


**DERECHO DE PETICION SOLICITUD INFORMACION CREDITO POR LIBRANZA No. 105938730**

Diana Ibarra <dianamarcelaibarra1@hotmail.com>

Vie 22/03/2024 12:40 PM

Para: respuesta\_pqrs@gnbsudameris.com.co <respuesta\_pqrs@gnbsudameris.com.co>; marthaluciaburgos123@gmail.com <marthaluciaburgos123@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (4 MB)

ilovepdf\_merged (22).pdf;

San Juan de Pasto, marzo 22 de 2024

**Señores**

**BANCO SUDAMERIS**

**Correo electrónico:** respuesta\_pqrs@gnbsudameris.com.co

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICION SOLICITUD INFORMACION CREDITO POR LIBRANZA No. 105938730**

**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**, identificada con cédula de ciudadanía No.. 1.085.267.899 expedida en Pasto y portadora de la T.P. 206728 DEL C.S. de la J., en atención al poder conferido por el señor **YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía No.79.820.553 expedida en Bogotá (Cundinamarca); por medio del presente escrito y en virtud del artículo constitucional 23, y en el Capítulo II del Libro Primero del C.P.A.C.A: me permito enviar derecho de petición

adjunto 1 documento

***DIANA MARCELA IBARRA PARRA***

**ABOGADA**

**CEL: 3163800428**

**San Juan De Pasto**

Señores

**BANCO SUDAMERIS**

Correo electrónico: respuesta\_pqrs@gnbsudameris.com.co

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICION SOLICITUD INFORMACION CREDITO POR LIBRANZA No. 105938730**

**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**, identificada con cédula de ciudadanía No.. 1.085.267.899 expedida en Pasto y portadora de la T.P. 206728 DEL C.S. de la J., en atención al poder conferido por el señor **YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía No.79.820.553 expedida en Bogotá (Cundinamarca); por medio del presente escrito y en virtud del artículo constitucional 23, y en el Capítulo II del Libro Primero del C.P.A.C.A: me permito elevar ante su despacho lo siguiente:

1. Se expida copia de la tabla de amortización del crédito por libranza distinguido con el No. 105938730 a nombre de: **YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía No.79.820.553 expedida en Bogotá (Cundinamarca); toda vez que con fecha 14 de julio de 2022 se envió a través del correo electrónico de mi representado la respectiva tabla de liquidación la cual se anexa indicando que el valor del crédito era por la suma de \$114.000.000 cuyo desembolso se realizó el 30 de abril del año 2019, con una cuota mensual de \$1.979.803 por un término de 120 meses y el valor de la última cuota para cancelarse el día 5 de mayo del año 2029; número de operación 105938730, sin embargo el día 12 de julio de 2023 y prohijado se acercó de manera personal a una sede de su banco en la ciudad de Bogotá y se le suministro una tabla de amortización distinta a la entrega en el año 2022 en donde se indica que: el valor del crédito es la suma de \$105.139.227, fecha de desembolso 5 de noviembre de 2022, valor de la cuota \$1.979.803, por un término de 101 cuotas cuya fecha de inicio es el 5 de noviembre del año 2022 y la ultima cuota a cancelar es el 5 de marzo del año 2031; observando los desprendibles de pago desde el mes de mayo del año 2019 la cuota que se descuenta por nómina de Cremil es la suma de \$1.988.063, descuentos que se han hecho de manera sucesiva y hasta el mes de febrero de 2024 por el mismo valor, existiendo una diferencia de \$8.260 sin conocer los motivos de esta diferencia en los descuentos y en valor que reporta su entidad financiera.

Teniendo en cuenta lo anterior:

**SOLICITO:**

1. Se expida copias de los seguros todo riesgo, nombre de mi poderdante y las caratulas de los mismos que amparan la obligación con su banco del crédito de libranza No. 105938730, por cuanto la único que se conoce es la la Póliza con vigencia 01/08/2019 – 30/09/2020 archivo 843-16-994000000002-27, de la aseguradora Solidaria de Colombia, teniendo en cuenta que el mismo tenía vigencia hasta el 30 de septiembre del año 2020, deseo conocer el valor del seguro todo riesgo, su vigencia; cual es el número del seguro a la fecha; nombre de la empresa con quien se tomó dicho seguro, incluyendo la caratula del mismo; vigencia del seguro todo riesgo, indicando fecha de inicio y fecha de terminación.
2. Se realice la respectiva aclaración del porque las tablas de amortización de fechas 12 de julio del año 2022 y 12 de julio del año 2024 no son las mismas y sus valores son diferentes

3. Se haga conocer de forma detallada los conceptos que se descuentan mensualmente indicando el valor de cada uno ellos los cuales suman el valor del descuento equivalente a \$1.979.803.
4. Se indique fecha de inicio y terminación del crédito correspondiente a la operación: 105938730 y a la número 107279456 que son los datos obtenidos de las dos tablas de amortización entregadas a mi prohijado.
5. Se allegue copia de los documentos suscritos por mi poderdante para el otorgamiento del crédito de libranza No. **105938730** incluido el pagaré que respalda dicha obligación y si existe otro crédito se allegue la respectiva documentación en donde se registre: fecha del otorgamiento del crédito, plazo, valor a cancelar.

## SOPORTES JURIDICOS DEL DERECHO DE PETICION

La Constitución Política en sus artículos 23 y 74, desarrollados por el Código Contencioso Administrativo, pues consagran el derecho que tiene toda persona a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución; así mismo, a acceder a documentos públicos o particulares, salvo los casos que establezca la ley.

De otro lado es el artículo 209 de la Constitución Política, el que señala que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones.

Siendo entonces el **DERECHO DE PETICION DE INFORMACION**, un derecho que tiene como objetivo primordial el de lograr una comunicación fluida y eficaz entre las distintas entidades y los particulares, es el que sin duda invoco en esta petición de carácter particular, por ser un instrumento fundamental que se le otorga a cualquier ciudadano, la forma de hacer realidad uno de los cometidos fundamentales dentro de un Estado Social de Derecho, como es el que sus entidades estén al servicio de las personas, es por ello que este derecho de petición implica un deber de responder prontamente las solicitudes que hagamos los ciudadanos, ya sean quejas, manifestaciones, reclamos o consultas, y es por este particular derecho de petición de información, ante esa entidad que de acuerdo a la ley *"Toda persona tiene derecho a consultar y/o solicitar copia de los documentos que reposen en las oficinas públicas o privadas y a que se le expida copia de los mismos, siempre que dichos documentos no tengan carácter reservado conforme a la Constitución o la Ley, o no hagan relación a la defensa o seguridad nacional."*

Por ello y comoquiera que la información solicitada no tiene carácter de reserva, máxime cuando este se funda en la solicitud de un producto del cual mi poderdante se encuentra cancelando y del cual tiene derecho como deudor de su entidad a conocer y la cual en principio solo atañe a la persona particular, que desea verificar la existencia de un compromiso actual o pasado con la entidad por la cual es requerido.

## ANEXOS:

1. Tabla de amortización del 12 de julio de 2022
2. Tabla de amortización del 12 de julio de 2024
3. Comprobantes de descuentos de nomina
4. Poder a mí conferido

## NOTIFICACIONES

Recibiré las notificaciones que el presente derecho pueda generar en la siguiente dirección:

3

La suscrita en la Calle 18 No. 23 - 39 Oficina 201 en San Juan de Pasto, correo electrónico: [dianamarcelaibarra1@hotmail.com](mailto:dianamarcelaibarra1@hotmail.com). Celular de contacto: 3163800428 y 3226403958

Mi poderdante señor Yair Leandro Rodríguez Giraldo, en la Carrera 79 D No. 35 – 90 Sur, urbanización Francisco José de Caldas, Barrio Kennedy, Bogotá, celular de contacto 3117009297, 3188342427, correo electrónico [yairleandro11@gmail.com](mailto:yairleandro11@gmail.com).

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Diana Marcela Ibarra Parra', with a large, stylized flourish at the end.

**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**  
Abogada peticionaria





**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**  
Abogada Especialista  
Defensora Pública

Señores  
**BANCO SURAMERIS**  
E. S. D.

**ASUNTO: PODER AMPLIO Y SUFICIENTE**

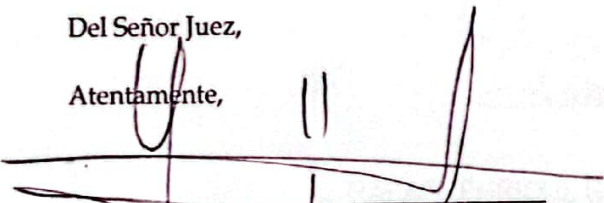
**YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**, persona mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.820.553 expedida en Bogotá (Cundinamarca), con domicilio y residencia ubicado en la Carrera 79 D No. 35 - 90 Sur, urbanización Francisco José de Caldas, Barrio Kennedy, Bogotá, celular de contacto 3117009297, 3188342427, correo electrónico [yairleandro11@gmail.com](mailto:yairleandro11@gmail.com); por medio del presente escrito manifiesto que otorgo poder **ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE** en cuanto a derecho se refiere a la Abogada **DIANA MARCELA IBARRA PARRA** identificada con cédula de Ciudadanía Nro. 1.085.267.899 de Pasto y portadora de la T.P. 206728 DEL C.S. de la J. para que en mi nombre y representación eleve ante su despacho **DERECHO DE PETICION** y realice todos los actos necesarios para obtener respuesta frente a la Póliza de Seguro que ampara el Crédito por libranza No. 105938730

Mi apoderada cuenta con las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, presentar todo tipo de solicitudes, recursos y demás actos procesales tendientes a defender mis intereses en el desarrollo del proceso judicial, de la misma manera realizar conciliaciones extrajudicial o judicial y todas las demás facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso.


Sírvase, reconocerle personería en los términos y para los fines aquí señalados.

Del Señor Juez,

Atentamente,

  
NOMBRE: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO  
CORREO ELECTRONICO: yairleandro11@gmail.com  
TELEFONO: 3188342427  
DIRECCION: Reserva Acuarbonita Torre 3 APTO 501  
Armenia Quindío

ACEPTO

  
**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**  
C.C. 1085267899 DE PASTO  
T.P. 206728 DEL C.S. DE LA J.  
CORREO ELECTRONICO: [Dianamarcelaibarra1@hotmail.com](mailto:Dianamarcelaibarra1@hotmail.com)  
CELULAR: wsp 3163800428 - 3226403958  
DIRECCION: CALLE 18 NRO 23 39 OF 201



# DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 7167

En la ciudad de Dabeiba, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el veintisiete (27) de febrero de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría única del Círculo de Dabeiba, compareció: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 79820553 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

----- Firma autógrafa -----



fcf5a3b667

27/02/2024 10:02:54

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

De acuerdo a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: - Esta acta se genera a solicitud del interesado en la Dirección: Carrera 11 #12B-43 de PODER DOCUMENTO PRIVADO.



RAFAEL ENRIQUE GUTIÉRREZ LAGARES

Notario Único del Círculo de Dabeiba, Departamento de Antioquia

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: fcf5a3b667, 27/02/2024 10:13:50



CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES			
ASIGNACION DE RETIRO		MES	ENERO/2019
NOMBRE:	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	FECHA DE EXPEDICION	27/05/2021
DIRECCION:	RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá	CONSECUTIVO	1
UNIDAD:	CUNDINAMARCA-COLOMBIA)	IDENTIFICACION	79820553
51013	GRADO:	MY	

DEVENGADOS			DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA TERMIN
	Sueldo Basico	2,723,536	105	DTOLEYCRFM1%	46,933	201901 201901
	*Partidas Computables	3,293,519	110	DTOSERMEDIC4%	187,732	201901 201901
	**Base Liquidacion	6,017,055	560	CLUBMILSOST	105,000	201808 202307
	***% de Liquidacion	78	957	POPUCONVENIO	1,861,615	201606 202505
001	ASIG. RETIRO	4,693,303				
TOTAL DEVENGADO:		4,693,303	TOTAL DEDUCCION:		2,201,280	NETO A PAGAR: 2,492,020

Nota: \* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% \* PRIMA DE ANTIGÜEDAD 17% \* SUBSIDIO FAMILIAR 35% \* DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529,130

\*\*La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

\*\*\*El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza

Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$145,371 para nuevos descuentos.

A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012

**POR DECRETO No.2451/2018 SE INCREMENTO AL PERSONAL DE SLP E IMP EL 6% Y SE DESCONTO APOORTE SEGÚN DEC 4433/2004. AL PERSONAL DE OFC Y SUBOF SE INCREMENTARA UNA VEZ LLEGUEN DEC Y SITUADO**

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES			
ASIGNACION DE RETIRO		MES	FEBRERO/2019
NOMBRE:	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	FECHA DE EXPEDICION	27/05/2021
DIRECCION:	RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá	CONSECUTIVO	1
UNIDAD:	CUNDINAMARCA-COLOMBIA)	IDENTIFICACION	79820553
51013	GRADO:	MY	

DEVENGADOS			DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA TERMIN
	Sueldo Basico	2,723,536	105	DTOLEYCRFM1%	46,933	201902 201902
	*Partidas Computables	3,293,519	110	DTOSERMEDIC4%	187,732	201902 201902
	**Base Liquidacion	6,017,055	560	CLUBMILSOST	105,000	201808 202307
	***% de Liquidacion	78	957	POPUCONVENIO	1,861,615	201606 202505
001	ASIG. RETIRO	4,693,303				
TOTAL DEVENGADO:		4,693,303	TOTAL DEDUCCION:		2,201,280	NETO A PAGAR: 2,492,020

Nota: \* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% \* PRIMA DE ANTIGÜEDAD 17% \* SUBSIDIO FAMILIAR 35% \* DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529,130

\*\*La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

\*\*\*El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza

Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$145,371 para nuevos descuentos.

A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012

**SEÑOR AFILIADO, EVITE SUPLANTACION. NO ENTREGUE SU: USUARIO Y CLAVE.**




CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES	FEBRERO/2019		
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION	30/08/2021		
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO	2		
UNIDAD: CUNDINAMARCA COLOMBIA)				IDENTIFICACION	79820553		
61013		GRADO:	MY				
DEVENGADOS			DEDUCCIONES				
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMINA
	Sueldo Basico	2.723.536	105	DTOLEYCRFM1%	46.933	201902	201902
	*Partidas Computables	3.293.519	110	DTOSERMEDIC4%	187.732	201902	201902
	**Base Liquidacion	6.017.055	560	CLUBMILSOST	105.000	201808	202307
	***% de Liquidacion	78	957	POPUCONVENIO	1.861.615	201606	202505
001	ASIG. RETIRO	4.693.303					
TOTAL DEVENGADO:		4.693.303	TOTAL DEDUCCION:		2.201.280	NETO A PAGAR: 2.492.023	
Nota *: Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% * PRIMA DE ANTIGÜEDAD 17% * SUBSIDIO FAMILIAR 35% * DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529.130							
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$145,371 para nuevos descuentos.							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
SEÑOR AFILIADO, EVITE SUPLANTACION, NO ENTREGUE SU: USUARIO Y CLAVE.							

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES	ABRIL/2019		
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION	30/08/2021		
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO	2		
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION	79820553		
61013		GRADO:	MY				
DEVENGADOS			DEDUCCIONES				
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMINA
	Sueldo Basico	2.723.536	105	DTOLEYCRFM1%	46.933	201904	201904
	*Partidas Computables	3.293.519	110	DTOSERMEDIC4%	187.732	201904	201904
	**Base Liquidacion	6.017.055	560	CLUBMILSOST	105.000	201808	202307
	***% de Liquidacion	78	957	POPUCONVENIO	1.861.615	201606	202505
001	ASIG. RETIRO	4.693.303					
TOTAL DEVENGADO:		4.693.303	TOTAL DEDUCCION:		2.201.280	NETO A PAGAR: 2.492.023	
Nota *: Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% * PRIMA DE ANTIGÜEDAD 17% * SUBSIDIO FAMILIAR 35% * DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529.130							
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$145,371 para nuevos descuentos.							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
28 MAYO 2019 PARTICIPE ELECCIONES VIRTUALES AL SISTEMA DE SALUD FFMM-PONAL. SEÑOR AFILIADO ES IMPORTANTE QUE SUS DATOS ESTEN ACTUALIZADOS EN CREMIL.							



# CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES

ASIGNACION DE RETIRO		MES	MARZO/2019	
NOMBRE:	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	FECHA DE EXPEDICION	27/05/2021	
DIRECCION:	RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá	CONSECUTIVO	1	
UNIDAD:	CUNDINAMARCA-COLOMBIA)	IDENTIFICACION	79820553	
61013		GRADO:	MY	

DEVENGADOS			DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA TERMIN
	Sueldo Basico	2,723,536	105	DTOLEYCRFM1%	46,933	201903 201903
	*Partidas Computables	3,293,519	110	DTOSERMEDIC4%	187,732	201903 201903
	**Base Liquidacion	6,017,055	560	CLUBMILSOST	105,000	201808 202307
	***% de Liquidacion	78	957	POPUCONVENIO	1,861,615	201606 202506
001	ASIG. RETIRO	4,693,303				
TOTAL DEVENGADO:		4,693,303	TOTAL DEDUCCION:		2,201,280	NETO A PAGAR: 2,492,0

Nota.\* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% \* PRIMA DE ANTIGÜEDAD 17% \* SUBSIDIO FAMILIAR 35% \* DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529,130

\*\*La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.


\*\*\*El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza

Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$145,371 para nuevos descuentos.

A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012

**AFILIADOS CON SUSTITUCION PENSIONAL ACTUALIZAR DATOS PERSONALES GENERALES. CREACION CUENTA BANCARIA PENSIONAL. EVITE SER SUSPENDIDO EN NOMINA**

# CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES

ASIGNACION DE RETIRO		MES	ABRIL/2019	
NOMBRE:	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	FECHA DE EXPEDICION	27/05/2021	
DIRECCION:	RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá	CONSECUTIVO	1	
UNIDAD:	CUNDINAMARCA-COLOMBIA)	IDENTIFICACION	79820553	
61013		GRADO:	MY	

DEVENGADOS			DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA TERMIN
	Sueldo Basico	2,723,536	105	DTOLEYCRFM1%	46,933	201904 201904
	*Partidas Computables	3,293,519	110	DTOSERMEDIC4%	187,732	201904 201904
	**Base Liquidacion	6,017,055	560	CLUBMILSOST	105,000	201808 202307
	***% de Liquidacion	78	957	POPUCONVENIO	1,861,615	201606 202506
001	ASIG. RETIRO	4,693,303				
TOTAL DEVENGADO:		4,693,303	TOTAL DEDUCCION:		2,201,280	NETO A PAGAR: 2,492,0

Nota.\* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% \* PRIMA DE ANTIGÜEDAD 17% \* SUBSIDIO FAMILIAR 35% \* DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529,130

\*\*La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

\*\*\*El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza

Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$145,371 para nuevos descuentos.

A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012

**28 MAYO 2019 PARTICIPE ELECCIONES VIRTUALES AL SISTEMA DE SALUD FFMM-PONAL. SEÑOR AFILIADO ES IMPORTANTE QUE SUS DATOS ESTEN ACTUALIZADOS EN CREMIL.**



CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		MAYO/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		1	
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
61013		GRADO:		MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMIN
	Sueldo Basico	2,723,536	105	DTOLEYCRFM1%	46,933	201905	201905
	*Partidas Computables	3,293,519	110	DTOSERMEDIC4%	187,732	201905	201905
	**Base Liquidacion	6,017,055	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202904
	***% de Liquidacion	78	560	CLUBMILSOST	105,000	201808	202307
001	ASIG. RETIRO	4,693,303					
TOTAL DEVENGADO:		4,693,303	TOTAL DEDUCCION:		2,327,728	NETO A PAGAR: 2,365,5	
Nota*: Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% * PRIMA DE ANTIGUEDAD 17% * SUBSIDIO FAMILIAR 35% * DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$529,130							
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$18,923 para nuevos descuentos.							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
EVITE SANCIONES. HAGA SU TRÁMITE CON TIEMPO: ENTRE EL 9 DE AGOSTO Y EL 19 DE OCTUBRE DE 2019 SE DEBE PRESENTAR LA DECLARACION DE RENTA, DEPENDIENDO DE LOS ULTIMOS 2 DIGITOS DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA							

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		JUNIO/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		1	
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
61013		GRADO:		MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMIN
	Sueldo Basico	2,723,536	105	DTOLEYCRFM1%	46,933	201906	201906
	*Partidas Computables	3,293,519	110	DTOSERMEDIC4%	187,732	201906	201906
	**Base Liquidacion	6,017,055	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202904
	***% de Liquidacion	78	560	CLUBMILSOST	105,000	201808	202307
001	ASIG. RETIRO	4,693,303					
TOTAL DEVENGADO:		4,693,303	TOTAL DEDUCCION:		2,327,728	NETO A PAGAR: 2,365,5	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$18,923 para nuevos descuentos.							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
DECRETO 1002 DEL 06/06/2019 INCREMENTA LAS ASIGNACIONES Y SUSTITUCIONES PARA OFICIALES Y SUBOFICIALES EN 4.5%, CON PAGO RETROACTIVO A PARTIR DE ENERO DE 2019, INCREMENTO PARA LA NOMINACION A PARTIR DEL MES DE JULIO.							



CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		JUNIO/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		1	
UNIDAD: (CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
61013			GRADO:		MY		
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMIN
080	PRIMAJUNIO	4.693,303					
TOTAL DEVENGADO:		4.693,303	TOTAL DEDUCCION:		NETO A PAGAR:		4.693,3
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		JULIO/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		1	
UNIDAD: (CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
61013			GRADO:		MY		
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMIN
	Sueldo Basico	2,846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201907	201907
	*Partidas Computables	3,441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201907	201907
	**Base Liquidacion	6,287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202904
	***% de Liquidacion	78	560	CLUBMILSOST	105,000	201808	202307
001	ASIG. RETIRO	4,904,499					
TOTAL DEVENGADO:		4,904,499	TOTAL DEDUCCION:		2,338,288	NETO A PAGAR: 2,566,2	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
SE RECUERDA A LOS AFILIADOS NO SUMINISTRAR LA CLAVE Y CONTRASEÑA A TERCEROS. CUIDE SU ASIGNACION DE RETIRO.							



CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		AGOSTO/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		1	
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
51013				GRADO: MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMIN
	Sueldo Basico	2,846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201908	201908
	*Partidas Computables	3,441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201908	201908
	**Base Liquidacion	6,287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202908
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908	202908
001	ASIG. RETIRO	4,904,499	560	CLUBMILSOST	145,000	201908	202408
TOTAL DEVENGADO:		4,904,499	TOTAL DEDUCCION:		2,415,936	NETO A PAGAR: 2,488,5	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
SE RECUERDA A LOS AFILIADOS NO SUMINISTRAR LA CLAVE Y CONTRASEÑA A TERCEROS. CUIDE SU ASIGNACION DE RETIRO							

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		SEPTIEMBRE/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		1	
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
51013				GRADO: MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMIN
	Sueldo Basico	2,846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201909	201909
	*Partidas Computables	3,441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201909	201909
	**Base Liquidacion	6,287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202908
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908	202908
001	ASIG. RETIRO	4,904,499	560	CLUBMILSOST	110,000	201909	202408
TOTAL DEVENGADO:		4,904,499	TOTAL DEDUCCION:		2,380,936	NETO A PAGAR: 2,523,5	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
XXXXXX							



CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		SEPTIEMBRE/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		30/08/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		2	
UNIDAD: (CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
51013				GRADO: MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMINA
	Sueldo Basico	2.846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201909	201909
	*Partidas Computables	3.441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201909	201909
	**Base Liquidacion	6.287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202904
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908	202907
001	ASIG. RETIRO	4.904,499	560	CLUBMILSOST	110,000	201909	202408
TOTAL DEVENGADO:		4.904,499	TOTAL DEDUCCION:		2.380,936	NETO A PAGAR: 2.523,563	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
XXXXX							

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		DICIEMBRE/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		30/08/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		2	
UNIDAD: (CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
51013				GRADO: MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMINA
	Sueldo Basico	2.846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201912	201912
	*Partidas Computables	3.441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201912	201912
	**Base Liquidacion	6.287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202904
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908	202907
001	ASIG. RETIRO	4.904,499	560	CLUBMILSOST	110,000	201909	202408
TOTAL DEVENGADO:		4.904,499	TOTAL DEDUCCION:		2.380,936	NETO A PAGAR: 2.523,563	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							
LA CAJA DE RETIRO DE LAS FF.MM. LES DESEA UNA FELIZ NAVIDAD Y UN PROSPERO AÑO NUEVO							

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES							
ASIGNACION DE RETIRO				MES		FEBRERO/2020	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO				FECHA DE EXPEDICION		30/08/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá				CONSECUTIVO		2	
UNIDAD: (CUNDINAMARCA-COLOMBIA)				IDENTIFICACION		79820553	
51013				GRADO: MY			
DEVENGADOS				DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMINA
	Sueldo Basico	2.846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	202002	202002
	*Partidas Computables	3.441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	202002	202002
	**Base Liquidacion	6.287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905	202904
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908	202907
001	ASIG. RETIRO	4.904,499	560	CLUBMILSOST	110,000	201909	202408
TOTAL DEVENGADO:		4.904,499	TOTAL DEDUCCION:		2.380,936	NETO A PAGAR: 2.523,563	
**La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.							
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza							
A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012							



# CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES

ASIGNACION DE RETIRO	MES	OCTUBRE/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	FECHA DE EXPEDICION	27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá	CONSECUTIVO		1
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)	IDENTIFICACION	79820553	
51013	GRADO:	MY	

DEVENGADOS			DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA
	Sueldo Basico	2,846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201910
	*Partidas Computables	3,441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201910
	**Base Liquidacion	6,287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908
001	ASIG. RETIRO	4,904,499	560	CLUBMILSOST	110,000	201909
TOTAL DEVENGADO:		4,904,499	TOTAL DEDUCCION:		2,380,936	NETO A PAGAR:
						2,523,5

\*\*La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

\*\*\*El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza

A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012

EN ESTE MES EN ESPECIAL CUIDE SUS NIÑOS. QUE ESTEN SIEMPRE BAJO SU VIGILANCIA.

# CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES

ASIGNACION DE RETIRO	MES	NOVIEMBRE/2019	
NOMBRE: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	FECHA DE EXPEDICION	27/05/2021	
DIRECCION: RESIDENCIAL Carrera 2 A No 17-40 Barrio Campestre B COLOMBIA-RISARALDA-DOS QUEBRADAS - Bogotá	CONSECUTIVO		1
UNIDAD: CUNDINAMARCA-COLOMBIA)	IDENTIFICACION	79820553	
51013	GRADO:	MY	

DEVENGADOS			DEDUCCIONES			
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA
	Sueldo Basico	2,846,094	105	DTOLEYCRFM1%	49,045	201911
	*Partidas Computables	3,441,726	110	DTOSERMEDIC4%	196,180	201911
	**Base Liquidacion	6,287,820	363	GNB SUDAMERIS	1,988,063	201905
	***% de Liquidacion	78	378	CAPILLA LA FE	37,648	201908
001	ASIG. RETIRO	4,904,499	560	CLUBMILSOST	110,000	201909
TOTAL DEVENGADO:		4,904,499	TOTAL DEDUCCION:		2,380,936	NETO A PAGAR:
						2,523,5

\*\*La base de liquidacion corresponde al sueldo basico+la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

\*\*\*El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza

A partir del mes de Julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012

PARA EL PERSONAL QUE INGRESO CON FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ASIGNACION DE RETIRO, ENTRE FEBRERO Y NOVIEMBRE DE 2019 A CREMIL, SU MESADA PENSIONAL DE NAVIDAD SERA CANCELADA POR DOCEAVAS PARTES.



# TABLA DE AMORTIZACION

CUOTA VENC.	DIAS	SALDO CAP.	CAP	INT	SEGUROS	VALOR CUOTA	ESTADO
95 05/09/30	30	10,086,505.00	1,706,227.00	147,409.00	126,167.00	1,979,803.00	No Vigente
96 05/10/30	30	8,358,950.00	1,727,555.00	126,081.00	126,167.00	1,979,803.00	No Vigente
97 05/11/30	30	6,609,801.00	1,749,149.00	104,487.00	126,167.00	1,979,803.00	No Vigente
98 05/12/30	30	4,838,788.00	1,771,013.00	82,623.00	126,167.00	1,979,803.00	No Vigente
99 05/01/31	30	3,045,637.00	1,793,151.00	60,485.00	126,167.00	1,979,803.00	No Vigente
100 05/02/31	30	1,230,071.00	1,815,566.00	38,070.00	126,167.00	1,979,803.00	No Vigente
101 05/03/31	30	0.00	1,230,071.00	15,376.00	126,167.00	1,371,614.00	No Vigente
<b>TOTALES:</b>	<b>3046</b>		<b>105,139,227.00</b>	<b>81,469,820.00</b>	<b>12,742,867.00</b>		





TABLA DE AMORTIZACION

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA 12/07/23  
CLIENTE: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO  
DIRECCION: CR 4 B NO 46 A 07  
TIPO DE AMORTIZACIÓN: Francés c/ Seg. e Int. incluidos  
BASE DE CÁLCULO: Comercial

BANCO GNB  
SUDAMERIS

12 JUL 2023

OFICINA: PARQUE SANTANDER  
CUENTA NUMERO: 550310  
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 79820553  
TIPO DE OPERACIÓN: CONVENIOS DE CREDITO  
MÓDULO: CARTERA CONVENIOS

Este documento es de carácter informativo y no es válido para efectos de cancelación total de la deuda, teniendo en cuenta que los datos relacionados no contemplan el saldo definitivo en caso de pago de la obligación.

DATOS INICIALES DE LA OPERACIÓN

No. OPERACIÓN:	107279456	FECHA DESEMBOLSO:	19/09/22
NOMBRE CONVENIO	CREMIL CAJA DE RETIRO RETIRADOS	FECHA 1ER VENCIMIENTO:	05/11/22
VALOR CREDITO:	COP 105,139,227.00	FECHA ULT VENCIMIENTO:	05/03/31
PLAZO:	101	FECHA FIJA DE PAGO:	5
GRACIA:	0	TASA INTERES NOMINAL/ANUAL MES VENCIDO:	15.00
VALOR CUOTA FIJA	1,979,803.00	TASA INTERES EFECTIVA ANUAL:	16.075452
CANT. CUOTAS PENDIENTES	101		


DATOS ACTUALES DE LA OPERACIÓN

No. OPERACIÓN:	107279456	FECHA PRÓXIMO VEN. CUOTA:	05/09/23
NOMBRE CONVENIO	CREMIL CAJA DE RETIRO RETIRADOS	FECHA VEN. ÚLTIMA CUOTA:	05/03/31
SALDO CAPITAL DEL CRÉDITO:	COP 100,213,134.00	FECHA FIJA DE PAGO:	5
PLAZO:	101	TASA INTERES NOMINAL/ANUAL MES VENCIDO:	15.000000
GRACIA:	0	TASA INTERES EFECTIVA ANUAL:	16.075452
VALOR CUOTA FIJA	1,979,803.00	ESTADO DE LA OPERACIÓN:	NORMAL
CANT. CUOTAS PENDIENTES	91	CANT. DE AJUSTES OPERATIVOS:	0

TABLA DE AMORTIZACION

CUOTA VENC.	DIAS	SALDO CAP.	CAP	INT	SEGUROS	VALOR CUOTA	ESTADO
1	05/11/22	46	105,139,227.00	0.00	1,853,636.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
2	05/12/22	30	104,761,363.00	377,864.00	1,475,772.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
3	05/01/23	30	104,217,244.00	544,119.00	1,309,517.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
4	05/02/23	30	103,666,324.00	550,920.00	1,302,716.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
5	05/03/23	30	103,108,517.00	557,807.00	1,295,829.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
6	05/04/23	30	102,543,737.00	564,780.00	1,288,856.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
7	05/05/23	30	101,971,898.00	571,839.00	1,281,797.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
8	05/06/23	30	101,392,911.00	578,987.00	1,274,649.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
9	05/07/23	30	100,806,686.00	586,225.00	1,267,411.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
10	05/08/23	30	100,213,134.00	593,552.00	1,260,084.00	126,167.00	1,979,803.00 Paga
11	05/09/23	30	99,612,162.00	600,972.00	1,252,664.00	126,167.00	1,979,803.00 Parcial
12	05/10/23	30	99,003,678.00	608,484.00	1,245,152.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
13	05/11/23	30	98,387,588.00	616,090.00	1,237,546.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
14	05/12/23	30	97,763,797.00	623,791.00	1,229,845.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
15	05/01/24	30	97,132,208.00	631,589.00	1,222,047.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
16	05/02/24	30	96,492,725.00	639,483.00	1,214,153.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
17	05/03/24	30	95,845,248.00	647,477.00	1,206,159.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
18	05/04/24	30	95,189,678.00	655,570.00	1,198,066.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
19	05/05/24	30	94,525,913.00	663,765.00	1,189,871.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
20	05/06/24	30	93,853,851.00	672,062.00	1,181,574.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
21	05/07/24	30	93,173,388.00	680,463.00	1,173,173.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
22	05/08/24	30	92,484,419.00	688,969.00	1,164,667.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
23	05/09/24	30	91,786,838.00	697,581.00	1,156,055.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
24	05/10/24	30	91,080,537.00	706,301.00	1,147,335.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
25	05/11/24	30	90,365,408.00	715,129.00	1,138,507.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
26	05/12/24	30	89,641,340.00	724,068.00	1,129,568.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
27	05/01/25	30	88,908,221.00	733,119.00	1,120,517.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
28	05/02/25	30	88,165,938.00	742,283.00	1,111,353.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
29	05/03/25	30	87,414,376.00	751,562.00	1,102,074.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente



BANCO GNB  
SUDAMERIS 

## TABLA DE AMORTIZACION

CUOTA VENC.	DIAS	SALDO CAP.	CAP	INT	SEGUROS	VALOR CUOTA	ESTADO
30	05/04/25	30	86,653,420.00	760,956.00	1,092,680.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
31	05/05/25	30	85,882,952.00	770,468.00	1,083,168.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
32	05/06/25	30	85,102,853.00	780,099.00	1,073,537.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
33	05/07/25	30	84,313,003.00	789,850.00	1,063,786.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
34	05/08/25	30	83,513,280.00	799,723.00	1,053,913.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
35	05/09/25	30	82,703,560.00	809,720.00	1,043,916.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
36	05/10/25	30	81,883,719.00	819,841.00	1,033,795.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
37	05/11/25	30	81,053,629.00	830,090.00	1,023,546.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
38	05/12/25	30	80,213,163.00	840,466.00	1,013,170.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
39	05/01/26	30	79,362,192.00	850,971.00	1,002,665.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
40	05/02/26	30	78,500,583.00	861,609.00	992,027.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
41	05/03/26	30	77,628,204.00	872,379.00	981,257.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
42	05/04/26	30	76,744,921.00	883,283.00	970,353.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
43	05/05/26	30	75,850,597.00	894,324.00	959,312.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
44	05/06/26	30	74,945,093.00	905,504.00	948,132.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
45	05/07/26	30	74,028,271.00	916,822.00	936,814.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
46	05/08/26	30	73,099,988.00	928,283.00	925,353.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
47	05/09/26	30	72,160,102.00	939,886.00	913,750.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
48	05/10/26	30	71,208,467.00	951,635.00	902,001.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
49	05/11/26	30	70,244,937.00	963,530.00	890,106.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
50	05/12/26	30	69,269,363.00	975,574.00	878,062.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
51	05/01/27	30	68,281,594.00	987,769.00	865,867.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
52	05/02/27	30	67,281,478.00	1,000,116.00	853,520.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
53	05/03/27	30	66,268,860.00	1,012,618.00	841,018.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
54	05/04/27	30	65,243,585.00	1,025,275.00	828,361.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
55	05/05/27	30	64,205,494.00	1,038,091.00	815,545.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
56	05/06/27	30	63,154,427.00	1,051,067.00	802,569.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
57	05/07/27	30	62,090,221.00	1,064,206.00	789,430.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
58	05/08/27	30	61,012,713.00	1,077,508.00	776,128.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
59	05/09/27	30	59,921,736.00	1,090,977.00	762,659.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
60	05/10/27	30	58,817,122.00	1,104,614.00	749,022.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
61	05/11/27	30	57,698,700.00	1,118,422.00	735,214.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
62	05/12/27	30	56,566,298.00	1,132,402.00	721,234.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
63	05/01/28	30	55,419,741.00	1,146,557.00	707,079.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
64	05/02/28	30	54,258,852.00	1,160,889.00	692,747.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
65	05/03/28	30	53,083,452.00	1,175,400.00	678,236.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
66	05/04/28	30	51,893,359.00	1,190,093.00	663,543.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
67	05/05/28	30	50,688,390.00	1,204,969.00	648,667.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
68	05/06/28	30	49,468,359.00	1,220,031.00	633,605.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
69	05/07/28	30	48,233,077.00	1,235,282.00	618,354.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
70	05/08/28	30	46,982,354.00	1,250,723.00	602,913.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
71	05/09/28	30	45,715,997.00	1,266,357.00	587,279.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
72	05/10/28	30	44,433,811.00	1,282,186.00	571,450.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
73	05/11/28	30	43,135,598.00	1,298,213.00	555,423.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
74	05/12/28	30	41,821,157.00	1,314,441.00	539,195.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
75	05/01/29	30	40,490,285.00	1,330,872.00	522,764.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
76	05/02/29	30	39,142,778.00	1,347,507.00	506,129.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
77	05/03/29	30	37,778,427.00	1,364,351.00	489,285.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
78	05/04/29	30	36,397,021.00	1,381,406.00	472,230.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
79	05/05/29	30	34,998,348.00	1,398,673.00	454,963.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
80	05/06/29	30	33,582,191.00	1,416,157.00	437,479.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
81	05/07/29	30	32,148,332.00	1,433,859.00	419,777.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
82	05/08/29	30	30,696,550.00	1,451,782.00	401,854.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
83	05/09/29	30	29,226,621.00	1,469,929.00	383,707.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
84	05/10/29	30	27,738,318.00	1,488,303.00	365,333.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
85	05/11/29	30	26,231,411.00	1,506,907.00	346,729.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
86	05/12/29	30	24,705,668.00	1,525,743.00	327,893.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
87	05/01/30	30	23,160,853.00	1,544,815.00	308,821.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
88	05/02/30	30	21,596,728.00	1,564,125.00	289,511.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
89	05/03/30	30	20,013,051.00	1,583,677.00	269,959.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
90	05/04/30	30	18,409,578.00	1,603,473.00	250,163.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
91	05/05/30	30	16,786,062.00	1,623,516.00	230,120.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
92	05/06/30	30	15,142,252.00	1,643,810.00	209,826.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
93	05/07/30	30	13,477,894.00	1,664,358.00	189,278.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente
94	05/08/30	30	11,792,732.00	1,685,162.00	168,474.00	126,167.00	1,979,803.00 No Vigente



## TABLA DE AMORTIZACION

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTA	12/07/22	OFICINA:	PARQUE SANTANDER
CLIENTE:	YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO		CUENTA NUMERO:	550310
DIRECCION:	CR 4 B NO 46 A 07		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79820553
TIPO DE AMORTIZACIÓN:	Francés c/ Seg. e Int. incluidos		TIPO DE OPERACIÓN:	CONVENIOS DE CREDITO
BASE DE CÁLCULO:	Comercial		MÓDULO:	CARTERA CONVENIOS

## DATOS INICIALES DE LA OPERACIÓN

No. OPERACIÓN:	105938730	FECHA DESEMBOLSO:	30/04/19
NOMBRE CONVENIO	CREMIL CAJA DE RETIRO RETIRADOS		
VALOR CREDITO:	COP 114,000,000.00	FECHA 1ER VENCIMIENTO:	05/06/19
PLAZO:	120	FECHA ULT VENCIMIENTO:	05/05/29
GRACIA:	0	FECHA FIJA DE PAGO:	5
VALOR CUOTA FIJA	1,979,803.00	TASA INTERES NOMINAL/ANUAL MES VENCIDO:	15.00
CANT. CUOTAS PENDIENTES	120	TASA INTERES EFECTIVA ANUAL:	16.075452

## DATOS ACTUALES DE LA OPERACIÓN

No. OPERACIÓN:	105938730	FECHA PRÓXIMO VEN. CUOTA:	05/08/22
NOMBRE CONVENIO	CREMIL CAJA DE RETIRO RETIRADOS		
SALDO CAPITAL DEL CRÉDITO:	COP 94,202,024.00	FECHA VEN. ÚLTIMA CUOTA:	05/05/29
PLAZO:	120	FECHA FIJA DE PAGO:	5
GRACIA:	0	TASA INTERES NOMINAL/ANUAL MES VENCIDO:	15.000000
VALOR CUOTA FIJA	1,979,803.00	TASA INTERES EFECTIVA ANUAL:	16.075452
CANT. CUOTAS PENDIENTES	82	ESTADO DE LA OPERACIÓN:	NORMAL
		CANT. DE AJUSTES OPERATIVOS:	0

## TABLA DE AMORTIZACION

CUOTA VENC.	DIAS	SALDO CAP.	CAP	INT	SEGUROS	VALOR CUOTA	ESTADO
1	05/06/19	35	113,819,497.00	180,503.00	1,662,500.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
2	05/07/19	30	113,399,238.00	420,259.00	1,422,744.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
3	05/08/19	30	112,973,725.00	425,513.00	1,417,490.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
4	05/09/19	30	112,542,894.00	430,831.00	1,412,172.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
5	05/10/19	30	112,106,677.00	436,217.00	1,406,786.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
6	05/11/19	30	111,665,007.00	441,670.00	1,401,333.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
7	05/12/19	30	111,217,817.00	447,190.00	1,395,813.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
8	05/01/20	30	110,765,037.00	452,780.00	1,390,223.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
9	05/02/20	30	110,306,597.00	458,440.00	1,384,563.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
10	05/03/20	30	109,842,426.00	464,171.00	1,378,832.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
11	05/04/20	30	109,372,453.00	469,973.00	1,373,030.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
12	05/05/20	30	108,896,606.00	475,847.00	1,367,156.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
13	05/06/20	30	108,414,811.00	481,795.00	1,361,208.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
14	05/07/20	30	107,926,993.00	487,818.00	1,355,185.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
15	05/08/20	30	107,433,077.00	493,916.00	1,349,087.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
16	05/09/20	30	106,932,987.00	500,090.00	1,342,913.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
17	05/10/20	30	106,426,646.00	506,341.00	1,336,662.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
18	05/11/20	30	105,913,976.00	512,670.00	1,330,333.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
19	05/12/20	30	105,394,898.00	519,078.00	1,323,925.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
20	05/01/21	30	104,869,331.00	525,567.00	1,317,436.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
21	05/02/21	30	104,337,195.00	532,136.00	1,310,867.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
22	05/03/21	30	103,798,407.00	538,788.00	1,304,215.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
23	05/04/21	30	103,252,884.00	545,523.00	1,297,480.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
24	05/05/21	30	102,700,542.00	552,342.00	1,290,661.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
25	05/06/21	30	102,141,296.00	559,246.00	1,283,757.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
26	05/07/21	30	101,575,059.00	566,237.00	1,276,766.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
27	05/08/21	30	101,001,744.00	573,315.00	1,269,688.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
28	05/09/21	30	100,421,263.00	580,481.00	1,262,522.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga
29	05/10/21	30	99,833,526.00	587,737.00	1,255,266.00	136,800.00	1,979,803.00 Paga

## TABLA DE AMORTIZACION

CUOTA VENC.	DIAS	SALDO CAP.	CAP	INT	SEGUROS	VALOR CUOTA	ESTADO	
30	05/11/21	30	99,238,442.00	595,084.00	1,247,919.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
31	05/12/21	30	98,635,920.00	602,522.00	1,240,481.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
32	05/01/22	30	98,025,866.00	610,054.00	1,232,949.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
33	05/02/22	30	97,408,186.00	617,680.00	1,225,323.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
34	05/03/22	30	96,782,785.00	625,401.00	1,217,602.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
35	05/04/22	30	96,149,567.00	633,218.00	1,209,785.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
36	05/05/22	30	95,508,434.00	641,133.00	1,201,870.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
37	05/06/22	30	94,859,286.00	649,148.00	1,193,855.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
38	05/07/22	30	94,202,024.00	657,262.00	1,185,741.00	136,800.00	1,979,803.00	Paga
39	05/08/22	30	93,536,546.00	665,478.00	1,177,525.00	136,800.00	1,979,803.00	Parcial
40	05/09/22	30	92,862,750.00	673,796.00	1,169,207.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
41	05/10/22	30	92,180,531.00	682,219.00	1,160,784.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
42	05/11/22	30	91,489,785.00	690,746.00	1,152,257.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
43	05/12/22	30	90,790,404.00	699,381.00	1,143,622.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
44	05/01/23	30	90,082,281.00	708,123.00	1,134,880.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
45	05/02/23	30	89,365,307.00	716,974.00	1,126,029.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
46	05/03/23	30	88,639,370.00	725,937.00	1,117,066.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
47	05/04/23	30	87,904,359.00	735,011.00	1,107,992.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
48	05/05/23	30	87,160,160.00	744,199.00	1,098,804.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
49	05/06/23	30	86,406,659.00	753,501.00	1,089,502.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
50	05/07/23	30	85,643,739.00	762,920.00	1,080,083.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
51	05/08/23	30	84,871,283.00	772,456.00	1,070,547.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
52	05/09/23	30	84,089,171.00	782,112.00	1,060,891.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
53	05/10/23	30	83,297,283.00	791,888.00	1,051,115.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
54	05/11/23	30	82,495,496.00	801,787.00	1,041,216.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
55	05/12/23	30	81,683,687.00	811,809.00	1,031,194.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
56	05/01/24	30	80,861,730.00	821,957.00	1,021,046.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
57	05/02/24	30	80,029,499.00	832,231.00	1,010,772.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
58	05/03/24	30	79,186,865.00	842,634.00	1,000,369.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
59	05/04/24	30	78,333,698.00	853,167.00	989,836.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
60	05/05/24	30	77,469,866.00	863,832.00	979,171.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
61	05/06/24	30	76,595,236.00	874,630.00	968,373.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
62	05/07/24	30	75,709,673.00	885,563.00	957,440.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
63	05/08/24	30	74,813,041.00	896,632.00	946,371.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
64	05/09/24	30	73,905,201.00	907,840.00	935,163.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
65	05/10/24	30	72,986,013.00	919,188.00	923,815.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
66	05/11/24	30	72,055,335.00	930,678.00	912,325.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
67	05/12/24	30	71,113,024.00	942,311.00	900,692.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
68	05/01/25	30	70,158,934.00	954,090.00	888,913.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
69	05/02/25	30	69,192,918.00	966,016.00	876,987.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
70	05/03/25	30	68,214,826.00	978,092.00	864,911.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
71	05/04/25	30	67,224,508.00	990,318.00	852,685.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
72	05/05/25	30	66,221,811.00	1,002,697.00	840,306.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
73	05/06/25	30	65,206,581.00	1,015,230.00	827,773.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
74	05/07/25	30	64,178,660.00	1,027,921.00	815,082.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
75	05/08/25	30	63,137,890.00	1,040,770.00	802,233.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
76	05/09/25	30	62,084,111.00	1,053,779.00	789,224.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
77	05/10/25	30	61,017,159.00	1,066,952.00	776,051.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
78	05/11/25	30	59,936,870.00	1,080,289.00	762,714.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
79	05/12/25	30	58,843,078.00	1,093,792.00	749,211.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
80	05/01/26	30	57,735,613.00	1,107,465.00	735,538.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
81	05/02/26	30	56,614,305.00	1,121,308.00	721,695.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
82	05/03/26	30	55,478,981.00	1,135,324.00	707,679.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
83	05/04/26	30	54,329,465.00	1,149,516.00	693,487.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
84	05/05/26	30	53,165,580.00	1,163,885.00	679,118.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
85	05/06/26	30	51,987,147.00	1,178,433.00	664,570.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
86	05/07/26	30	50,793,983.00	1,193,164.00	649,839.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
87	05/08/26	30	49,585,905.00	1,208,078.00	634,925.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
88	05/09/26	30	48,362,726.00	1,223,179.00	619,824.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
89	05/10/26	30	47,124,257.00	1,238,469.00	604,534.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
90	05/11/26	30	45,870,307.00	1,253,950.00	589,053.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
91	05/12/26	30	44,600,683.00	1,269,624.00	573,379.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
92	05/01/27	30	43,315,189.00	1,285,494.00	557,509.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
93	05/02/27	30	42,013,626.00	1,301,563.00	541,440.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
94	05/03/27	30	40,695,793.00	1,317,833.00	525,170.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente

