X	X
Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas como resaca?		X
¿Qué otra enfermedad?		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

Rojas Rafaela Rodríguez

07 Abril 2010

Firma y Lugar

Firma del Examinado  
Así lo certifica 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</i>		5. Causar del Examen (de acuerdo Art. 60 Decreto 1830/79)	
6. Fecha 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 Andrés 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).
<input checked="" type="checkbox"/>		17. Cabeza, Cara, Oros, Ojalos	/
<input checked="" type="checkbox"/>		18. Nariz	
		19. Oídos <i>11/10 Puro</i>	
		20. Olor Cabello <i>NSP</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>		21. Ojos en General	
<input checked="" type="checkbox"/>		22. Olor Ojos <i>NSP</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>		23. Ojos en General	
		24. Piel <i>NSP</i>	
		25. Tórax <i>11/10 Puro</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>		26. Manos y Ombros	
<input checked="" type="checkbox"/>		27. Pulmones y Ventr	
<input checked="" type="checkbox"/>		28. Corazón y grandes vasos	
<input checked="" type="checkbox"/>		29. Sst. Vascul. perif. y Arterio	
<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. 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, Clínicas, Reflexos	
<input checked="" type="checkbox"/>		39. Piel y Uñas	
<input checked="" type="checkbox"/>		40. Pecho	
<input checked="" type="checkbox"/>		41. Temperatura	
		42. Pene	43. Enfermedades que haya tenido en el pasado
Pasa Mujer		42. Pene	43. Enfermedades que haya tenido en el pasado
Grado y Nombre en letra de imprenta o a máquina del Médico G. <i>Jaime Riba RIVERA</i>		Firma, Póster y Sello Autorizado	

ODONTOLOGÍA

S - Caries	+ Odontales	x - No tratadas	A - Ausentes	II - Prótesis Fija	Q - Prótesis Removibles																																										
24. Boca: Demarcar: 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 checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 Subterrito y Cabe. 2o. o de Ingreso para personal civil debe incluirse la ficha odontológica (Apéndice 1) que formará parte de la "HISTORIA MEDICA PERSONAL" que se lleva en cada Unidad.			<p>ANEXO "E" MEDICINA GENERAL ODONTOLÓGICA C.C. V. 113-101 Firma, Póster y Sello Autorizado del Odontólogo</p>																																												

PRUEBAS DE LABORATORIO		
46. OPMIA	48. RX de Columna Lumbosacra	
47. SEROLOGIA	49. Prueba de Sida	GLICEMIA
48. GRUPO RH	50. Cuadro Hemático	
ECG	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 (Derecho)	56. Visión de Color		57. 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. Timpanes
	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 Burelud					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 Sanidad
Firma, Posfirma y sello autorizado

### REVISIÓN Y CALIFICACIÓN

66. OBSERVACIONES. Debe ser diligenciada por Medicina Laboral

RESUMEN DE DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS	
1. <u>18/06/10</u> <u>175-Hmmx-23/4/10</u> <u>Episodios psicóticos agudos XGM.</u>	COMPATIBLE CON LA APTITUD
2. <u>Pelle nuevo concepto Psicopatología por</u> <u>JOL x episodios psicóticos agudos oct/10</u>	NO APTO. APTO.
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 aptitud tiene validez de 90 días	

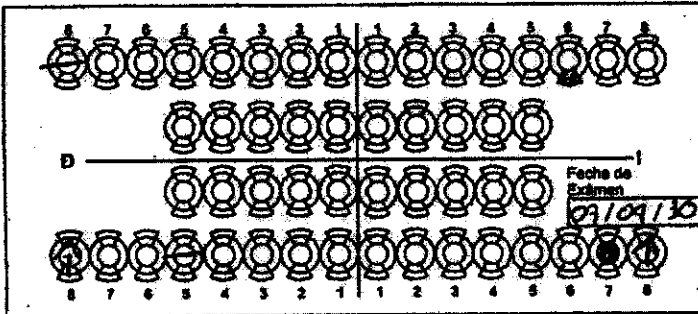


ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL  
División de Estadística  
CARTA DENTAL LEGAL FORENSE

8  
7  
496

		Fecha de Apertura		Día	Mes	Año
				01	04	010
1er. apellido	2do. apellido	Nombre		Grado	No. Cédula	
REGES	COGDA	RACPH9 RAFAEL		IM-06	L.128.061.776	
F. Nacimiento		Sexo	Dirección Residencia		Teléfono	
Dis	Mes	Año	M	X	F	Bco de l. 20 N2 45 CT 23. Cagua A SICUPA
14	08	88				6615682 Cagua
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					
Fila	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  
C.O.F.C.E. 128.061.776  
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.