## TABLA DE AMORTIZACION

CUOTA VENC.	DIAS	SALDO CAP.	CAP	INT	SEGUROS	VALOR CUOTA	ESTADO	
95	05/04/27	30	39,361,487.00	1,334,306.00	508,697.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
96	05/05/27	30	38,010,503.00	1,350,984.00	492,019.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
97	05/06/27	30	36,642,631.00	1,367,872.00	475,131.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
98	05/07/27	30	35,257,661.00	1,384,970.00	458,033.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
99	05/08/27	30	33,855,379.00	1,402,282.00	440,721.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
100	05/09/27	30	32,435,568.00	1,419,811.00	423,192.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
101	05/10/27	30	30,998,010.00	1,437,558.00	405,445.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
102	05/11/27	30	29,542,482.00	1,455,528.00	387,475.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
103	05/12/27	30	28,068,760.00	1,473,722.00	369,281.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
104	05/01/28	30	26,576,617.00	1,492,143.00	350,860.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
105	05/02/28	30	25,065,822.00	1,510,795.00	332,208.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
106	05/03/28	30	23,536,142.00	1,529,680.00	313,323.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
107	05/04/28	30	21,987,341.00	1,548,801.00	294,202.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
108	05/05/28	30	20,419,180.00	1,568,161.00	274,842.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
109	05/06/28	30	18,831,417.00	1,587,763.00	255,240.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
110	05/07/28	30	17,223,807.00	1,607,610.00	235,393.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
111	05/08/28	30	15,596,102.00	1,627,705.00	215,298.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
112	05/09/28	30	13,948,050.00	1,648,052.00	194,951.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
113	05/10/28	30	12,279,398.00	1,668,652.00	174,351.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
114	05/11/28	30	10,589,887.00	1,689,511.00	153,492.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
115	05/12/28	30	8,879,258.00	1,710,629.00	132,374.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
116	05/01/29	30	7,147,246.00	1,732,012.00	110,991.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
117	05/02/29	30	5,393,584.00	1,753,662.00	89,341.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
118	05/03/29	30	3,618,001.00	1,775,583.00	67,420.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
119	05/04/29	30	1,820,223.00	1,797,778.00	45,225.00	136,800.00	1,979,803.00	No Vigente
120	05/05/29	30	0.00	1,820,223.00	22,753.00	136,800.00	1,979,776.00	No Vigente
TOTALES:	3605		114,000,000.00	107,160,333.00	16,416,000.00			



**APLICACIÓN SEGURO DE DEUDORES CRÉDITO POR LIBRANZA No. 105938730**

Diana Ibarra <dianamarcelaibarra1@hotmail.com>

Vie 22/03/2024 12:28 PM

Para:gnbsiniestroslibranzas@aon.com <gnbsiniestroslibranzas@aon.com>;marthaluciaburgos123@gmail.com  
<marthaluciaburgos123@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (8 MB)

ilovepdf\_merged (22).pdf;

San Juan de Pasto, marzo 22 de 2024

**Señores**

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

**Correo Electrónico: gnbsiniestroslibranzas@aon.com**

**REFERENCIA: APLICACIÓN SEGURO DE DEUDORES CRÉDITO POR LIBRANZA No. 105938730**

**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**, identificada con cédula de ciudadanía No.. 1.085.267.899 expedida en Pasto y portadora de la T.P. 206728 DEL C.S. de la J., en atención al poder conferido por el señor **YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía No.79.820.553 expedida en Bogotá (Cundinamarca); por medio del presente escrito y en virtud del artículo constitucional 23, y en el Capítulo II del Libro Primero del C.P.A.C.A, me permito enviar derecho de petición

adjunto 1 documento

***DIANA MARCELA IBARRA PARRA***

**ABOGADA**

**CEL: 3163800428**

**San Juan De Pasto**

**Señores**  
**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**  
**Correo Electrónico: gnbsiniestroslibranzas@aon.com**

**REFERENCIA: APLICACIÓN SEGURO DE DEUDORES CRÉDITO POR LIBRANZA No. 105938730**

**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**, identificada con cédula de ciudadanía No.. 1.085.267.899 expedida en Pasto y portadora de la T.P. 206728 DEL C.S. de la J., en atención al poder conferido por el señor **YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**, identificado con cédula de ciudadanía No.79.820.553 expedida en Bogotá (Cundinamarca); por medio del presente escrito y en virtud del artículo constitucional 23, y en el Capítulo II del Libro Primero del C.P.A.C.A:me permito elevar ante su despacho lo siguiente:

**PETICION:**

1. Hacer efectiva la póliza de seguro de deudor distinguida con el número 843-16-994000000002 y realizar el reintegro de las cuotas canceladas y/o abonadas al crédito por libranza No. 105938730, a partir de la fecha del siniestro de acuerdo al acta de Junta Medica Laboral No. 111337 del 7 de noviembre de 2019, en la cual se determina una disminución de la capacidad laboral del 59.59%.

Fundamento la presente petición en los siguientes:

**SOPORTES JURIDICOS DEL DERECHO DE PETICION**

La Constitución Política en sus artículos 23 y 74, desarrollados por el Código Contencioso Administrativo, pues consagran el derecho que tiene toda persona a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución; así mismo, a acceder a documentos públicos o particulares, salvo los casos que establezca la ley.

De otro lado es el artículo 209 de la Constitución Política, el que señala que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones.

**ANEXOS:**

1. Historia Clínica, señor Yair Leandro Rodríguez Giraldo
2. Fotocopia de cédula del asegurado
3. Acta de Junta Medica Laboral No. 111337 del 7 de noviembre de 2019, en la cual se determina una disminución de la capacidad laboral del 59.59%.
4. Copia de Seguro de vida grupo deudores
5. Poder a mí conferido

## NOTIFICACIONES

2

La suscrita en la Calle 18 No. 23 - 39 Oficina 201 en San Juan de Pasto, correo electrónico: [dianamarcelaibarra1@hotmail.com](mailto:dianamarcelaibarra1@hotmail.com). Celular de contacto: 3163800428 y 3226403958

Mi poderdante señor Yair Leandro Rodríguez Giraldo, en la Carrera 79 D No. 35 – 90 Sur, urbanización Francisco José de Caldas, Barrio Kennedy, Bogotá, celular de contacto 3117009297, 3188342427, correo electrónico [yairleandro11@gmail.com](mailto:yairleandro11@gmail.com).

Atentamente,



**DIANA MARCELA IBARRA PARRA**  
Abogada peticionaria

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
GEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.820.553**


**RODRIGUEZ GIRALDO**

APELLIDOS

**YAIR LEANDRO**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1975**

**MANZANARES**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** **A+** **M**

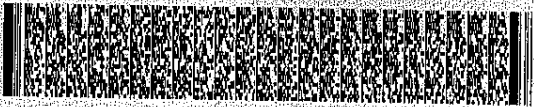
ESTATURA G.S. RH SEXO

**11-MAR-1993 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS MIGUEL MARCHESI TORRES



A-1500150-00629515-M-0079820553-20141003 0040360552A 1 43424931

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD



0f-p  
9-101  
2015

Nº 189755

ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 111337  
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

LUGAR Y FECHA: BOGOTA, D.C. NOVIEMBRE 7 de 2019

INTERVIENEN: Doctor DR(A). CARMEN AMELIA GOMEZ ROLON  
Oficial de Sanidad

Doctor DR(A). ROCIO CARBONÓ PINEDO  
Oficial de Sanidad

Doctor DR(A). KAREN NATALY SANDOVAL AVENDAÑO  
Oficial de Sanidad

ASUNTO: Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15\_ del Decreto 1796\_ de 14-SEPTIEMBRE DEL 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes.  
DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA O MEDICNA FAMILIAR-NEUROLOGIA-ORTOPEDIA-POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS-PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)-

I. IDENTIFICACIÓN: Grado MY(R). Código 79820553 Apellidos y Nombres Completos RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC No. 79820553 DE BOGOTA- ARMA: - FECHA DE NACIMIENTO: ENERO 30 DE 1975- NATURAL DE MANZANARES- Edad 44 años, Ciudad y Residencia Actual: CRA 79D NO. 35-90-SUR BARRIO KENEDYDE: PEREIRATEL: 0 CUENTA 04547783609 BANCOLOMBIA

## II. CAUSAL DE CONVOCATORIA

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **POR LA PRÁCTICA DE UN EXAMEN DE CAPACIDAD SICOFÍSICA EN EL QUE SE ENCUENTRAN LESIONES O AFECCIONES QUE DISMINUYEN LA CAPACIDAD LABORAL.(RETIRO)**

## III. 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 practicó Junta Médica Laboral SI X NO       .  
JUNTA MEDICA No. 1198 DE FECHA OCTUBRE 8 DE 1998 CON DCL (19%) POR EL SERVICIO DE: ORTOPEDIA

- Consejo Técnico SI        NO X.

- Tribunal Médico SI        NO X.

B. Antecedentes del Informativo

SIN INFORMATIVOS ADMINISTRATIVOS

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- 2-TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

Fecha: 15/12/2018 Servicio: MEDICINA INTERNA

FECHA DE INICIO: PACIENTE DE 40 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE DIABETES MELLITUS 2 NO INSULINA PENDIENTE EN MANEJO CON MEFLUMINA Y GLIMERIDA CON POBRE CONTROL METABOLICO TRÁE PARACLINICOS REFIERE VISION BORROSA MAREO SIGNOS Y SINTOMAS DICIEMBRE 2015 HEMOGLOBINA GLICELADA 7.98 GLUCOSA 2.23 POST 2.63 PARCIAL DE ORINA 3.000 CREATININA 0.8 HIV NEGATIVO TGC 296 ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL ESTADO ACTUAL MAREO VERTIGO SOMNOLENCIA POLIURIA Y POLIDIPSIA DIAGNOSTICO 1. DIABETES MELLITUS 2 NO CONTROLADA 2. HIPERTRIGLICERIDEMIA 3. OBESIDAD GRADO I PRONOSTICO FAVORABLE RECOMENDACION DIETA Y EJERCICIO Null FDO. DRO. BENEDICTO SOLANO VARGAS 082604.-

Fecha: 15/12/2018 Servicio: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

FECHA DE INICIO: ESTUDIO BILATERALMENTE CON ALTERACION DE LA CONDUCCION AUDITIVA ELECTROFISIOLOGICA HASTA TALLO CEREBRAL SUPERIOR UMBRALES ELECTROFISIOLOGICOS CON DESCENSO BILATERAL EN 4000 HZ PARA LAS FRECUENCIAS EVALUADAS RESULTADOS SE CORRELACIONAN CON LA AUDIOMETRIA DE LA FICHA MEDICA APORTADA POR EL USUARIO Null FDO. MEDICO ESPECIALISTA.-

Fecha: 30/04/2018 Servicio: NEUROLOGIA

FECHA DE INICIO PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS QUIEN REFIERE QUE HA PRESENTADO ALTERACIONES DEL SUEÑO DADOS POR INSOMNIO DE CONSOLIDACION SE ACUESTA A LAS 9 DE LA NOCHE Y SE QUEDA DORMIDO 11 A 12 PM CON MULTIPLES DESPERTARES EN LA NOCHE CON SOMNOLENCIA DIURNA ES LAS NOCHES ASOCIADO A RONQUIDOS SIGNOS Y SINTOMAS POLISOMNOGRAFIA SUEÑO ADECUADO EN TIEMPO CON ALTERACIONES DE SU ARQUITECTURA POR DISMINUCION DEL SUEÑO REM Y PROFUNDO Y MULTIPLES DESPERTARES QUE AFECTAN SU CALIDAD INDICE DE APNEA HIPOAPNEA GLOBAL ES ANORMAL 18.5 CON SATO2 PROMEDIO DE 89 MINIMA DE 70% INDICANDO QUE HAY CUADRO DE APNEA PRINCIPALMENTE OBSTRUCTIVAS E HIPOAPNEAS ASOCIADO A SUEÑO DE MODERADA INTENSIDAD. DIAGNOSTICO APNEA DEL SUEÑO ETIOLOGIA ENFERMEDAD COMUN ESTADO ACTUAL PACIENTE DE 42 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA 15 AÑOS DE EVOLUCION DE INSOMNIO DE CONCILIACION CON SOMNOLENCIA DIURNA ESCALA DE EPWORTH DE 12 CON REPORTE DE POLISOMNOGRAFIA ANORMAL PRONOSTICO BUENO CON USO DE CPAP Null FDO. DRO. HERNANDEZ PRECIADO JOSE FERNANDO 5681543.-

Fecha: 31/07/2018 Servicio: ORTOPEdia

FECHA DE INICIO: DOLOR EN LA COLUMNA Y RODILLAS DOLOR CRONICO SOBREPESO SIGNOS Y SINTOMAS RX DE COLUMNA LUMBOSACRA LIGERA ESCOLIOSIS ESPACIOS CONSERVADOS NO ALTERACIONES CUERPOS VERTEBRALES RX RODILLAS LIGERA DISMINUCION DE ESPACIOS ARTICULACIONES EN COMPARTIMIENTOS MEDIALES ESCLEROSIS DE PLATILLOS TIBIALES BILATERALES RESONANCIA MAGNETICA RODILLAS ( BILATERALES ) DENTRO DE LIMITES NORMALES ETIOLOGIA IDIOPATICA ESTADO ACTUAL DOLOR CRONICO LUMBAR Y RODILLAS SOBREPESO DIAGNOSTICO 1. LUMBALGIA MECANICA 2. GONOARTROSIS INCIPIENTE. PRONOSTICO REGULAR Null FDO. DRO. CARLOS E. SANTANA 135482.-

Fecha: 25/07/2017 Servicio: DERMATOLOGIA

FECHA DE INICIO SOLICITADO POR DERMATITIS UTOPICA REFIERE PACIENTE DE VARIOS AÑOS LESIONES CON DESCAMACIONES ENROGECIMIENTO FRECUENTE EN CARA NIEGA ANTECEDENTE DE PROBLEMAS DE PIEL EN INFANCIA NIEGA VALORACIONES PREVIAS DERMATOLOGIA ADEMAS PERCIBE DESCAMACION EN CABEZA Y SURCOS DE LA NARIZ SIGNOS Y SINTOMAS CUERO CABELLUDO DESCAMACION MODERADA PUNTIFORMES NASOGENIANO MALAR Y MENTOLABIAL HERITEMATOSA CON DESCAMACION PUNTIFORME EN REGION MALAR HIPERPIGMENTACION RESIDUA ASOCIADA ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL ESTADO ACTUAL CON LESIONES TIPO DERMATITIS SEBORREICA DIAGNOSTICO DERMATITIS SEBORREICA PRONOSTICO ENTIDAD CRONICA RECURRENTE CARACTER BENIGNO Null FDO. DR. GUZMAN LOPEZ 122918.-

Fecha: 26/07/2017 Servicio: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)

FECHA DE INICIO: PACIENTE RETIRADO DE LA FUERZA HACE 2 AÑOS POR LLAMAMIENTO A CALIFICAR SERVICIO CON ANTECEDENTE DE ESTAR DETENIDO POR 7 MESES EN EL 2016 POR MUCHOS PROCESOS JUDICIALES QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN ABIERTOS REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CON ANSIEDAD INSOMNIO DESPERTARES SOBRESALTADO PESADILLAS DE EVENTOS DE SU VIDA MILITAR IRRITABILIDAD CONDUCCION DE HETEROAGRESION HACIA TERCEROS LO QUE HA GENERADO PROBLEMAS FAMILIARES QUE CONDUJO A LA SEPARACION LO QUE LE PRODUCE MUCHA TRISTEZA CON IDEAS DE DESESPERANZA Y SOLEDAD ACUDIO A CITA DE PSIQUIATRIA DESDE HACE 10 MESES CON TRATAMIENTO PSIQUIATRICO QUE NO REQUIERE LA SINTOMATOLOGIA SIGNOS Y SINTOMAS LO REFERIDO EN ITEM 1. ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL ESTADO ACTUAL PACIENTE COLABORADOR AFECTO EUTIMICO PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE SIN IDEAS DELIRANTES MEMORIA CONSERVADA INTROSPECCION POBRE PROYECCION INCIERTA DIAGNOSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADA PRONOSTICO PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO. Null FDO. COMITE BASAN 107410.-

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS.

V. SITUACIÓN ACTUAL

A. ANAMNESIS

PACIENTE DE 44 AÑOS QUIEN ASISTE A SU JUNTA MEDICA DE RETIRO CON 22 AÑOS 8 MESES DE ANTIGÜEDAD EN LA FUERZA QUIEN REFIERE ESTAR EN CONTROLES PENDIENTE DE CPAP. ADEMAS AGREGA QUE SU PARTE EMOCIONAL SE HA VISTO AFECTADA, POR LO QUE CONSEGUIR TRABAJO HA SIDO COMPLEJO Y SU CONVIVENCIA, POR LO CUAL SIENTE QUE NECESITA AYUDA.

B. EXAMEN FÍSICO

INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS TA: 110/80 FC: 74 FR: 20C/C CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA, C/P: SIN AGREGADOS, RITMICOS SIN SOPLOS. ABD: DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MEGALIAS, NO MASAS, GU: NORMOCONFIGURADOS EXT: ROCE PATELOFEMORAL COLUMNA DOLOR EN REGION LUMBOSACRA CON RETRACCION ISQUIOTIBIAL DERECHA SNC: NO DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE. PIEL ERITEMA FACIAL CON LESIONES DESCAMATIVAS

VI. CONCLUSIONES

A- DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1).LUMBALGIA MECANICA, VALORADO POR ORTOPEdia SINTOMATICO - 2).ARTROSIS DE RODILLAS VALORADO POR ORTOPEdia QUE DEJA COMO SECUELA: AIGONALGIA BILATERAL- 3).APNEA DEL SUEÑO, DIAGNOSTICADO POSTERIOR A SU RETIRO VALORADO POR NEUROLOGIA CONTROLADO- 4).DERMATITIS SEBORREICA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO VALORADO POR DERMATOLOGIA CONTROLADO - 5).TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICA ASINTOMATICO SEGÚN CONCEPTO VALORADO POR PSIQUIATRIA COMITÉ BASAN CONTROLADO. DIAGNOSTICADO POSTERIORA SU RETIRO.- 6).DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADA VALORADO POR MEDICINA INTERNA SINTOMATICO - 7).HIPERTRIGLICERIDEMIA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETARIO VALORADO POR MEDICINA INTERNA CONTROLADO - 8).OBESIDAD GRADO I SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETARIO VALORADO POR MEDICINA INTERNA CONTROLADO- 9).EXPOSICION CRONICA AL RUIDO, VALORADO CON POTENCIALES EVOCADOS QUE DEJA COMO SECUELA A)HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO DERECHO 45 DB - B).HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, OIDO IZQUIERDO 42.5 DB FIN DE LA TRASCRIPCION.-

MY(R) RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO JM No. 111337 FECHA: NOVIEMBRE 7 DE 2019 UNIDAD: SIN UNIDAD

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el NO 189756  
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL  
NO APTO - ESTA JUNTA NO SE PRONUNCIA FRENTE A REUBICACION LABORAL POR TRATARSE DE UN RETIRO

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CUARENTA PUNTO CINCUENTA Y NUEVE POR CIENTO (40.59%) DEL (81%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No.1198/1998 CON DCL (19%) Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (59.59%).

D. Imputabilidad del Servicio

AFECCION-1 SE CONSIDERA ENFERMEDAD PROFESIONAL, LITERAL (B)(EP) AFECCION-2 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-3 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-4 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-5 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-6 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-7 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-8 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-9 SE CONSIDERA ENFERMEDAD PROFESIONAL, LITERAL (B)(EP)

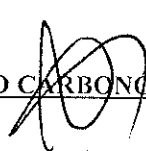
E. Fijación de los correspondientes índices.

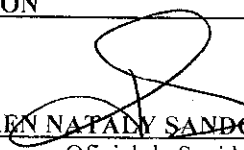
DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DECRETO 0094 DEL 11 DE ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR: 1-). NUMERAL 1 -061, LITERAL (A) INDICE UNO (1)- 2A). NUMERAL 1 -192 INDICE DOS (2)- 3-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.4-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.5-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.6-). NUMERAL 2 -057, LITERAL (A) INDICE DIEZ (10)- 7-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.8-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.9A). NUMERAL 6 -035, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)- 9B). NUMERAL 6 -035, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)-

VII. DECISIONES:

En presencia de los participantes se establece que la decisión ha sido tomada por unanimidad y corresponde a la veracidad de los hechos.

  
DR(A). CARMEN AMELIA GOMEZ ROLON  
Oficial de Sanidad

  
DR(A). ROCIO CARBONO PINEDO  
Oficial de Sanidad

  
DR(A). KAREN NATALY SANDOVAL AVENDAÑO  
Oficial de Sanidad

VIII. RECURSOS:

Contra la presente Acta de Junta Médica Laboral procede el recurso de solicitar convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en el Decreto 1796 de septiembre 14-2000. Ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional.

NOTA: ES DECIR, USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR TRIBUNAL MÉDICO DURANTE LOS 4 MESES SIGUIENTES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN, SI NO SE ENCUENTRA DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS EMITIDOS DE ESTA JUNTA MÉDICA. CUMPLIDO ESTE TIEMPO SE DARÁ TRÁMITE A LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DEL EJÉRCITO.

IX. NOTIFICACIÓN:

El acta de Junta Médica No.111337 de fecha NOVIEMBRE 7 DE 2019 se notifica en forma personal al Señor MY(R) RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO En Bogotá el día 05 DIC 2019 y del deber de realizar presentación ante el oficial medicina laboral divisionario o en la sede principal de gestión medicina laboral, dentro de los ciento veinte (120) días calendario término legal, con el fin de manifestar expresamente su derecho de convocatoria de tribunal médico laboral (entregando evidencias en físico)

Notificado \_\_\_\_\_ CC. No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

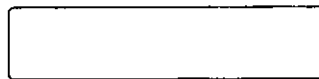
Notificador: \_\_\_\_\_ REVISÓ \_\_\_\_\_

SP. EDUAR TIMANA ARAUJO

DR(A). CLAUDIA HERNANDEZ JIMENEZ

PS. AMPARO CABRERA POLANCO 26/11/19 10:4:9

"FE EN LA CAUSA"



### ADVERTENCIA

**LA DIRECCIÓN DE SANIDAD CON EL FIN DE DEFENDER LOS INTERESES DEL PERSONAL DE LA FUERZA PONE EN SU CONOCIMIENTO:**

1. Hay personas que quieren apoderarse de su dinero.
2. Le van a ofrecer préstamos con altos intereses que serán pagados cuando reciba el pago de su indemnización.
3. Por los préstamos que le ofrecen le van a tomar gran parte de su indemnización.
4. Le van a ofrecer dinero a cambio de su indemnización mientras esta se la cancelan.
5. Si ud le firma un poder a un abogado despues no tiene forma de reclamar, puesto que le otorgó los derechos a otra persona.
6. **NINGÚN INTERMEDIARIO**, puede lograr que su proceso se adelante en un solo día.
7. Cuando le ofrezcan adelantar su proceso o lograr mayores valores en su indemnización. **LE ESTÁN MINTIENDO.**
8. Evite trámites por terceras personas, usted personalmente puede tramitar su Junta Médica, solicitar Tribunal Médico si no esta de acuerdo con los resultados, este es el ejemplo del formato que debe diligenciar y enviar a la oficina de la Secretaría General del Ministerio de Defensa (Segundo Piso):

ASUNTO : Solicitud revisión Tribunal Médico  
AL : SECRETARIO(A) DEL MINISTERIO DE DEFENSA

Con toda atención me permito solicitar al señor Doctor Secretario del Ministerio de Defensa autorice a quien corresponda me sea revisada la junta médica No \_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ ya que no me encuentro de acuerdo con sus resultados, por los motivos que relaciono a continuación:

- 1.
- 2.
- 3.

Atentamente, Grado \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_



88:70



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE EJÉRCITO



FECHA DE REALIZACIÓN 07-NOV-2019

FECHA DE NOTIFICACIÓN 07-NOV-2019

NÚMERO DE LA JUNTA MÉDICA 111337

I. IDENTIFICACIÓN: (Diligencie la siguiente información)

APELLIDOS Y NOMBRES RODRIGUEZ GINABOO YAIR LEANDRO  
GRADO MY UNIDAD ARMA ACTIVO RETIRADO X  
FECHA DE RETIRO 22 FEBRERO 2015 CÓDIGO 79820553  
CÉDULA DE CIUDADANÍA 79.820.553 LUGAR DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ  
EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) 44 FECHA DE NACIMIENTO 30-01-1975  
LUGAR DE NACIMIENTO MANIZALES CALDAS CELULAR 3117009299  
DIRECCIÓN ACTUAL CRA 79d #35-90 SUR B/ Kennedy  
CIUDAD BOGOTÁ TELÉFONO 3117009299  
CORREO ELECTRÓNICO Yairleandro11@gmail.com  
No. CUENTA DE AHORROS 04547783609 BANCO Bancolombia

II. MOTIVO DE LA JUNTA MÉDICA

13.11.19. F:150.

ASCENSO RETIRO X VIAJE AL EXTERIOR CAMBIO DE ARMA  
DEFINIR SITUACIÓN DE SANIDAD CAMBIO DE FUERZA INFORMATIVO  
POR ORDEN DE TUTELA POR SOLICITUD PROPIA OTROS

III. ANTECEDENTES

LE HAN PRACTICADO JUNTAS MÉDICAS ANTERIORES

LE HAN PRACTICADO TRIBUNALES MÉDICOS

PARA ESTA JUNTA TIENE INFORMATIVOS PENDIENTES

FIRMA DEL PACIENTE

C.C.

79820553

Rev. 13.11/19. F:150.

Coapromisor, indicio coacción

SI X NO 5

SI NO X

SI NO X

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS: (Señores Médicos: Favor diligenciar la información de aquí en adelante).

Enumere los conceptos a tener en cuenta en esta Junta

Med Interna, PEA, Psiquiatría,  
Neurología, Ortopedia, Dermatología,

Int #1198/2019 trauma cuello pierzudo, trauma mano derecho

V. SITUACIÓN ACTUAL

DCU:19%

045  
07:425

B. Examen Físico: \_\_\_\_\_

## VI. CONCLUSIONES



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
COMANDO COMANDANTE GENERAL LAS FUERZAS MILITARES  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CIUDAD Y FECHA Bogotá, 07 nov - 2019

LEER ANTES DE DILIGENCIAR, LLENAR TODOS LOS CAMPOS CON LA LETRA CLARA Y LEGIBLE

I. DATOS PERSONALES

1. GRADO my ACTIVO ☐ RETIRADO ☒

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS YAIR LEANDRO MONTGOMERY GONZALEZ

CEDULA DE CIUDADANIA N° 75820553 EXPEDIDA EN Bogotá

DIRECCIÓN ACTUAL DE DOMICILIO cra 79 d H 35-90 SUR

Urbanización FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

BARRIO Kennedy CIUDAD Bogotá

N° TELÉFONO 3117009299 N° CELULAR 3117009299

CORREO ELECTRÓNICO Yairleandro11@gmail.com

ULTIMA UNIDAD DONDE LABORO O LABORA Fuerza Tarea TITAN

CIUDAD QUIBDO CHOCO

FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN 29 enero 1993

FECHA DE RETIRO 22 febrero 2015

2. NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE (SI TIENE) \_\_\_\_\_

N° DE CEDULA 41.746.852 EXPEDIDA EN Bogotá

PARENTESCO madre

N° TELÉFONO FIJO 3108780451 CIUDAD Bogotá

N° CELULAR 310 878 0451

3. NOMBRE DE APODERADO (SI TIENE) \_\_\_\_\_

N° CEDULA \_\_\_\_\_ EXPEDIDA EN \_\_\_\_\_



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

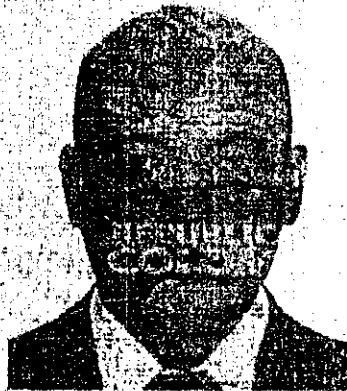
79.820.553

RODRIGUEZ GIRALDO

APELLIDOS

YAIR LEANDRO

NOMBRES



*[Handwritten signature]*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1975

MANZANARES  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

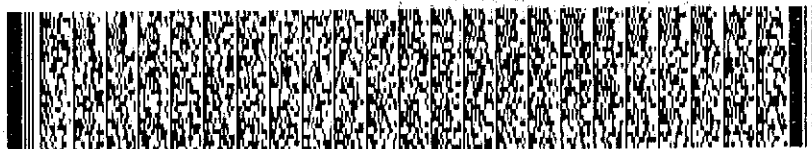
11-MAR-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00629515-M-0079820553-20141003

0040360552A 1

43424931



## Mensajería Electronica Notificaciones Disan

---

**De:** Mensajería Electronica Notificaciones Disan  
**Enviado el:** jueves, 05 de diciembre de 2019 8:35  
**Para:** 'yairleandro11@gmail.com'  
**Asunto:** NOTIFICACION JML - COMUNICADO DIPSO  
**Datos adjuntos:** MY(R)RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC. 79820553.PDF; COMUNICADO DIPSO.PDF

Bogotá DC, Diciembre 05 De 2019

Señor: MY(R)RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC. 79820553

**Asunto:** Notificación Junta médica definitiva.

Por medio de la presente y en concordancia con el Artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, le hacemos el envío de su Correspondiente notificación de Junta Médica, el cual autorizo a Medicina Laboral de la Dirección de Sanidad Militar.

### RECURSOS:

Contra la presente Acta de Junta Médica Laboral procede el recurso de solicitar convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en el Decreto 1796 de septiembre 14-2000. Ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional.

**NOTA: ES DECIR, USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR TRIBUNAL MÉDICO DURANTE LOS 4 MESES SIGUIENTES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN, SI NO SE ENCUENTRA DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS EMITIDOS DE ESTA JUNTA MÉDICA. CUMPLIDO ESTE TIEMPO SE DARÁ TRÁMITE A LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DEL EJÉRCITO.**

- es importante saber que el documento enviado es el soporte de la decisión de una junta médica, no hay necesidad de acercarse a medicina laboral para firmar la junta médica, ya que queda en firme la decisión y cuenta usted con sus recursos a partir de la fecha de notificación, para apelar la decisión.
- Para solicitar la revisión por parte del tribunal médico laboral.  
Es importante que revise completamente su acto administrativo, el cual en la última página, existe un documento guía de cómo realizar la solicitud, debe realizar la solicitud escrita y suministrar la información necesaria para que la entidad encargada del proceso se puedan comunicar con usted y notificarlo de su solicitud, al término de este proceso el documento se debe entregar antes de los términos establecidos en el Comando Ejército Oficina de registro, puerta ocho (8), Ministerio de la Defensa Nacional.
- Se recomienda mantener su cuenta de ahorro activa hasta la culminación del proceso prestacional, con el fin de evitar traumatismo en el momento del desembolso de los dineros a que tenga derecho por parte de prestaciones sociales del ejército.
- Para su conocimiento el acto administrativo llegara adjunto a este mensaje (PDF), deberá descargar el documento, el cual lo encontrara en un archivo (PDF) con su grado apellido nombre y número de cedula. para poder tener acceso a la información.

**AVISO IMPORTANTE:** Esta dirección de correo electrónico [notificaciónjml@buzonejercito.mil.co](mailto:notificaciónjml@buzonejercito.mil.co), es de uso **único y exclusivo de envío de comunicaciones de los actos administrativos de las juntas médicas Disan**, no se permite recibir documentación por este medio, le pedimos de manera muy respetuosa utilizar los canales legales dispuestos para estos procesos, apreciado usuario cualquier solicitud favor comunicarse a través de la línea telefónica: 4261489.

**ANEXO. DOCUMENTO DE NOTIFICACIÓN EN PDF.**

Cordialmente,  
Sargento Primero. EDUAR TIMANA ARAUJO  
Suboficial Notificador JML

"Antes de imprimir este e-mail piense bien si es necesario, el Medio Ambiente es responsabilidad de todos"

Este correo y cualquier archivo anexo son confidenciales y para uso exclusivo de la persona o entidad de destino. Esta comunicación puede contener información protegida por tener el carácter de reservada y/o formar parte del Secreto Comercial o Know How. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión queda estrictamente prohibida la utilización, copia, reimpresión o reenvío del mismo. En tal caso, favor notificar en forma inmediata al remitente. Gracias.

**SP. EDUAR TIMANA ARAUJO**  
Suboficial Notificador JML  
e-mail: [notificacionjml@buzonejercito.mil.co](mailto:notificacionjml@buzonejercito.mil.co)

*Aviso Legal*

*El contenido de este mensaje de datos, incluidos los ficheros adjuntos son confidenciales (Artículo 15. Constitución Política de Colombia, Artículo 10. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y Artículo 1. Declaración Universal de los DD.HH), especialmente en lo que respecta a los datos personales amparados en la Ley 1581 de 2012, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error o tienen conocimiento del mismo por cualquier motivo, le rogamos que lo comunique al remitente, al correo [notificacionjml@buzonejercito.mil.co](mailto:notificacionjml@buzonejercito.mil.co) Área de Seguridad de la Información, y proceda a destruirlo o borrarlo y que en todo caso se abstenga de utilizar, reproducir, alterar, archivar o comunicar a terceros el presente mensaje y ficheros anexos. Todo ello bajo pena de incurrir en responsabilidades legales.*

*Las opiniones contenidas en este mensaje y en los archivos adjuntos pertenecen exclusivamente a su remitente y no representa la opinión del Ejército Nacional, salvo se diga expresamente y el remitente este autorizado para ello. El emisor no garantiza la integridad, rapidez o seguridad del presente correo, ni se responsabiliza de los posibles perjuicios derivados de la captura, virus o cualquier otra manipulación efectuada por terceros.*



**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD DEL EJÉRCITO**

**NOTIFICACION**

DE LAS CONCLUSIONES DEL ACTA DE JUNTA MEDICA, SEGUN LO DETERMINADO EN EL ARTICULO 69 DE LA LEY 1437 DEL 18 DE ENERO DE 2011.

EN BOGOTA, D.C, A LOS 05/12/2019 SE NOTIFICA DE LAS CONCLUSIONES DEL ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL DEFINITIVA No. 111337 DE FECHA NOV 7 2019, CORRESPONDIENTE AL SR MY(R)RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC. 79820553

**CONCLUSIONES**

**A- DIAGNOSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES**

1).LUMBALGIA MECANICA, VALORADO POR ORTOPEDIA SINTOMATICO - 2).ARTROSIS DE RODILLAS VALORADO POR ORTOPEDIA QUE DEJA COMO SECUELA: A)GONALGIA BILATERAL- 3).APNEA DEL SUEÑO, DIAGNOSTICADO POSTERIOR A SU RETIRO VALORADO POR NEUROLOGIA CONTROLADO- 4).DERMATITIS SEBORREICA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO VALORADO POR DERMATOLOGIA CONTROLADO - 5).TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICA ASINTOMATICO SEGÚN CONCEPTO VALORADO POR PSIQUIATRIA COMITÉ BASAN CONTROLADO. DIAGNOSTICADO POSTERIORA SU RETIRO.- 6).DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADA VALORADO POR MEDICINA INTERNA SINTOMATICO - 7).HIPERTRIGLICERIDEMIA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETARIO VALORADO POR MEDICINA INTERNA CONTROLADO - 8).OBESIDAD GRADO I SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETARIO VALORADO POR MEDICINA INTERNA CONTROLADO- 9).EXPOSICION CRONICA AL RUIDO, VALORADO CON, POTENCIALES EVOCADOS QUE DEJA COMO SECUELA A) HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO DERECHO 45 DB - B).HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO IZQUIERDO 42.5 DB FIN DE LA TRASCIPCION.-

**B- CLASIFICACION DE LAS LESIONES O AFECCIONES Y CALIFICACION DE CAPACIDAD PSICOFISICA PARA EL SERVICIO**

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

NO APTO - ESTA JUNTA NO SE PRONUNCIA FRENTE A REUBICACION LABORAL POR TRATARSE DE UN RETIRO

**C-EVALUACION DE LA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL**

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CUARENTA PUNTO CINCUENTA Y NUEVE POR CIENTO (40,59%) DEL (81%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No.1198/1998 CON DCL (19%)- Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (59,59%).

**D- IMPUTABILIDAD DEL SERVICIO**

AFECCION-1 SE CONSIDERA ENFERMEDAD PROFESIONAL, LITERAL (B)(EP) AFECCION-2 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-3 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-4 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-5 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-6 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-7 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-8 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-9 SE CONSIDERA ENFERMEDAD PROFESIONAL, LITERAL (B)(EP)

**E- FIJACION DE LOS CORRESPONDIENTES INDICES**

DE ACUERDO AL ARTICULO 15 DEL DECRETO 1796 DEL 14-SEP-2000, LE CORRESPONDE POR: 1-). NUMERAL 1 -061, LITERAL (A) INDICE UNO (1)- 2A). NUMERAL 1 -192 INDICE DOS (2)- 3-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.4-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.5-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.6-). NUMERAL 2 -057, LITERAL (A) INDICE DIEZ (10)- 7-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.8-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.9A). NUMERAL 6 -035, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)- 9B). NUMERAL 6 -035, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)-

**INTERVIENEN LOS MIEMBROS DE LA JUNTA MEDICA LABORAL**

DRA(A) CARMEN AMELIA GOMEZ ROLON OFICIAL DE SANIDAD

DR(A) ROCIO CARBONÓ PINEDO OFICIAL DE SANIDAD

DR(A) KAREN NATALY SANDOVAL AVENDAÑO OFICIAL DE SANIDAD

NOTIFICACION DEL ACTA DE JUNTA MEDICA, SEGUN LO DETERMINADO EN EL ARTICULO 69 DE LA LEY 1437 DEL 18 DE ENERO DE 2011, AL CORREO ELECTRONICO [yairleandro11@gmail.com](mailto:yairleandro11@gmail.com) , AUTORIZADO POR EL TITULAR DEL DERECHO.

LA PRESENTE NOTIFICACION SE CONSIDERARÁ SURTIDA AL FINALIZAR EL DIA SIGUIENTE AL DE LA ENTREGA DEL AVISO EN EL LUGAR DEL DESTINO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 69 DE LA LEY 1437 DEL 18 DE ENERO DEL 2011.

**SP . EDUARD ~~TIMANA~~ ARAUJO**  
**TRAMITACION ~~VENTAS~~ MEDICAS**

SP . EDUARD TIMANA ARAUJO 05/12/19 8:31:16



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES  
EJÉRCITO NACIONAL

OK 10/10/20  
TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bogotá, 25. Octubre 2018.



RADICADO MDN-EJC NÚMERO  
No 2018-338-358913-2  
Asunto: JUNTA MEDICA DE RETIRO  
Fecha: 27/10/2018 10:44:53  
Usuario Radicador: MEDLAB  
Destino: COPER-DISAN-Gestion Medic  
Remitente: CIU YAIR LEANDRO RODI  
MDN - EJERCITO DE COLOMBIA  
Bogotá D.C. CAN. Tel. 3150111



Powered By DRFECGFL

Señores  
**MEDICINA LABORAL**  
Bogotá D.C

Respetuosamente me permito entregar a la Sección de Medicina Laboral la respetiva documentación para el trámite de JUNTA medica de retiro

**Notificación**

Dirección Kra 79d # 35-90 sur  
Barrio Kennedy Urbanización Francisco José de Caldas  
Ciudad Bogotá  
Teléfono 3117009299  
Email Yairleandro11@gmail.com

Respetuosamente,

C.C. 79870553

Anexo: resultado hongos HIMS

**HÉROES MULTIMISIÓN**  
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA



# Hospital Militar Central

Salud - Calidad - Humanización

N° Orden: 427822

Nombre: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

Identificación: CC - 79820553

Sexo: Masculino

Edad: 43 Años

Telefono: 3214007086

Tipo Paciente: CONSULTA EXTERNA

Fuerza: DGSM 2018 EJERCITO NACIONAL

Servicio: LACL

Médico: 66

Fecha Ingreso: 12/06/2018 08:55

Fecha Impresión: 25/10/2018 08:07:32

USUARIO:CONSULTA EXTERNA

## ESTUDIO

## RESULTADO

## UNIDADES

## VALORES DE REFERENCIA

Exámenes sin validar:

ENTREGA RESULTADOS

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH).

TIPO MUESTRA: UÑA

TIPO DE MUESTRA:

PIE

RESULTADO:

PRESENCIA DE HIFAS

Fecha y Hora de Validación: 18/06/2018 13:30 - Fecha Recepcion Laboratorio: 12/06/2018 08:57:06

Dra. Diana Giovanna Baquero Duarte  
C.C. 52.036.434 Bacteriologa (UMC)

Sucursal: 01 / Orden: 0000427822 - Paciente: 33518- RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO / Documento: CC-79820553



# Hospital Militar Central

Salud - Calidad - Humanización

N° Orden: 427823

Nombre: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

Identificación: CC - 79820553

Sexo: Masculino

Edad: 43 Años

Telefono: 3214007086

Tipo Paciente: CONSULTA EXTERNA

Fuerza: DGSM 2018 EJERCITO NACIONAL

Servicio: LACL

Médico: 66

Fecha Ingreso: 12/06/2018 08:55

Fecha Impresión: 25/10/2018 08:05:05

USUARIO:CONSULTA EXTERNA

ESTUDIO

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE  
REFERENCIA

Exámenes sin validar:

ENTREGA RESULTADOS

CULTIVO DE HONGOS:

TIPO MUESTRA: \*\*UÑA

UÑAS PIES

Cultivo

NEGATIVO A LAS 4 SEMANAS DE INCUBACION

Fecha y Hora Validación: 10/07/2018 12:43 - Fecha Recepcion Laboratorio: 12/06/2018 08:56:32

Dra. Saray Ossa Coronado C.C.  
1.015.406.066 Bacteriologa UCMC

Sucursal: 01 / Orden: 0000427823 - Paciente: 33518- RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO / Documento: CC-79820553

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO MÉDICO

135482

ESPECIALIDAD	ORTOPEDIA	No. DOCUMENTO	C.C. 79820553
LUGAR:	BOGOTÁ	ESM:	DMGEM
		FECHA:	31 / Julio / 2018
GRADO:	MY	APELLIDOS:	RODRIGUEZ GIRALDO
		NOMBRES:	YAIR LEANDRO.

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

DOLOR EN LA COLUMNA Y RODILLAS -  
DOLOR CRÓNICO.  
SOBREPESO

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

RAYOS X DE COLUMNA LUMBOSACRA: LIGERA ESCOLIOSIS  
ESPACIOS CONSERVADOS, NO ALTERACIONES CUERPOS VERTEBRA  
LES.  
RX. RODILLAS: LIGERA DISMINUCION DE ESPACIOS ARTI  
CULARES EN COMPARTIMIENTOS MEDIALES, ESCLE  
ROSIS DE PLATILLOS TIBIALES BILATERALES.  
RESONANCIA MAGNETICA RODILLAS (BILATERAL.): ESTAD  
DENTRO DE LIMITES NORMALES -

3. Etiología:

IDIOPATICA -

4. Tratamientos verificados:

- ANALGESIA  
- TERAPIA FISICA

5. Estado actual:

DOLOR CRONICO LUMBAR Y RODILLAS-  
SOBREPESO.

6. Diagnóstico:

- LUMBALGIA MECANICA  
- GONARTROSIS INCIPIENTE

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

- DOLOR CRONICO -  
- ARTROSIS BILATERAL RODILLAS -

8. Pronóstico:

REGULAR

9. Conducta a seguir:

- CONTROL DE PESO  
- FISIOTERAPIA -

FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RM

FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

X YAIR LEONARDO RODRIGUEZ GILLES  
X CC. 79820553

(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE  
EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES  
POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
CONCEPTO MÉDICO**

CONSECUTIVO:

EJC 5681543

FOLIO: 9

FECHA: 30/04/2018  
2:59:01 p. m.

HISTORIA CLINICA: 79820553

INGRESO: 4561314

NOMBRE DEL PACIENTE: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ  
GIRALDO

F. DE INGRESO: 30/04/18 14:58

**DATOS PERSONALES**

FECHA DE REGISTRO: 30/04/2018 2:59:01 p. m.

Identificación: 79820553

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 30/01/1975 Edad en atención: 43 Años \ 2 Meses \ 29 Días Estado Civil: Casado

Dirección: CRA 79D NO 35-90 SUR

Teléfono: 3214007086

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: MAYOR

**ANTECEDENTES**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Alérgicos	03/09/2015	NIEGA.
Quirúrgicos	03/09/2015	HERNIA EPIGASTRICA, RECONSTRUCCION TENDONES PIE IZQUIERDO Y APENDICECTOMIA.
Médicos	03/09/2015	DM NO INSULINODEPENDIENTE.
Farmacológicos	03/09/2015	METFORMINA 850 MG AM Y ALMUERZO.

FUERZA: EJERCITO

ESPECIALIDAD: 441 NEUROLOGIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: GENERO: MASCULINO PESO: 73,00 TALLA: 90

**CONCEPTO MÉDICO****1.FECHA DE INICIACION Y CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE PRESENTO LA AFLECCION**

PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS QUIEN REFIERE QUE HA PRESENTADO ALTERACIONES DEL SUEÑO DADOS POR INSOMNIO DE CONSOLIDACION, SE ACUESTA LAS 9 DE LA NOCHE Y SE QUEDA DORMIDO 11- 12 PM CON MULTIPLES DESPERTARES EN LA NOCHE, CON SOMNOLENCIA DIURNA. EN LAS NOCHES ASOCIADO A RONQUIDOS.

**2.SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES EN EXAMENES PRACTICADOS**

POLISOMNOGRAFIA: SUEÑO ADECUADO EN TIEMPO CON ALTERACIONES DE SU ARQUITECTURA POR DISMINUCION DEL SUEÑO REM Y PROFUNDO Y MULTIPLES DESPERTARES QUE AFECTAN SU CALIDAD. INDICE DE APNEA HIPOAPNEA GLOBAL ES ANORMAL 18.5 CON SATO2 PROMEDIO DE 89 MINIMA DE 70% INDICANDO QUE HAY CUADRO DE APNEAS PRINCIPALMENTE OBSTRUCTIVAS E HIPOAPNEAS ASOCIADO A SUEÑO DE MODERADA INTENSIDAD.

**DIAGNOSTICO1:** G473 APNEA DEL SUEÑO**DIAGNOSTICO2:****DIAGNOSTICO3:****OBSERVACIONES:****4.ETIOLOGIA**

ENFREMEDAD COMUN

**5.ESTADO ACTUAL**

PACIENTE DE 42 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA 15 AÑOS DE EVOLUCION DE INSOMNIO DE CONSILIACION CON SOMNOLENCIA DIURNA ESCALA DE EPWORTH DE 12 CON REPORTE DE POLISOMNOGRAFIA ANORMAL

**6.TRATAMIENTOS VERIFICADOS**

VALORACION POR NEUMOLOGIA , INDICACION DE CPAP TITULADO A 10 CCH2O

**7.PRONOSTICO**

Profesional: HERNANDEZ PRECIADO JOSE Registro profesional: 10277990  
FERNANDO

LICENCIADO A: [HOSPITAL MILITAR CENTRAL] NIT [830040256-0]





BUENO CON USO DE CPAP	
<b>8.SECUELAS</b>	
HIPERSOMNIA DIURNA, ALTERACION EN ATENCION, MEMORIA DE TRABAJO	
<b>9.CONDUCTA A SEGUIR</b>	
USO DE CPAP, CONTROL POR NEUMOLOGIA	
<b>ANEXOS:</b>	<b>NO</b>

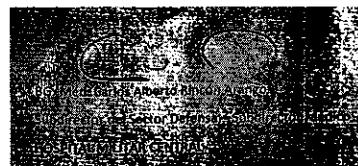
**DIAGNOSTICO**

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
G473	APNEA DEL SUEÑO		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

**INDICACIONES MEDICAS**

OBSERVACION

*Jose F. Hernandez*  
**Profesional:** HERNANDEZ PRECIADO JOSE Registro profesional: 10277990  
 FERNANDO  
 LICENCIADO A: [HOSPITAL MILITAR CENTRAL] NIT [830040256-0]



Gallego

Bogotá, 18/07/2017

Señores

MEDICINA LABORAL

Bogotá D.C



Impreso By OFICE 36FL  
Vista de Sección - 310060

RADICADO MDN-EJC NÚMERO  
No 2017-115-265976-2  
Asunto: CARGAR AL EXPEDIENTE  
Fecha: 18/07/2017 09:09:11  
Usuario Radicador: REGDIPER  
Destino: COPER-DIPER-Sección Registro  
Remitente: CIU YAIR ALEJANDRO RODRIGUEZ  
MDN - EJERCITO DE COLOMBIA  
Bogotá D.C. CAN, Tel. 3150111

Respetuosamente me permito entregar a Sección Medicina Laboral la respectiva documentación para el trámite de Cargar al expediente

#### Notificación

Dirección: Km 2A H 17-40

Barrio: Campestre B

Teléfono: 3189342427 - 3109780451

Ciudad: Dosquebradas Rosalva

Respetuosamente,

cc. 79820553

Anexo: pantallazo leishmaniasis

JERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

FORMATO REFERENCIA SOPE-MED. LABORAL

APELLIDOS: Rodriguez Gnelde  
NOMBRES: JCIW  
No. DOCUMENTO: 79 820 533  
GRADO: IV UNIDAD: ROFEECH  
FECHA TIO: 2004  
MEDICO: D. Emilio da Silva  
OBSERVACIONES: con registro de tr.  
14 07 2017  
16 TUS  
LAURA  
ENTERO  
file



20177001120122918  
MEDICINA LABORAL - GILBERTO ECHEVER MEJIA  
Formato INDEX y/o Firma - Huella Paciente  
FCH SALIDA 2017- 02-23  
BOGOTA D.C

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO MÉDICO

122918

ESPECIALIDAD	Dermatología	No. DOCUMENTO	79820553
LUGAR:	Bogotá	ESM:	D 06 EN
		FECHA:	25/7/2017.
GRADO:	MY	APELLIDOS:	Rodriguez Giraldo
		NOMBRES:	Yair Leonardo

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:  
Solicitado por "dermatitis atópica"

Paciente paciente de años, leonora con dermatosis eritematosa recurrentes en cara, niega antecedente de problemas de piel en infancia, niega ulceraciones previas (simil) dermatología. Además percibe descamación en cabeza y surcos de la nariz.

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

Cara cabellado descamación moderada pitiriasiforme. Nasogeniano, melar y mentolabial pliegue buenitares con descamación pitiriasiforme, en en racion melar insinde hiperpigmentacion residual asociada.

3. Etiología:

Multifactorial.

4. Tratamientos verificados:

No dispongo de soporte de historia clinica o tratamientos relacionados

5. Estado actual:

con lesiones tipo dermatitis seborreica

6. Diagnóstico:

Dermatitis Seborreica

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

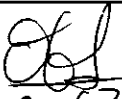
Ninguna a la fecha

8. Pronóstico:

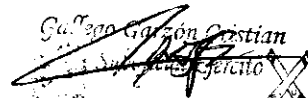
enfermedad crónica, recurrente, carácter benigno.

9. Conducta a seguir:

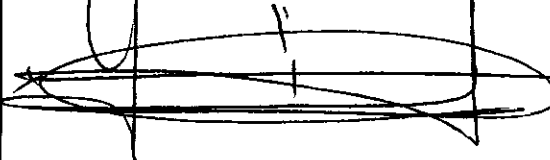
Se explica, indica manejo y control.

  
 C. 52834178  
 Susana Garmén López  
 FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RM

  
 T. C. D. N. G. B. Bolívar  
 FIRMADO: FONDODIRECTOR  
 FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

  
 Gallego García Cristian  
 FIRMADO: FONDODIRECTOR  
 FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

+ YAIR LEONARDO RODRIGUEZ  
 GIRALDO  
 + CC. 79810553 Bogotá




(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE  
EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES  
POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES



20177001150107410

MEDICINA LABORAL – COPER - DISAN

Formato INDEX y/o Firma - Huella Paciente

FCH SALIDA 2017- 06 - 12

BOGOTA D.C

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO MÉDICO

107410

ESPECIALIDAD	Psiquiatría	No. DOCUMENTO	79.820.553
LUGAR:	Bogotá	ESM:	Medicina Laboral-Coper
		FECHA:	26/7/2017
GRADO:	MyCEJ	APELLIDOS:	Rodriguez Giraldo
		NOMBRES:	Yari Alejandro

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

Paciente referido de la FMS hace 2 años por alteraciones emocionales con antecedente de estar detenido por 7 meses en el 2006, por hechos penales judiciales que actualmente se encuentran abiertos. Retenido cuando clínicamente de 2 años de evolución con sintomatología en ansiedad, insomnio y presencia de hiperreflexia diurna, dispepsia, hiperreflexia, presencia de eventos de tipo nervioso, irritabilidad, conductas de heteroagresión hacia terceros, lo que le genera disfunción familiar por ausencia a la escuela, lo que le produce ansiedad, con episodios de ausencia, nerviosismo y tristeza. Acude a consulta de psiquiatría desde hace 10 meses, con tratamiento farmacológico que no logra la mejoría.

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

Lo referido en ítem 1

3. Etiología:

Multicausal

4. Tratamientos verificados:

Farmacológico y Psicológico por Psiquiatría

5. Estado actual:

Paciente colabado, presenta en alucin, Alucin. Euforico. Presenta  
logos, alucin, sin ideas delirios, Loco, n. obsesivo ni fobias de ab y  
helogen. free y recees control. Alucin control. Inhibido por  
Alucin inhibido

6. Diagnóstico:

T. de Ansiedad no especifica

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

No aplica

8. Pronóstico:

Paciente actualmente estabilizado

9. Conducta a seguir:

Rodriguez Giraldo Yair Leoncio N° 107410

**Dra. Amparo López Pico**  
PSIQUIATRA - UMNG  
R.M. 15334  
C. 38.693.728

**ENRIQUE ÁLVAREZ**

Oficial de Infantería

FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

*[Handwritten signature and fingerprint]*

(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE  
EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES  
POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA  
AUDIOLOGIA

NOMBRE RODRIGUEZ YAIR LEANDRO  
H.C 79820553  
FECHA dic-15

**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS - TECNICA TOPODIAGNOSTICO**

Con estimulo click con polaridad de rarefacci3n a alta intensidad, se registran PEATC en oído derecho con latencias absolutas onda I y III e interpico I-III normales; latencia absoluta onda V e interpico III-V y I-V aumentado, adecuada morfologia y reproductibilidad. Oido izquierdo solo se registra la latencia absoluta de la onda V aumentada y no se registran latencias e interpicos . Diferencia interaural normal.

ONDAS	LATENCIAS ABSOLUTAS			LATENCIAS INTERPICOS		
	I	III	V	I-III	III-V	I-V
NORMATIVA	1.5 - 1.8	3.4-3.9	5.4-5.9	1.8-2.2	1.8-2.2	3.5-4.2
OIDO DERECHO	1.68	3.92	6.36*	2.24	2.44*	4.68*
OIDO IZQUIERDO	***	***	6.52*	***	***	***

DIFERENCIA

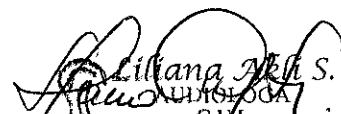
INTERAURAL 0.16

**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE:** La normativa establecida para el equipo de ASSR Otometris en el DMGEM establece umbrales dentro de parámetros normales entre 0 dB eHL y 40 dB eHL en las frecuencias de 500Hz, 1000Hz, 2000 Hz y 4000 Hz.

Con tono de frecuencia modulada en un rango de intensidad bilateralmente de 10-80 dB eHL, se obtienen respuestas para frecuencia de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz en oído derecho entre 30 y 70 dB eHL y en oído izquierdo entre 20 y 40dB eHL no se registra respuesta en 4000 Hz a la maxima salida del equipo.

**CONCLUSIONES**

Estudio bilateralmente con alteraci3n de la conduccion auditiva electrofisiologica hasta tallo cerebral superior. Umbrales electrofiol3gicos con descenso bilateral en 4000 Hz para las frecuencias evaluadas. Resultados se correlacionan con audiometria de ficha medica aportada por el usuario.

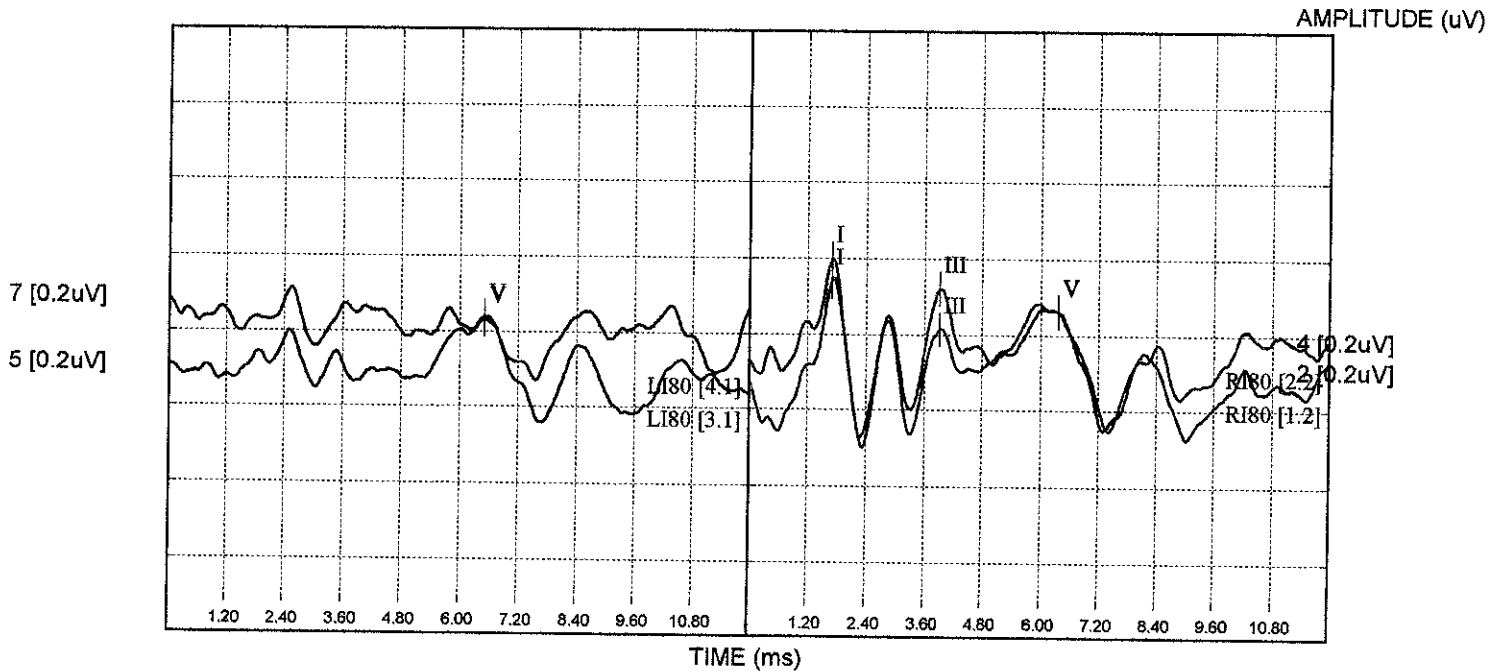
  
OPS LILIANA AKILERRA  
E.M. 507.0409  
Flga. Esp en audiologia

# GN Otometrics Demo Facility

## Evoked Potential Report

Patient: ROGRIGUEZ GIRALDO, YAIR LEANDRO

Birthdate: 30/01/1975  
ID: 79820553  
Physician: None  
Date: 15/12/2015



Interaural Wave V: 0.16 ms [3.1] - [1.2]

LATENCIES (ms)							
ABR							
Waveform	Ear	I	II	III	IV	V	VI
2	Right	1.68	***	3.92	***	6.36	***
4	Right	1.68	***	3.92	***	6.36	***
5	Left	***	***	***	***	6.52	***
7	Left	***	***	***	***	6.52	***

INTERPEAK INTERVALS (ms)				
ABR				
Waveform	Ear	I-II	III-V	I-V
2	Right	2.24	2.44	4.68
4	Right	2.24	2.44	4.68

WAVEFORMS															
ABR															
#	Date		Transducer	nHL	Ear	Rate	Stimulus	Gain	High	Low	Acc	Rej	Epoch	Time/div	Delay
2	15/12/2015	1.2	Insert Phone	80 dB	Right	11.3/s	Click-R	100K	150 Hz	3 kHz	2000	0	12ms	1.20ms	0.0ms
4	15/12/2015	2.2	Insert Phone	80 dB	Right	11.3/s	Click-R	100K	150 Hz	3 kHz	1428	1	12ms	1.20ms	0.0ms
5	15/12/2015	3.1	Insert Phone	80 dB	Left	11.3/s	Click-R	100K	150 Hz	3 kHz	2000	1	12ms	1.20ms	0.0ms
7	15/12/2015	4.1	Insert Phone	80 dB	Left	11.3/s	Click-R	100K	150 Hz	3 kHz	1730	14	12ms	1.20ms	0.0ms

WAVEFORM COMMENTS	
ABR	
Waveform	Comments
2	(Smooth: 1.2 - 13 points)
4	(Smooth: 2.2 - 13 points)
5	(Smooth: 3.1 - 13 points)
7	(Smooth: 4.1 - 13 points)

TEST PARAMETERS													
Channel	Date	Time	Test	nHL	SPL	Ear	I/C	Rate	Stimulus	Mask	Acc	Rej	Epoch
1.1	15/12/2015	07:34:23 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Right	contra	11.3/s	Click-R	L 40 dB	2000	0	12ms
1.2	15/12/2015	07:34:23 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Right	ipsi	11.3/s	Click-R	L 40 dB	2000	0	12ms
2.1	15/12/2015	07:39:04 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Right	contra	11.3/s	Click-R	L 40 dB	1428	1	12ms
2.2	15/12/2015	07:39:04 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Right	ipsi	11.3/s	Click-R	L 40 dB	1428	1	12ms
3.1	15/12/2015	08:48:42 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Left	ipsi	11.3/s	Click-R	R 40 dB	2000	1	12ms
3.2	15/12/2015	08:48:42 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Left	contra	11.3/s	Click-R	R 40 dB	2000	1	12ms



Patient: ROGRIGUEZ GIRALDO, YAIR LEANDRO

Date: 15/12/2015

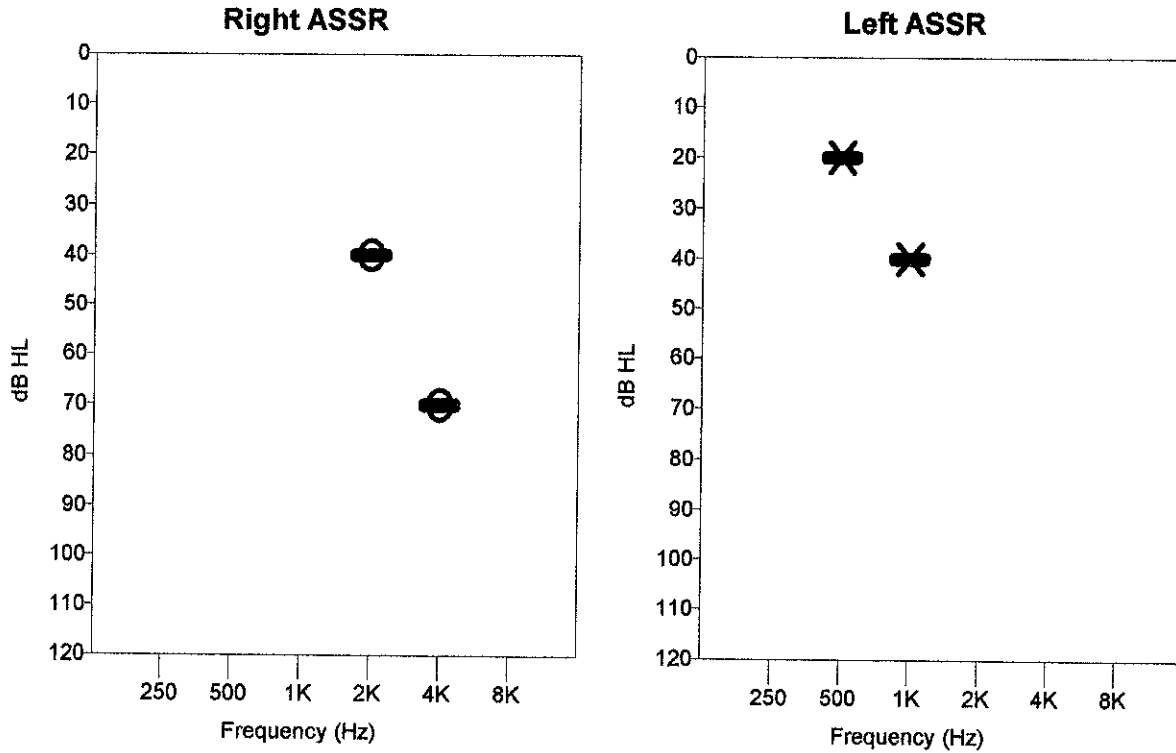
TEST PARAMETERS (cont.)													
Channel	Date	Time	Test	nHL	SPL	Ear	I/C	Rate	Stimulus	Mask	Acc	Rej	Epoch
4.1	15/12/2015	08:51:43 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Left	ipsi	11.3/s	Click-R	R 40 dB	1730	14	12ms
4.2	15/12/2015	08:51:43 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Left	contra	11.3/s	Click-R	R 40 dB	1730	14	12ms
5.1	15/12/2015	08:54:41 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Left	ipsi	77.7/s	Click-R	R 40 dB	2000	0	12ms
5.2	15/12/2015	08:54:41 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Left	contra	77.7/s	Click-R	R 40 dB	2000	0	12ms
6.1	15/12/2015	08:55:13 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Right	contra	77.7/s	Click-R	L 40 dB	2000	0	12ms
6.2	15/12/2015	08:55:13 a.m.	ABR	80 dB	110 dB	Right	ipsi	77.7/s	Click-R	L 40 dB	2000	0	12ms

# GN Otometrics Demo Facility

## Evoked Potential Report

Patient: ROGRIGUEZ GIRALDO, YAIR LEANDRO

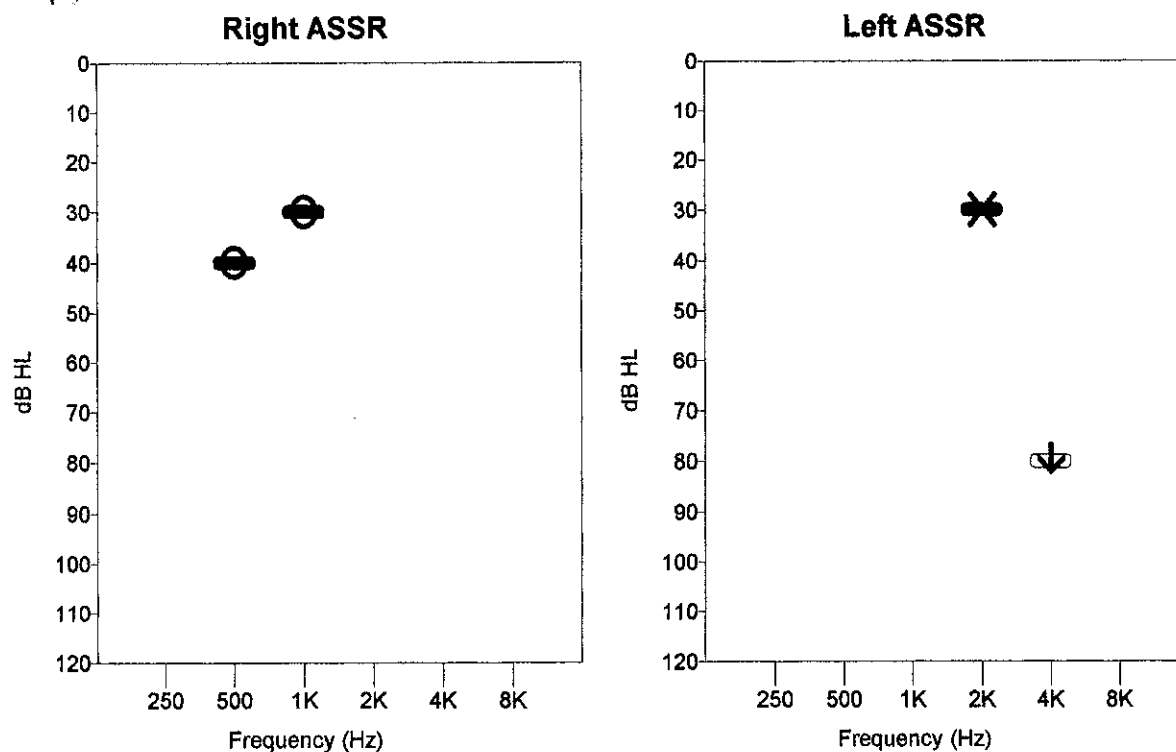
Birthdate: 30/01/1975  
ID: 79820553  
Physician: None  
Date: 15/12/2015



ASSR CORRECTION FACTORS					
250 Hz	500 Hz	1 kHz	2 kHz	4 kHz	8 kHz
0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL

ASSR TRIAL SETTINGS									
Date	Time	Transducer	Masking	Search Method	Search Limits	Minimum Step	Response Confidence	Amplitude Modulation	Frequency Modulation
15/12/2015	07:42:48 a.m.	Insert Phone	None	Quick Search	10 - 80 dB HL	10 dB HL	95%	100%	20%

ASSR FREQUENCY SPECIFIC TEST PARAMETERS				
Ear	Audiometric Frequency	Transducer Specific Search Limits	AM/FM Modulation Frequency	Maximum Search Time
Left	500 Hz	10 - 80 dB HL	40 Hz	7 min
Left	1 kHz	10 - 80 dB HL	54 Hz	7 min
Right	2 kHz	10 - 80 dB HL	46 Hz	7 min
Right	4 kHz	10 - 80 dB HL	42 Hz	7 min



ASSR CORRECTION FACTORS					
250 Hz	500 Hz	1 kHz	2 kHz	4 kHz	8 kHz
0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL	0 dB HL

ASSR TRIAL SETTINGS									
Date	Time	Transducer	Masking	Search Method	Search Limits	Minimum Step	Response Confidence	Amplitude Modulation	Frequency Modulation
15/12/2015	08:12:10 a.m.	Insert Phone	None	Quick Search	10 - 80 dB HL	10 dB HL	95%	100%	20%

ASSR FREQUENCY SPECIFIC TEST PARAMETERS				
Ear	Audiometric Frequency	Transducer Specific Search Limits	AM/FM Modulation Frequency	Maximum Search Time
Right	500 Hz	10 - 80 dB HL	38 Hz	7 min
Right	1 kHz	10 - 80 dB HL	52 Hz	7 min
Left	2 kHz	10 - 80 dB HL	48 Hz	7 min
Left	4 kHz	10 - 80 dB HL	44 Hz	7 min







FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DISPENSARIO GILBERTO ECHEVERRY

LABORATORIO CLINICO

Página 1 De 1

Fecha v Hora de inar 2015-11-30 08:17

Fecha de impresión: 2015-12-01 11:48

Orden No.: 201511300133

Paciente: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

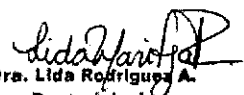
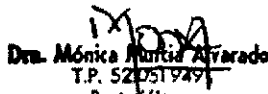
Historia: 79820553

MEDICO: RETIRO

TIPO DE USUARIO: ACTIVO

EDAD: 40 Años

TELEFONO: 3214007086-3108780451MAMA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
QUIMICA			
HEMOGLOBINA GLICOSILADA PERFIL			
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	7.98	%	4.80 - 5.90
30/11/2015 11:48			
 Dra. Lida Rodríguez A. Bacteriología Registro: 73 - 000808			
INMUNOLOGIA			
SEROLOGIA	NO REACTIVA		
30/11/2015 11:13			
 Dra. Mónica Murcia Alvarado T.P. 52051949 Bacteriología P.U.J.			
UROANALISIS			
UROANALISIS			
EXAMEN FISICO-QUIMICO			
COLOR	amaril		
30/11/2015 11:22			
ASPECTO:	Lig. Turbio		
30/11/2015 11:22			
DENSIDAD:	1.020		
30/11/2015 11:22			
pH:	6.50		
30/11/2015 11:22			
LEUCOCITOS	25	Leuco/uL	
30/11/2015 11:22			
NITRITOS:	NEGATIVO		
30/11/2015 11:22			
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dL	
30/11/2015 11:22			
GLUCOSA	300	mg/dL	
30/11/2015 11:22			
C.CETONICOS:	15.00	mg/dL	
30/11/2015 11:22			
UROBILINOGENO:	1.00	mg/dL	
30/11/2015 11:22			
BILIRRUBINA:	NEGATIVO	mg/dL	
30/11/2015 11:22			
ERITROCITOS-HEMOGLOBINA	NEGATIVO	ery/uL	
30/11/2015 11:22			
SEDIMENTO MICROSCOPICO	0		
30/11/2015 11:22			
AUTOMATIZADO			
CELULAS : 0-2 xc			
LEUCOCITOS : 6-8 xc			
BACTERIAS : +			
MOCO : ++			

  
Dra. Mónica Murcia Alvarado  
Bacteriología U.F.  
Reg. 51838773



2015700112082604

DISPENSARIO MEDICO " GILBERTO ECHEVERRY MEJIA "

Formato INDEX y/o Firma - Huella Paciente

FCH SALIDA 2015- 09-08

Bogotá-

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO MÉDICO

082604

ESPECIALIDAD	Medicina Interna	No. DOCUMENTO	79.820 553.
LUGAR:	Bogotá	ESM:	DM6EM.
FECHA:	16-DIC-2015.		
GRADO:	MY.	APELLIDOS:	Rodriguez Giraldo.
NOMBRES:	Yair Leandro		

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

Paciente de 40 años con diagnóstico de  
1 año de evolución de Diabetes Mellitus  
2, no insulino dependiente, en manejo  
con metformina y glimepirida, con  
pobre control metabólico, trae por achaca  
Reliene visión borrosa, mareo.

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

DIC 2015  
Hemoglobina glicosilada 7.98.  
Glucosa 223 Post 263. Porcial de  
Orina = 300  
Creatinina 1.79 0.8  
HIV Negativa.  
TGC 298.

3. Etiología:

Multifactorial

4. Tratamientos verificados:

Metformina / Glimepirida.  
Dietas  
Ejercicio

5. Estado actual:  
Mareo, vortigo, somnolencia.  
Poliuria y polidipsia.

6. Diagnóstico:  
① Diabetes Mellitus tipo 2. No controlada.  
② Hipertensión arterial  
③ Obesidad Grado I.

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:  
Glucosuria y deterioro de la función renal.

8. Pronóstico:  
Favorable. Recomendaciones, Dieta, ejercicio

9. Conducta a seguir:  
Control estricto y 3 meses

Dr. Benedito Sofiano Vargas  
Medicina Interna  
C.C. 79.688.854 Bto.  
R.M. 263612001

*[Firma]* 1636/2007.  
FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RM

*[Firma]*  
FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

*[Firma]*  
FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

*[Firma]*  
CC 79.688.854 Bto.  
(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Octubre 26 de 2015

**SOLICITUD CONCEPTO MEDICO**

AL : ESM

GRADO: MY UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC: 79820553

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: MEDICINA INTERNA O MEDICNA FAMILIAR

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX: DIABETIS MELLITUS-HTA-OBESIDAD-CEFALEA

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOTA: EL PERSONAL ARRIIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000).

\_\_\_\_\_  
Oficial de Sanidad

TE . JUAN CAMILO LOZADA PARRA 26/10/1514:28:33

RECIBIO: Yair Leandro Rodríguez G.

FECHA: 26-OCT-2015



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Octubre 26 de 2015

**SOLICITUD CONCEPTO MEDICO**

AL : ESM

GRADO: MY UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC: 79820553

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES:

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOTA: EL PERSONAL ARriba MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000).

\_\_\_\_\_  
Oficial de Sanidad

TE . JUAN CAMILO LOZADA PARRA 26/10/1514:28:47

RECIBIO:

FECHA:

*MAJE ARAZUEZ C.*  
*26- OCT- 2015*

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Octubre 26 de 2015

**SOLICITUD CONCEPTO MEDICO**

AL : ESM

GRADO: MY UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC: 79820553

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX: TRASTORNO DEL SUEÑO

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOTA: EL PERSONAL ARriba MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000).

\_\_\_\_\_  
Oficial de Sanidad

TE . JUAN CAMILO LOZADA PARRA 26/10/15 14:29:4

RECIBIO:

FECHA:

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten date: 26-10-2015]*

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Octubre 26 de 2015

**SOLICITUD CONCEPTO MEDICO**

AL : ESM

GRADO: MY UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC: 79820553

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: NEUROLOGIA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX:DICE PSICOLOGIA PERDIDA DE CONGUENCIA FRENTE CI ACTOS

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000).

\_\_\_\_\_  
Oficial de Sanidad

TE . JUAN CAMILO LOZADA PARRA 26/10/1514:29:29

RECIBIO: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO  
FECHA: 26- OCT-2015

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Octubre 26 de 2015

**SOLICITUD CONCEPTO MEDICO**

AL : ESM

GRADO: MY UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC: 79820553

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: ORTOPEDIA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX: GOBNALGIA / LUMBALGIA

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

**NOTA: EL PERSONAL ARriba MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000).**

\_\_\_\_\_  
Oficial de Sanidad

TE . JUAN CAMILO LOZADA PARRA 26/10/1514:29:46

RECIBIO:

FECHA:

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten date: 26 - OCT - 2015]*



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Octubre 26 de 2015

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: MY UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC: 79820553

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: LABORATORIO

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX: HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000).

\_\_\_\_\_  
Oficial de Sanidad

TE . JUAN CAMILO LOZADA PARRA 26/10/1514:30:1

RECIBIO: Nina G. Rivera

FECHA: \_\_\_\_\_

26-OCT-2015

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 1091 DE 2015

( 20 FEB. 2015 )

Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a unos Oficiales del Ejército Nacional

EL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL

En ejercicio de la facultad legal que le confiere el artículo 99 del Decreto Ley 1790 de 2000, previo el correspondiente concepto favorable de la Honorable Junta Asesora del Ministerio de Defensa Nacional para las Fuerzas Militares, y

CONSIDERANDO:

Que la Honorable Junta Asesora del Ministerio de Defensa Nacional para las Fuerzas Militares, en sesión ordinaria de fecha 02 de diciembre de 2014, registrada en el Acta No. 09, recomendó el retiro del Servicio Activo por Llamamiento a Calificar Servicios, de los señores Oficiales que se relacionan en el presente acto administrativo, por las razones que se exponen a continuación:

*"Que de conformidad con el artículo 217 de la Constitución Política de Colombia, consagra que la ley determinará el régimen especial de carrera para el personal de las Fuerzas Militares, que actualmente se encuentran contenidas en el Decreto Ley 1790 de 2000.*

*Que el Decreto Ley 1790 de 2000 (modificado parcialmente por la Ley 1104 de 2006) en su artículo 99 indica que el retiro de las Fuerzas Militares, es la situación en la que los Oficiales y Suboficiales, sin perder su grado militar, por disposición de autoridad competente, cesan en la obligación de prestar servicios en actividad.*

*Que el artículo 103 del Decreto Ley 1790 de 2000 (modificado por el artículo 25 de la Ley 1104 del 13 de diciembre de 2006) establece: "Llamamiento a calificar servicios. Los oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares solo podrán ser retirados por llamamiento a calificar servicios, cuando hayan cumplido los requisitos para tener derecho a la asignación de retiro"; dicho retiro no es producto de una sanción disciplinaria sino la aplicación de la facultad ya mencionada.*

*Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 4433 de 2004, los oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares en servicio activo que a la fecha de entrada en vigencia del citado Decreto, que sean retirados con dieciocho (18) o más años de servicio por Llamamiento a Calificar servicios, tendrán derecho a partir de la fecha en que terminen los tres (03) meses de alta, a que por la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, se les pague una asignación mensual de retiro.*

*Que la atribución concedida por el artículo 103 del Decreto Ley 1790 de 2000, hace parte de las inherentes al ejercicio de poder jerárquico de mando y conducción de las Fuerzas Militares, cuyas autoridades deben disponer de poderes suficientes para sustituir, en la medida de las necesidades y conveniencias, con agilidad y efectividad, al personal superior y medio de las jerarquías militares, con base en apreciaciones y evaluaciones de naturaleza institucional y según cometido que le es propio (Sentencia C-072/96).*

*Que para proceder a la recomendación correspondiente, es menester tener en cuenta aspectos especiales de índole institucional y legal, que irradia la carrera militar, necesarios para garantizar el cabal cumplimiento de las tareas constitucionales, entre ellos observar que el concepto de buen servicio no se ciñe solo a las calidades laborales del servicio, sino a circunstancias de conveniencia y oportunidad que corresponde sopesar al Nominador.*

*Que dada la rotación normal de toda Institución y en desarrollo de los anteriores parámetros, en pro del cumplimiento de la misión constitucional y legal que no es más que la defensa de la Soberanía, la Independencia, la integridad del Territorio Nacional y del Orden Constitucional, la fuerza cada año procede al estudio del personal de Oficiales que conforme al artículo 53 del Decreto Ley 1790 de 2000, cumple el tiempo mínimo en el grado como requisito para poder presentar exámenes de admisión para ingresar al Curso CEM-CIM, para lo cual se nombra un Comité basado en los Estatutos y demás normas afines que determinan la manera, formalidad y procedimientos para la evaluación y clasificación del personal de Oficiales y Suboficiales.*

Continuación de la Resolución. "Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a unos Oficiales del Ejército Nacional".  
Encabeza el Mayor HECTOR ANDRÉS USECHE DIMAS

*Qué recibido el estudio correspondiente por parte del Comité de Evaluación designado para determinar los mayores considerados para presentar exámenes de admisión al curso CEM -2015, este determinó no recomendar su inclusión en el mismo, en consideración a aspectos negativos dentro de su desempeño laboral, como el relevo de uno de los cargos asignados en el último grado, lo que trajo como consecuencia la pérdida de la confianza en su posterior desempeño en un cargo de mejor jerarquía.*

*La Honorable Junta Asesora del Ministerio de Defensa Nacional para las Fuerzas Militares, después de estudiar la propuesta sometida a su consideración por parte del señor General Comandante del Ejército Nacional, teniendo en cuenta que los Oficiales que se relacionan anteriormente tiene derecho a la asignación de retiro conforme a lo establecido en los artículos 100 literal a) numeral 3 (modificado por el artículo 24 de la Ley 1104 de 2006) del Decreto Ley 1790 de 2000, recomendando por unanimidad el retiro del servicio activo por Llamamiento a Calificar Servicios."*

Que como quiera que el Decreto Ley 1790 de 2000, modifica las normas de carrera del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares, es pertinente tener en cuenta para el caso que nos ocupa, que el artículo 3º de la norma antes citada establece el escalafón de cargos, lo que permite constituir la base para determinar la planta de personal de las Fuerzas Militares con base en las necesidades del servicio de la Institución.

Que dicho escalafón organiza al personal que integra las Fuerzas Militares en orden de grado y antigüedad, estableciéndose así una de las características de la Institución como lo es la jerarquía, pues a través de ésta se establecen pautas para efectos de mando y régimen disciplinario, resaltando lo señalado por la sentencia C-445/11, de la siguiente manera: "Es palmario que entre los cargos superiores y más bajos de una escala jerárquica hay distinciones que justifican precisamente esta estructura piramidal; razones de índole académico, profesional y de experiencia en el campo motivan esta diferenciación. Al respecto, a manera de ilustración, se sostuvo en sentencia C-676 de 2001, reiterada en este sentido en la sentencia C-892 de 2003, que "existe una clara y directa relación entre el nivel de preparación de los miembros de la Fuerza Pública y el grado que ostentan en el escalafón correspondiente. Esta evidente correspondencia da cuenta de que los oficiales de la Policía o de las Fuerzas Militares no se encuentran en igualdad de condiciones a los soldados, agentes y suboficiales de una y otra fuerza. Antes bien, el hecho de ocupar ese lugar en la jerarquía castrense, denota -como se dijo- un nivel de preparación superior que le otorga ciertos derechos de mando y decisión, los cuales no podrían ser desconocidos sin atentar, en tal caso sí, contra el principio de igualdad constitucional." (Negritas por fuera del texto original).

Que por otra parte, el cumplimiento de las funciones y tareas asignadas, así como la existencia de reconocimientos, condecoraciones y felicitaciones, corresponde al deber ser de todo militar, por ello, dichas situaciones no constituyen "fuero de estabilidad". La carrera militar es dinámica, exigente y establece sus propias limitaciones, por cuanto no todos los subtenientes que egresan de la Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova", pueden llegar al grado de General de la República, puesto que por organización, funcionalidad y por ejercicio del mando, las plazas para cada rango se van reduciendo desde los grados inferiores hasta los grados superiores.

Que con fundamento constitucional, legal y funcional, es que se hace referencia a que se trata de una carrera piramidal y por esa misma circunstancia no todo el personal llega a los más altos rangos, aunque todos tengan una excelente trayectoria. Se trata entonces, de escoger entre los mejores "que son la mayoría", los que más se ajusten a los perfiles definidos para los cargos que deben ocuparse de mando y dirección. Estas circunstancias permiten reiterar que el retiro por Llamamiento a Calificar Servicios, no constituye ninguna sanción, sino que es una forma de culminación de la carrera militar, por las razones ya aludidas.

Que si bien es cierto, los señores Oficiales relacionados en el presente acto administrativo, tuvieron condiciones y capacidades profesionales y militares, que les permitieron alcanzar el grado actual, éstas conforme a la evaluación realizada por el Comité de Evaluación no permiten sostener la continuidad de los señores Oficiales en la Institución Castrense, aspecto que sustenta el mejoramiento continuo del servicio conforme a la Constitución y la Ley.

Que de conformidad con lo anteriormente indicado se considera procedente retirar del servicio activo de las Fuerzas Militares - Ejército Nacional, a los Oficiales que se relacionan en el presente acto administrativo

#### RESUELVE:

**ARTÍCULO 1.** Retirar del servicio activo de las Fuerzas Militares - Ejército Nacional, en forma temporal con pase a la reserva, "Por Llamamiento a Calificar Servicios", a los señores Oficiales que se relacionan a continuación, a partir de la fecha de la expedición del presente acto administrativo, de conformidad con lo consagrado en los artículos 100 literal a) numeral 3º y 103 (modificados por los artículos 24 y 25 de la Ley 1104 de 2006, respectivamente) del Decreto Ley 1790 de 2000, en concordancia con lo expuesto en la parte considerativa del presente acto administrativo, así:

Continuación de la Resolución. "Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a unos Oficiales del Ejército Nacional". Encabeza el Mayor HECTOR ANDRÉS USECHE DIMAS.

1. MY.	HECTOR ANDRÉS USECHE DIMAS	C.C. 80.356.927
2. MY.	EDWIN CAICEDO HERRERA	C.C. 91.475.161
3. MY.	PABLO ANDRÉS VILLOTA DÍAZ	C.C. 98.394.081
4. MY.	LILIA MERCEDES ACEVEDO DÍAZ	C.C. 37.938.480
5. MY.	CÉSAR AUGUSTO TAMAYO SANCHEZ	C.C. 91.490.203
6. MY.	OSCAR ALEXANDER SASTOQUE RIVERA	C.C. 86.050.587
7. MY.	ALFONSO SANCHEZ BUITRAGO	C.C. 79.693.939
8. MY.	HENRY CASTAÑO BURITICA	C.C. 5.862.597
9. MY.	JESUS DAVID SILVA SANABRIA	C.C. 79.688.067
10. MY.	RUBEN RUBIANO VERA	C.C. 10.184.963
11. MY.	HUMBERTO PARADA AGUILAR	C.C. 3.151.822
12. MY.	RAUL HERNANDO RODRIGUEZ SUAREZ	C.C. 80.504.203
13. MY.	HENRY DAVID QUINTERO VELA	C.C. 80.500.091
14. MY.	ALEJANDRO ALARCON PEREZ	C.C. 74.181.414
15. MY.	YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO	C.C. 79.820.553
16. MY.	ALEXANDER VILLALOBOS CUERVO	C.C. 79.685.199
17. MY.	DAVID FERNANDO LESMEZ PORRAS	C.C. 91.107.688
18. MY.	EDISON RAFAEL VENERA LORA	C.C. 12.631.570
19. MY.	EDISSON ALFONSO CARVAJAL BETANCOURT	C.C. 89.007.853
20. MY.	JHONNY SMITH HERNANDEZ MORENO	C.C. 93.396.025
21. MY.	ANDRÉS ZEA MARIN	C.C. 71.753.701
22. MY.	HEIDER ALFONSO GODOY RAMOS	C.C. 79.797.252
23. MY.	CRISTOBAL RUBIANO VERA	C.C. 79.879.705
24. MY.	JAVIER FRANCISCO NIÑO BUITRAGO	C.C. 79.791.179
25. MY.	JESUS FERNANDO CABRERA MONTANEZ	C.C. 98.396.931
26. MY.	LUIS ORLANDO SOTO PATERNINA	C.C. 79.780.987
27. MY.	ALEXANDER CAMARGO ALDANA	C.C. 79.856.587
28. MY.	JAIR LEONARDO LLANOS RUALES	C.C. 98.393.480
29. MY.	NELSON PEDROZA PEDROZA	C.C. 7.166.086
30. MY.	MILTON FERNANDO ALVAREZ GALVIS	C.C. 94.391.735
31. MY.	EDGAR ANDRÉS ACERO QUIROGA	C.C. 79.860.243

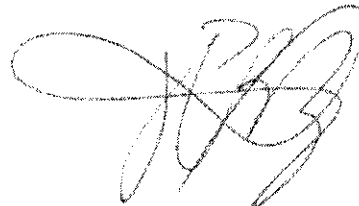
**PARÁGRAFO.** Los Oficiales retirados en el presente artículo, continuarán dados de alta por el lapso de tres (3) meses contados a partir de la fecha de retiro en la Tesorería Principal del Comando del Ejército Nacional, en los términos y para los efectos del artículo 164 del Decreto Ley 1211 de 1990.

**ARTÍCULO 2.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a los 20 FEB 2015

EL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL,



JUAN CARLOS PINZÓN BUENO



EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD DEL EJERCITO  
FICHA MÉDICA UNIFICADA

SALUD  
OCUPACIONAL



DATOS PERSONALES

FECHA 03 JUN 2015

APELLIDOS Y NOMBRES RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEONARDO				SEXO M
GRADO MAY.	ARMA INF.	UNIDAD MILITAR FTCTI	CEDULA 79820553	
FECHA DE NACIMIENTO 30-ENEVO-1975		LUGAR DE NACIMIENTO MANDAYES COLOMBIA	PROCEDENTE DE	
ESTADO CIVIL CASADO	NOMBRE DEL CÓNYUGE MARLY CASTILLO	NOMBRE DE LOS PADRES ORLANDO - MUBIA		
NUMERO DE HIJOS 1		EDAD DE LOS HIJOS 9 años		
LUGAR DE RESIDENCIA BOGOTÁ		DIRECCIÓN KMA 390 #35-90 SUR BIKENNEDY	TELÉFONO 3208780451	GRUPO SANGUÍNEO RH A +
EPS		ESM DONDE SE REALIZA HC		
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)		ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)		
ESCOLARIDAD BÁSICA SECUNDARIA UNIVERSITARIO		RELIGIÓN CÓSTOLICO	ETNIA: BLANCA Blanca, negra, mestiza, oriental, indígena	

FOTO  
3X4  
FONDO BLANCO  
SIN ANTEOJOS  
Y SIN GORRA

DATOS OCUPACIONALES

MOTIVO DEL EXAMEN RETIRO	PROFESIÓN	
MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO CAMBIO DE ARMA DD/MM/AA	SI NO FECHA	
CARGO (ASPIRA O ACTUAL)	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	HORAS LABORALES
FUNCIONES DEL CARGO		EMPLEOS TENIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (Fecha de retiro).
EN CUÁL PERMANECIÓ MÁS TIEMPO (MESES)		

ANAMNESIS

CONDICIÓN AL INGRESO
----------------------

ANTECEDENTES PERSONALES (MARQUE CON UNA X ESPECIFICANDO LA FECHA DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD)

ENFERMEDAD	OBSERVACIONES
<input checked="" type="checkbox"/> DIABETES	hipoglucemia neurovegetativa
<input type="checkbox"/> ASMA	histórico severo
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	Diabetes MELLITUS TIPO II
<input type="checkbox"/> ÚLCERA	ulcerado x gangrena
<input type="checkbox"/> VENÉREAS	que en una y otra ocasión
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	perdida del cabello
<input type="checkbox"/> TUMORES	Cráneo Frontal
<input type="checkbox"/> FRACTURAS	HTA - obstrucción
<input type="checkbox"/> FORUNCOLOSIS	Emenopope
<input type="checkbox"/> GASTRITIS	Cefalea crónica
<input checked="" type="checkbox"/> INTENTO SUICIDIO	presente ensayos de
<input checked="" type="checkbox"/> SUEÑO TRANQUILO	amnesia temporal
<input checked="" type="checkbox"/> DEPRESIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> PERTURBACIONES EN EL OÍDO	
<input type="checkbox"/> PERTURBACIONES VÍAS DIGESTIVAS	
<input type="checkbox"/> INFECCIONES URINARIAS	
<input type="checkbox"/> AMNESIA	
<input type="checkbox"/> HEMORROIDES	
<input type="checkbox"/> PARÁLISIS	
<input type="checkbox"/> TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS	
<input type="checkbox"/> ARTRITIS	
<input type="checkbox"/> DEFICIENCIA HEPÁTICA	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CORONARIA	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL	
<input checked="" type="checkbox"/> ADICCIÓN (ALCOHOL, NARCÓTICOS)	



APELLIDOS Y NOMBRES:

ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE CON UNAX)

ENFERMEDAD	PRESENTA	FAMILIAR
CÁNCER		
DIABETES		
HIPERTENSIÓN		
CARDIOPATÍAS		
ALERGIAS		
ASMA		
AUTOINMUNES		
ARTRITIS		
ENFERMEDADES RENALES		
ENFERMEDADES MENTALES		

UTILIZA ANTEOJOS

SI ☐ NO ☒

LATERALIDAD

DIESTRO ☒ ZURDO ☐

ES UD. GEMELO

SI ☐ NO ☒

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES	(+) O (-)	FECHA	OBSERVACIONES
QUIRÚRGICOS	HI	1997-2006	APENDICECTOMIA - HERNIOTOMIA
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIO			
TRANSFUSIONALES			
ESTOMATOLÓGICOS			
PRÓTESIS FUNCIONALES			

ANTECEDENTES GINO-OBSTÉTRICOS ( MUJERES)

EDAD DE LA MENARQUIA	GESTACIÓN: <input type="checkbox"/>	PARTO: <input type="checkbox"/>	ABORTO: <input type="checkbox"/>	VIVOS: <input type="checkbox"/>	CESÁREA: <input type="checkbox"/>
MENSTRUACION DOLOROSA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MENSTRUACION IRREGULAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	ANUAL: <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL: <input type="checkbox"/>			
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA					
HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL: <input type="checkbox"/>			
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN:					

POR MI PALABRA DE HONOR DOY FE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO, HOSPITALES, ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD PARA QUE UTILICEN LA INFORMACIÓN PARA LOS FINES MÉDICO-LEGALES QUE CONSIDEREN CONVENIENTES.

FIRMA DEL EXAMINADO

POSTFIRMA DEL EXAMINADO

EXAMEN CLÍNICO

ESTATURA 1,80	PESO 95K	PULSO 90x1	TENSIÓN ARTERIAL 110/70mmHg	TEMPERATURA 36,5
(MARQUE CON UNA X) FECHA DEL EXAMEN:				
ÓRGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES	
CABEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABELLUDO	<input checked="" type="checkbox"/>			
NARIZ Y SENOS	<input checked="" type="checkbox"/>			
BOCA Y GARGANTA	<input checked="" type="checkbox"/>			
OÍDOS		<input checked="" type="checkbox"/>	hipoacusia bilateral	
OJOS		<input checked="" type="checkbox"/>	Seudo Estrabismo	
PULMONES Y TÓRAX	<input checked="" type="checkbox"/>			
CORAZÓN Y VASOS GRANDES	<input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA LINFÁTICO	<input checked="" type="checkbox"/>			
ABDOMEN Y VISCERAS	<input checked="" type="checkbox"/>			
ANO Y RECTO	<input checked="" type="checkbox"/>			
SISTEMA ENDOCRINO	<input checked="" type="checkbox"/>			
GENITO-URINARIO	<input checked="" type="checkbox"/>			
EXTREMIDADES SUPERIORES		<input checked="" type="checkbox"/>	Contractura crónica bilateral	
EXTREMIDADES INFERIORES		<input checked="" type="checkbox"/>	Contractura crónica	
COLUMNA VERTEBRAL	<input checked="" type="checkbox"/>			
PIEL Y PANERAS	<input checked="" type="checkbox"/>			
NEUROLOGÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	cefalea crónica	
TÁCTO RECTAL				
TÁCTO VAGINAL (Mujeres)				

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GIRALDO YSIR LEONARDO

CONTEXTURA	CARA				
	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input checked="" type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> ROBUSTA <input type="checkbox"/> ATLÉTICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA PESO ____ Kg:	<input checked="" type="checkbox"/> REDONDO <input type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> BLANCO <input checked="" type="checkbox"/> TRIGUEÑO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MORENO <input type="checkbox"/> AMARILLO	<input type="checkbox"/> ACNÉ <input type="checkbox"/> CICATRIZ ACNE <input type="checkbox"/> MANCHADA <input type="checkbox"/> PECOSA	<input type="checkbox"/> DESVIACION DERECHA <input type="checkbox"/> DESVIACION IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA	<input checked="" type="checkbox"/> GRANDE <input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA

OJOS		BARBA	SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/>		BIGOTE	SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/>	
COLOR	PARTICULARIDAD	CAPILARIDAD			CAPILARIDAD		
<input checked="" type="checkbox"/> MIEL <input type="checkbox"/> CAFES <input type="checkbox"/> GRISES <input type="checkbox"/> AZULES <input type="checkbox"/> VERDES	<input type="checkbox"/> OJO DE VIDRIO <input type="checkbox"/> FALTA OJO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> FALTA OJO DERECHO <input type="checkbox"/> DIFERENTE COLOR <input type="checkbox"/> PARPADO CAIDO	<input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADA			<input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADO		
TAMAÑO		PARTICULARIDAD			PARTICULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> GRANDE <input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA	<input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> BIZCO <input type="checkbox"/> CIEGO	<input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	MIEL CAFES <input checked="" type="checkbox"/> GRISES AZULES VERDES		<input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> CANO		
				OREJAS			
				<input type="checkbox"/> PELUDAS <input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA <input type="checkbox"/> PERFORADA			

CABELLO		
COLOR	FORMA	CALVICIE
<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input checked="" type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> CASTAÑO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO COLOR	<input checked="" type="checkbox"/> LACIO <input type="checkbox"/> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LANOSO <input type="checkbox"/> CRESPO	<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTO CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> BILATERAL

SEÑALES PARTICULARES			
TIPO	SI	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
LUNARES	—		
PECAS	—		
MANCHAS	—		
QUEMADURAS	—		
TATUAJES	SI	MANO DERECHA - TATUADO	
CICATRICES	—		
HERIDAS CICATRIZACIÓN	—		
PRÓTESIS	—		
MALFORMACIONES	—		
DISCAPACIDADES	—		
AMPUTACIONES	—		
PRESENTA ESTRÍAS	—		
CALLOSIDADES	—		
AUSENCIA DE UÑAS	—		
VELLOSIDAD	—		
FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	—		
FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	SI	MANO DERECHA - TATUADO	
CIRCUNCISIÓN	—		
LIGADURA DE TROMPAS	—		
VASECTOMÍA	—		
APENDICECTOMÍA	—		
NEFRECTOMÍA	—		

PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO

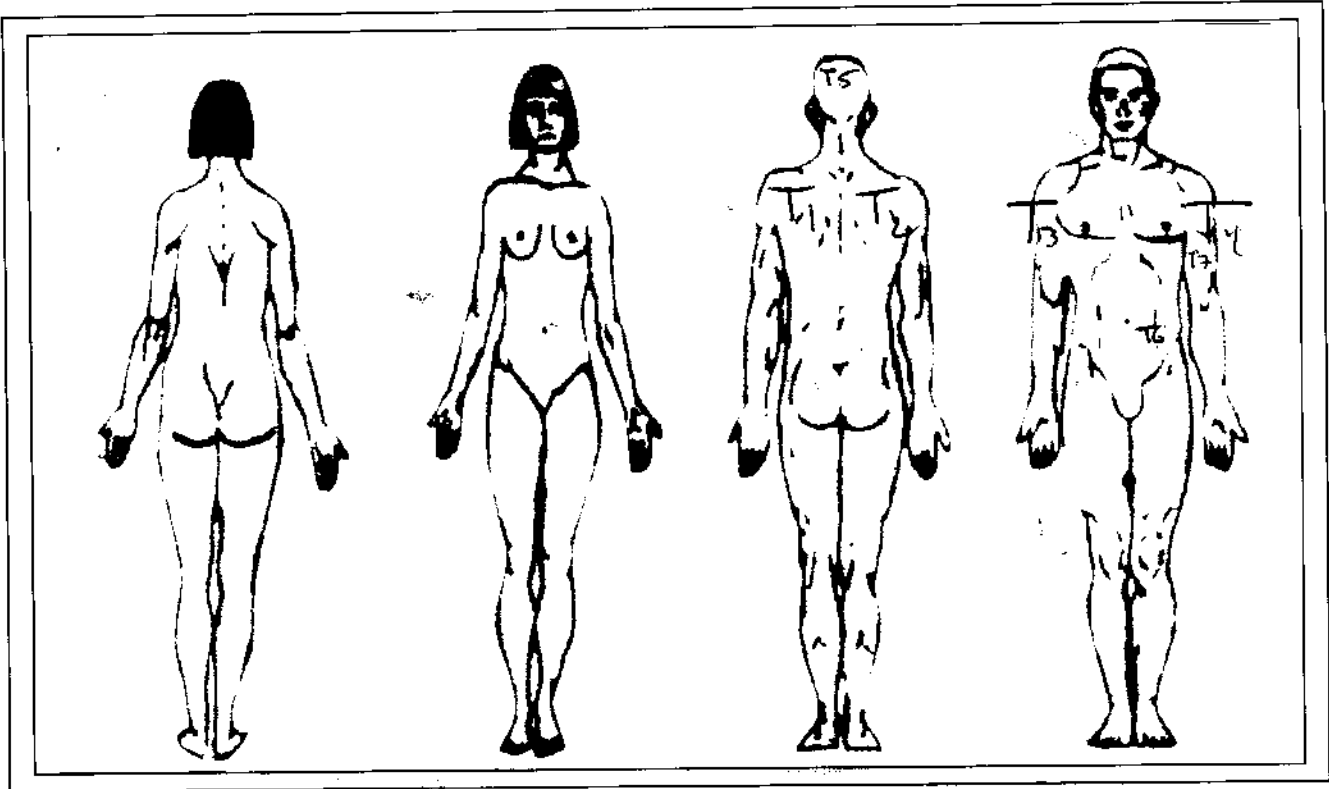
\_\_\_\_ MARCAPASOS
 \_\_\_\_ TORNILLOS
 \_\_\_\_ PROTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO

DISTRIBUCION GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES, EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA, ASÍ:

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GABRIEL YASIR LEANDRO

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PRÓTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES
T1 T2	Tatuaje Tatuaje Tatuaje
T3 T4	Tatuaje Tatuaje Tatuaje
T5 T6 T7	Cicatriz Lesiones

MEDICO ELABORÓ:

Wilson Herrera

RM:

63582

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

LINEA DE SONRISA	TIPO DE CARA	TIPO DE CRANEO	PERFIL	LABIOS	ATM
— ALTA	— LEPTOPROSOP	— DOLICOCÉFALO	— CONVEXO	— CON SELLE	— CLICKING ARTICULAR
— MEDIA	— MESOPROSOP	— MESOCÉFALO	— CONCAVO	— SIN SELLE	— CREPITACION
— BAJA	— EURIPROSOP	— BRAQUICÉFALO	— NORMAL		— DOLOR
					— NORMAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ODOTOGRAMA.

- AA AUSENTE ANTIGUO ESPACIO
- AR AUSENTE RECIENTE
- CC CARIES+SUPER+G SEVERIDAD
- DC DESTRUCCIÓN CORONAL
- DL DESGASTE LEVE
- DM DESGASTE MODERADO
- DS DESGASTE SEVERO
- EP ENFERMEDAD PERIODONTAL
- FA FRACTURA ANTIGUA + SUPERFICIE
- FR FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE
- HI HIPOPLASIA
- PG PIGMENTACIÓN
- RG RETRACCIÓN GINGIVAL
- SA SIN ALTERACIÓN
- EX EXTRUIDO
- IN INTRUIDO
- VE VERSIÓN
- RL ROTACIÓN LEVE

- CE CORONA MATERIAL ESTÉTICA
- IE INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
- IM INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE
- OE OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
- OT OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE
- PE PARCIALMENTE ERUPCIONADO
- PI PILAR
- PF PRÓTESIS FIJA
- PQ PONTICO
- PR PRÓTESIS REMOVIBLE
- PT PRÓTESIS TOTAL
- PR RESTO RADICULAR
- SF SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS
- C CERVICAL
- D DISCAL
- I INCISAL
- L LINGUAL
- M MESIAL

RM	ROTACIÓN MODERADA
RS	ROTACIÓN SEVERA
CC	CORONA COMPLETA
AG	AMALGAMA+SUPERFICIE

O OCLUSAL  
P PALATINO  
V VESTIBULAR

AS	ANÁLISIS	OTRO	ENTRADA
11	Sano	11	Sano
12	Sano	12	Sano
13	Sano	13	Sano
14	Ausente	14	Ausente
15	Primo MOD	15	Primo MOD
16	Primo MOD	16	Primo MOD
17	Primo MOD	17	Primo MOD
18	Ausente	18	Ausente
48	Ausente	48	Ausente
47	Primo MOD	47	Primo MOD
46	Amalgamo	46	Primo MOD
45	Primo MOD	45	Sano
44	Ausente	44	Ausente
43	Sano	43	Sano
42	Sano	42	Sano
41	Sano	41	Sano

MUCOSA: Normal  
SURCOYUGAL: Normal  
FRENILLOS: Pituit  
PISO DE BOCA: Normal  
PALADAR BLANDO: Normal  
ZONA RETROMOLAR: Normal  
EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: Normal

PALADAR BLANDO: NONE  
TORUS: NO PRESENTE

MAXSUPERIOR FORMA: \_\_\_\_\_ TAMANO: \_\_\_\_\_ HALLAZGO: \_\_\_\_\_  
 MAXINFERIOR FORMA: \_\_\_\_\_ TAMANO: \_\_\_\_\_ HALLAZGO: \_\_\_\_\_  
 CLASIFICACIÓN MOLAR: Clase I CLASIFICACIÓN CANINA: Clase I  
 MORDIDA CRUZADA: SI \_\_\_\_\_ NO ☒ MORDIDA ABIERTA: SI \_\_\_\_\_ NO ☒  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

— COINCIDE  
— PARABOIDE

✓ DESVIADA DERECHA  
✓ EN U

— DESVIADA IZQUIERDA  
— CERRADO

PRÓTESIS TOTAL, REMOVIBLES, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGÍA (VER PAG. SIGUIENTE)

DESCRIBIR TIPO DE BRACKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

SI OBSERVAAL GUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIDOS EN EL PUNTO

AB	ABRACIÓN	AF	ABFRACCIÓN	PL	PLACA ORTPEDIA
BR	BRACKETS	CA	CÁLCULOS	DI	DIENTE INCLUIDO
ER	EROSIÓN	AP	APIÑAMIENTO	MA	MACRODONCIA
MI	MICRODONCIA	DA	DIASTEMA	SU	SUPERNUMERARIO
TP	TALLA PREPROTÉSICA	FI	FRAGMENTO INCOMPLETO	AT	ATRICCIÓN

BR. Iste prezenta H<sub>2</sub> de Octodone, el cual no se a devuelto  
por tal motivo presento pedido de liquido periodico  
refiere oblor en ATM

ODONTÓLOGO ELABORÓ:

## EL CAMINO DEL PILON MANECHA.

ONTARIO 86A

19

# OPTOMETRÍA

OJO	VISIÓN A DISTANCIA		REFRACCIÓN	VISIÓN DE CERCA	
DERECHO	20/ 20	CORRIGE A 20/ 20	POR LENT. ESF. CLL	CORRIGE A 0 CON	
IZQUIERDO	20/ 20	CORRIGE A 20/ 20	POR LENT. ESP. CLL	CORRIGE A 0 CON	
HETEROFORIA	ES:		EX:	HIP. DCH	HIP. IZQ
	PRIM. DIV.	PRM COM		P.C.	P.D.
ACOMODACION	VISIÓN DE COLOR		PERCEPCION PROFUNDIDAD	SIN CORREGIR	
DERECHO				IZQUIERDO	CON CORREC.
CAMPO VISUAL		VISIÓN NOCTURNA		LENTE ROJO	
				TENSION INTRAOCULAR	

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GARCIA YAIR LEONOR

TEST ENMETROPE. ISHIHARA (CONCEPTO)

OPTÓMETRA: SANSAL CARLOS GONZALEZ REGISTRO: 79581751

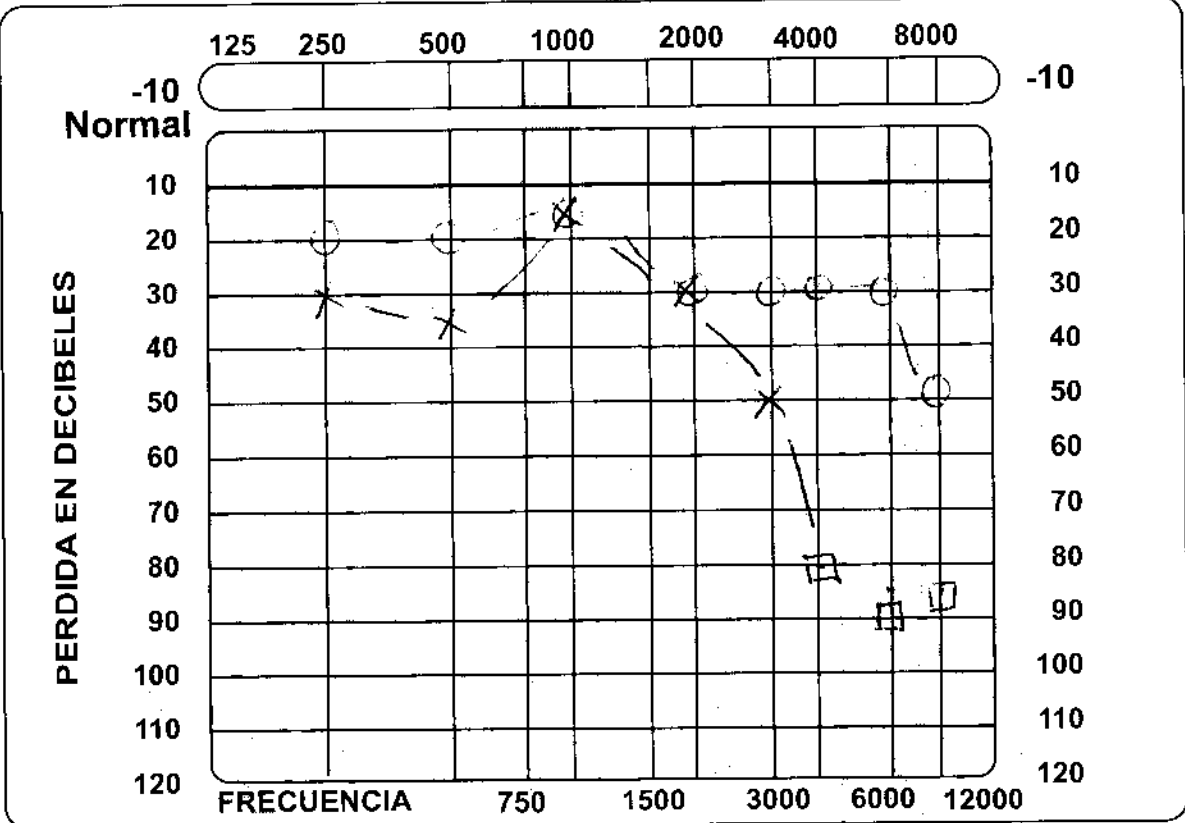
EXAMEN AUDIOLÓGICO

OTOSCOPIA OÍDO DER Normal OÍDO IZQ. Normal

WEBER AUDIOMETRICO

500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz

AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES: Se comienza Audimetría Señal + Potenciales Evocados Señal Audición

CONVENCIONES

Convenciones	OÍDO DERECHO	OÍDO IZQUIERDO
	ROJO	AZUL
Vía aérea	○	X
Vía ósea	[	]
Aerea con enmascaramiento	△	□

TIPO DE RUIDO

- HELICÓPTEROS
- VEHÍCULOS PESADOS
- AVIONES NO PRESURIZADOS
- PIEZAS ODONTOLÓGICAS
- X .POLÍGONOS/ÁREAS DE INSTRUCCIÓN
- RUIDO DE MAQUINARIA
- X COMBATE
- MOTOS
- RUIDOS SOCIALES (Mp3, DISCOTECAS)

RA  
Rocio Amparo Cardona C  
FONOAUDIÓLOGA  
Especialista en Audiología  
R.P. 51.800 780

FONOAUDIÓLOGO: SANSAL Rocio A. Cardona REGISTRO 51890785



APELLIDOS Y NOMBRES: RUIZQUEZ GINELA YAIR LEONARDO

REÚNE PERFIL  
 JUSTIFICACION

NO REÚNE PERFIL  
Concepto retro

PSICOLOGIA  
F: 28. Abril 2015

estado de conciencia alerta, ubicado en  
 área geográfica, no presenta alteración  
 de lenguaje, para periodo en sus  
 ideas.  
 ligera antecedentes en alcohol,  
 alcohol, abuso de alcohol, de apoyo  
 familiar y social, dificultad en relación  
 de pareja, refiere. Atención sugiere.  
 despertar temprano por eventos ligados  
 de abuso como en ser que se  
 paró con alcohol, bajo control de  
 impulsos, mala construcción de proyecto  
 de vida, refiere por tener la pérdida de  
 conciencia frente a sus actos, de sugiere.  
 valoración Neuropsiquiátrica.

REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA

SI ☒ NO ☐

PSICÓLOGO: [Firma]

REGISTRO: 14

MEDICINA LABORAL ( CONCEPTO)

18/06/15 ML-OLSAN- FETTERO  
 favor anexar resolución de retiro/ no entregar conceptos  
 hasta que no la adjunte  
 - JML 1198 11/01/98 ortopédico/ Tx cuello pie izq con luxación  
 de tendones peroneos con dolor sin limitación de mov - Tx  
 en mano derecha con fx de 5to metacarpiano - tratada  
 con collar yeso doloroso IRP - No apto - reabrir - OCL 197.  
 ① M. interna/ Diabetes Mellitus - HTA - Obesidad - Cefalea  
 ② SS/ potenciales evocados auditivos  
 ③ psiquiatria/ T. sueño  
 ④ Neuropsiquiatria/ valoración por psicología sugiere valoración  
 por pérdida de conciencia frente a sus actos  
 ⑤ Otorrinolaringología - lumbalografía  
 ⑥ SS/ Hemoglobina glicosilada






CALIFICADOR: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_






APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GILLES YSIC LEONORO

RESEÑA DACTILOSCÓPICA


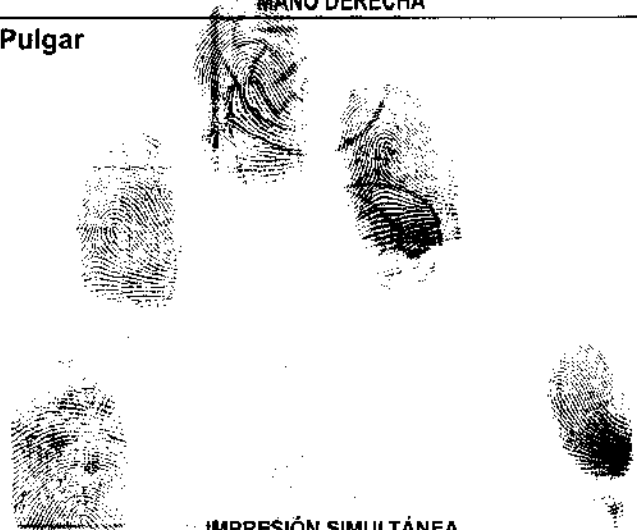
FORMULA DACTILOSCÓPICA      PRIM \_\_\_\_\_ 2 SEC \_\_\_\_\_ 4 MED \_\_\_\_\_ 5 MAY \_\_\_\_\_ 7 FIN \_\_\_\_\_ 0 CLAVE \_\_\_\_\_

MANO DERECHA				
1. Pulgar	2. Indice	3. Medio	4. Anular	5. Meñique
				

MANO IZQUIERDA				
1. Pulgar	2. Indice	3. Medio	4. Anular	5. Meñique
				

MANO IZQUIERDA		MANO DERECHA	
 IMPRESIÓN SIMULTÁNEA	Pulgar	Pulgar	 IMPRESIÓN SIMULTÁNEA

EXÁMENES PARACÚNICOS

EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- COPIA DE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN
- EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.
- EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 3 MESES, COPROLÓGICO, PARCIAL DE ORINA.
- EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMESTRALMENTE CUADRO HEMÁTICO Y RECuento DE RETICULOCITOS.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL

04 JUN. 2015

Bogotá, 03 de Junio de 2015

**ASUNTO :** Entrega de documentos para JUNTA MEDICA

**AL** : Señor Brigadier General  
**CARLOS ARTURO FRANCO CORREDOR**  
Director Sanidad Ejército  
Ciudad

Con toda atención me dirijo al Señor **Brigadier General CARLOS ARTURO FRANCO CORREDOR** Director Sanidad Ejército, para hacer entrega de los siguientes documentos y realizar junta médica laboral por resolución ministerial #1091 de fecha 20 de febrero de 2015 fue retirado del servicio activo por llamamiento calificar servicio.

1. Ficha médica unificada debidamente diligenciada
2. Exámenes de laboratorio
3. Copia de historia clínica
4. Copia oficio situación medica
5. Copia oficio solicitud apoyo
6. Fotocopia cedula de ciudadanía 150%



VALIDADO MIN LIC NUMERO:  
No 2015-859-176624-2  
Asunto: entrega de ficha medica  
Fecha: 04/06/2015 07:48:25  
Usuario: Brigadier J. D. H. R. C.  
Destino: DISAN-Medicina Laboral  
Remite: C. YAIR ALFONSO RODRIGUEZ  
MIN. EJERCITO DE COLOMBIA

**MAYOR® YAIR LEANDRO RODRIGUES GIRALDO**  
C.C. 79.820.553

DIRECCION: CARRERA 79 D No. 35-90 SUR BARRIO KENNEDY URBANIZACION FRANSISCO  
JOSE DE CALDAS BOGOTA  
CEL. 316.359.60.49  
EMAIL. YALE.795553@GMAIL.COM



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

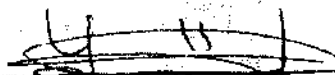
**79.820.553**

**RODRIGUEZ GIRALDO**

APELLIDOS

**YAIR LEANDRO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1975**

**MANZANARES**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**M**

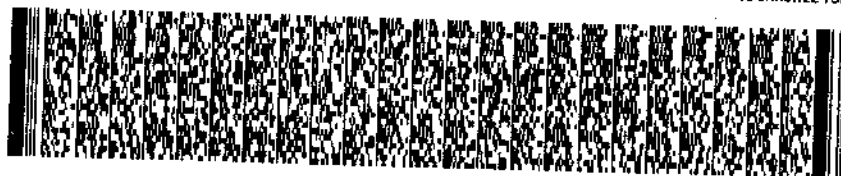
SEXO

**11-MAR-1993 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00629515-M-0079820553-20141003

0040360552A 1

43424931







FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
CENTRO DE REHABILITACION  
LABORATORIO CLINICO

Fecha v Hora de inor 2015-04-29 09:30  
Fecha de impresión: 2015-04-29 12:43

Orden No.:	201504291046	Edad:	40 Años
Paciente:	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	Telefono:	3115237384
Documento Id:	79820553		
Medico:	FICHA MEDICA RETIRO		
Tipo Usuario:	ACTIVO		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

LEUCOCITOS	7.72	x 10 <sup>3</sup> /uL	4.50 - 11.00
GLOBULOS ROJOS	6.07	x10 <sup>6</sup> /uL *	4.50 - 5.60
HEMOGLOBINA	18.7	g/dL *	12.0 - 18.0
HEMATOCRITO	54.6	% *	36.0 - 54.0
VOL.CORP.MEDIO	90.0	fL	80.0 - 100.0
HGB.CORPUSCULAR MEDIA	30.8	pg	26.0 - 35.0
CONC.HGB.CORP.MEDIA	34.2	g/dL	33.0 - 37.0
PLAQUETAS	229	x10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
ANCHO DISTRIB ERITROCITOS	13.7	%	11.5 - 15.0
ANCHO DISTRIBUCION DE ERITROCITOS SD	44.7	fL	39.9 - 46.3
VOL.MEDIO PLAQUETARIO	10.40	fL	9.00 - 13.00
NEUTROFILOS #:	4.5	10 <sup>3</sup> /uL	1.9 - 8.0
LINFOCITOS #:	2.40	10 <sup>3</sup> /uL	0.90 - 5.20
MONOCITOS #:	0.65	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 1.00
EOSINOFILOS #:	0.07	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.70
BASOFILOS #:	0.08	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.30
%NEUTROFILOS	58.6	%	35.0 - 70.0
%LINFOCITOS	31.1	%	20.0 - 45.0
% MONOCITOS	8.4	%	0.0 - 10.0
% EOSINOFILOS	0.9	%	0.0 - 7.0
% BASOFILOS	1.0	%	0.0 - 3.0

*Carolina Parra P.*  
DEXY CAROLINA PARRA P.  
C.C. 33.037.919  
P.U.J.

INMUNOLOGIA

SEROLOGIA

NO REACTIVO

*Angela Milena Gomez Rodriguez*  
ANGELA MILENA GOMEZ RODRIGUEZ  
C.C. 39.743.807  
U.C.M.C.

UROANALISIS

UROANALISIS

EXAMEN FISICO-QUIMICO

COLOR	amarillo
ASPECTO:	Limpido
DENSIDAD:	1.015





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
CENTRO DE REHABILITACION  
LABORATORIO CLINICO

Fecha y Hora de inar 2015-04-29 09:30  
Fecha de impresión: 2015-04-29 12:43

Orden No.:	201504291046	Edad:	40 Años
Paciente:	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	Telefono:	3115237384
Documento Id:	79820553		
Medico:	FICHA MEDICA RETIRO		
Tipo Usuario:	ACTIVO		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
UROANALISIS			
pH.:	6.50		
LEUCOCITOS	Negativo	Leuco/uL	
NITRITOS	Negativo		
PROTEINAS	Negativo	mg/dL	
GLUCOSA	100	mg/dL	
C.CETONICOS	Negativo	mg/dL	
UROBILINOGENO	Normal	mg/dL	
BILIRRUBINA	Negativo	mg/dL	
ERITROCITOS-HEMOGLOBINA	Negativo	ery/uL	
SEDIMENTO MICROSCOPICO AUTOMATIZADO	0		
CELULAS EPITELIALES :	0-2 XC		
LEUCOCITOS :	0-2 XC		
BACTERIAS:	ESCASAS		

Jorge Andres Pineda  
C.C. 13.870.576





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
CENTRO DE REHABILITACION  
LABORATORIO CLINICO

Página 1 De 1

Fecha y Hora de inar 2015-05-07 08:38  
Fecha de impresión: 2015-05-11 14:28

Orden No.: 201505071100

Paciente: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

Edad: 40 Años

Documento Id: 79820553

Telefono: 3115237384

Medico: MEDICO OTRAS UNIDADES

Tipo Usuario: ACTIVO

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

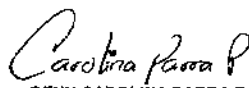
QUIMICA

CREATININA SUERO

0.93

mg/dL

0.70 - 1.20

  
DEXY CAROLINA PARRA P.  
C.C. 53.037.919  
P.U.J.



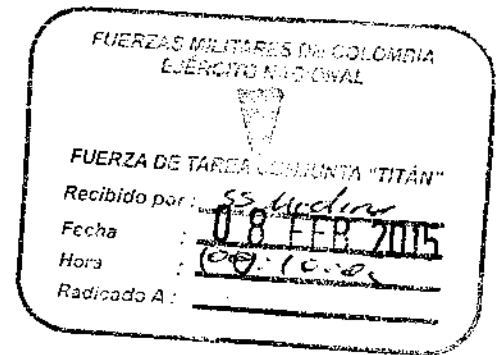


RESTRINGIDO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL



FUERZA DE TAREA CONJUNTA TITAN



Quibdó (Choco), 08 de Febrero de 2015

Señor Brigadier General

**JAVIER ALONSO DIAZ GOMEZ**

Comandante Fuerza de Tarea Conjunta TITAN  
Quibdó, Choco

ASUNTO: Informe Situación Médica

Con toda atención me dirijo al señor Brigadier General FTCTI con el fin de informar la situación médica del suscrito, así:

A mediados del mes de enero de 2015, sentí que mi salud estaba un poco afectada motivo por el cual acudí a consulta externa para una valoración médica. La señorita ST. Lerma Yuly médico de turno de acuerdo a los síntomas encontrados solicitó unos exámenes de laboratorio en sangre para establecer cuáles eran las causas de mi disminución tanto física como emocional, al igual que sentir mucho cansancio al realizar mis labores cotidianas.

Con fecha 22, 24 y 30 de enero de 2015, se tomaron las respectivas muestras en sangre y se pudo establecer como diagnóstico una diabetes tipo dos, para lo cual fui remitido al nutricionista y se me formularon unos medicamentos para ser tomados dos pastillas diarias.

Atentamente,

  
**MY. YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**  
Oficial Control Interno FTCTI

Anexo: Copia exámenes médicos  
Copia remisión nutricionista  
Copia fórmula para medicamentos

Patria Honor Lealtad  
"Dios En Todas Nuestras Acciones"  
FE EN LA CAUSA  
Barrio Obapo Km 4 Via Pacurita Quibdó Choco  
registroftcti@ejercito.mil.co

RESTRINGIDO





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
HOSPITAL MILITAR DE MEDELLÍN



FÓRMULA

Nº 285831

Fecha	DIA	MES	AÑO	CIE 10					
	31	01	2015	E119					
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE			EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA				
MY	Rodriguez Giraldo Yail			39a	79870553				
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP	CX	SP	
X		TITAN			X				

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN				CANTIDAD EN LETRAS	
① Metformina Tub 850mg				Sesenta	
DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTD.	CANTIDAD NÚMEROS	
1 tub	V.O	C/12h	x 30d	60	

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN				CANTIDAD EN LETRAS	
DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTD.	CANTIDAD NÚMEROS	

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN				CANTIDAD EN LETRAS	
DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTD.	CANTIDAD NÚMEROS	

Nombre/Firma/No. Registro DATOS DEL MÉDICO	Nombre/No. Identificación/Teléfono DATOS DEL PACIENTE	Nombre/Firma ENTREGADO POR
---	--	-------------------------------

FÓRMULA VÁLIDA POR 3 DÍAS HÁBILES (72 HORAS) - ORIGINAL (SERVICIO FARMACÉUTICO) Y COPIA (PACIENTE) CUANDO LOS MEDICAMENTOS SE ENTREGUEN DE FORMA INCOMPLETA. REALIZAR LA ACLARACIÓN EN LA PARTE POSTERIOR A ESTA FÓRMULA



RESTRINGIDO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL



FUERZA DE TAREA CONJUNTA TITAN

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL

FUERZA DE TAREA CONJUNTA "TITAN"

Recibido por: CECILIO BLANCO

Fecha: 14 FEB 2015

Nro: 12458

Radicado A: \_\_\_\_\_

Quibdó (Choco), 14 de Febrero de 2015

Señor Brigadier General

**JAVIER ALONSO DIAZ GOMEZ**

Comandante Fuerza de Tarea Conjunta TITAN  
Quibdó, Choco

ASUNTO: Solicitud Apoyo

Con toda atención me dirijo al señor Brigadier General FTCTI con el fin de solicitar su apoyo y autorización para la reubicación laboral, en razón a mi situación de salud, por los motivos que expongo a continuación, así:

1. Hace aproximadamente dos años vengo presentando quebrantos de salud, relacionados con la parte circulatoria, y de metabolismo.
2. En razón a dichos quebrantos se me dieron recomendaciones de tratamiento, las cuales he tratado de cumplir en pro de mi beneficio físico y mental.
3. Con mi traslado a la FTCTI, vi interrumpidos varios procesos propios de mi tratamiento inicial, continuando con los que en esta unidad era posible mantener.
4. Debido a que en enero mi salud sufrió un mayor deterioro y que en Quibdó no se ofrecen las condiciones nutricionales y medicas requeridas por mí y para mejorar o controlar mis afecciones físicas, las cuales pueden terminar en un accidente catastrófico de no ser atendidas, (tercer nivel de atención en salud, con especialidades e infraestructura, principalmente cardiología,

Patria Honor Lealtad  
"Dios En Todas Nuestras Acciones"  
FE EN LA CAUSA  
Barrio Obapo Km 4 Via Pecurita Quibdó Choco  
registroftcti@ejercito.mil.co

RESTRINGIDO





## RESTRINGIDO

medicina interna, urología, centro de diagnóstico cardiológico y laboratorio especializado y UCI de ser necesaria).

5. En razón de mi estado de salud físico, y las preocupaciones que este conlleva, mi salud mental se ha visto deteriorada, sintiéndome deprimido, cansado y bajo altos niveles de estrés, de igual manera esta situación viene afectando de manera notoria a mi núcleo familiar, pasando a ser un agravante a mi condición.
6. Los diagnósticos a la fecha son, diabetes mellitus II, hipertensión arterial moderada, obesidad y estrés, a lo cual se suman unos exámenes que se me ordenaron los cuales pueden arrojar otras afectaciones.

Solicito muy respetuosamente a mi General su Comprensión, apoyo y atención a esta solicitud y agradezco de igual manera su respaldo a mi persona durante el tiempo en que he permanecido y permanezca bajo su mando.

Atentamente,



Mayor YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO  
Oficial Control Interno FTCTI

Anexo: Copia dictamen nutricionista  
Copia remisión nutricionista  
Copia fórmula para medicamentos  
Copia exámenes médicos







# ALIMENTOS NO PERMITIDOS EN SU DIETA:

ZUCAR, PANELA, MIEL, HELADOS, GASEOSA, TORTAS,

UGOS ~~HELADOS~~, FRESCO ROYAL, MALTA, etc.

INA, BANANO MADURO, REMOLACHA, UVAS

*mandarina, mango rojo, manzana madura,*

*banano maduro, chocolate, cereales, papaya,*

*huevo, pul de pollo, vantage, uva, uva.*

*Silva.*

## RECOMENDACIONES:

· NO CONSUMIR ALIMENTOS CON AZUCAR, SI DESEA

UEDE ENDULZAR CON:

ABRO, SUCARIL, SLENDA, MENOCAL, LADIET, etc.

· Consumir sopas claras sin harinas en todos los almuerzos.

· moderar el consumo de alimentos fritos y guisados, preferir: asado,

la plancha, al vapor, sudado.

· Consumir 6 tiempos de comida porcionado en horario fijo, con

intervalo no superior a 3 horas.

· Consumir de 6 a 8 vasos de agua diaria

· Aumentar el consumo de verduras en las comidas y frutas entre

comidas con agua.

· Consumir 1 porción del grupo de las harinas en cada comida.

Principal

· Utilizar aceite vegetal en sus comidas, EJ: oliva, girasol, maíz,

o ya.

· Puede consumir carnes sin gordos, pollo sin piel, pescados de

lar y río, queso descremado o cocido, huevo cocido

Realizar ejercicio diario 60 minutos

5) Consumir 60 minutos de ejercicio, bajar de peso,

de evitar la bebida alcohólica.

Dra. SALLY MENA MENA

NUTRICIONISTA DIETISTA

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

Estimado paciente, con este formato, elaborado de acuerdo a sus Características individuales, teniendo en cuenta, su actividad física Su patología y/o su estado de salud, estaré aclarando sus dudas.

Nombres: Yair Leandro, Edad: 40 años, 13-02-2015

Apellidos: Rodríguez B., C.C.

Talla: 177 cm. Ideal: 177 cm. Peso: 70 kg. Inicial: 177 cm. Compleción: 177 cm.

Diagnostico: Dislipidemia - Dietas - 177.

Tipo de Dieta: Hiposódica - Hipocalórica - Paciente

FECHA: PESO: Kg

DÍA: MES: AÑO: 177

FECHA: PESO: Kg

DÍA: MES: AÑO: 177





# NUTRICIONISTA DIETISTA

## RELACION SEMANAL DE ALIMENTACIÓN

	LUNES	MARTINEZ	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DESAYUNO	Arepa. Huevo con verdura. Aromática.	Plátano Cocido maduro o verdol Queso Cocido o descremado Café en Leche Descremado	Banano Cocido Jamón Hervido Jugo de fruta.	Papa común Cocida Huevo con verdura y salsicha, Leche descremada	Arepa Queso cocido o descremado Milo bajo en dulce con leche descremada	Masa Cocida pollo a la plancha. jugo de fruta	Galletas integrales, Queso cocido o descremado, Avena fría
ALMUERZO	Arroz, Sopa clara de pescado, Filete a la plancha Ensalada de pepino, cebolla blanca y lechuga, limón vinagreta y sal, Jugo de lulo	Arroz Sopa de frijoles sin harinas, Carne a la plancha, Ensalada de zanahoria, repollo, cebolla, tomate. limón vinagreta y sal, Jugo de tomate.	Arroz, Sopa de pollo, Pollo sudado, Ensalada de habichuela, zanaahoria y cebolla. limón vinagreta y sal, Jugo de mango.	Arroz, Sopa clara de pastas con queso, Ensalada de vegetales con atún. limón vinagreta y sal, Jugo de guayaba.	Arroz, Sancocho de carne ahumada, ensalada de <del>cebolla</del> <sup>zanahoria</sup> , cebolla y zanahoria. limón vinagreta y sal, Jugo de maracuyá.	Arroz con pollo Sopa de pollo, Ensalada de lechuga, cebolla blanca y tomate. limón vinagreta y sal, Jugo de piña.	Pastas (espaguetis) Sopa de verdura Albóndiga. ensalada de lechuga, zanaahoria y cebolla. limón vinagreta y sal, Jugo de mora.
CENA	Sándwich de jamón y queso descremado, Milo bajo en dulce con leche descremada	Galleta integral, Atún con verduras, Jugo de frutas.	Cereal, leche y frutas pichada	Tostadas, Jamón sudado con verduras Jugo de frutas	Sándwich de atun con verduras, Jugo de frutas.	Carne a la plancha, Ensalada de vegetales con maíz Y jugo de frutas.	Cereal y yogur descremado
DIA MAÑANA	Frutas y agua	Frutas y agua	Frutas y agua	Frutas y agua	Frutas y agua	Frutas y agua	Frutas y agua
AS TARDES Y EL	Frutas con agua	Frutas con agua	Frutas con agua	Frutas con agua	Frutas con agua	Frutas con agua	Frutas con agua
ALGO							

3116344877.

DOCTORA SALLY MORA MORA

Sally Mora  
R.D. 738





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD  
MILITAR No. 3045 BIAMA



SOLICITUD DE LABORATORIO CLINICO

FECHA:

31/01/2015/

No. Historia Clínica	Nombre y Apellidos	Afilado	Grado
79820553	Rodriguez Giraldo Yany		X
	Beneficiario		Unidad
CENTRO DE COSTOS	URGENCIAS	CONSULTA EXTERNA X	HOSPITALIZACIÓN
		CIRUGIA	SALA DE PARTOS

- Valoración por nutrición

Dx: ① DM tipo 2

ST. Jhon P. Ruiz  
Medico A 2014

10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10

10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10

10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10

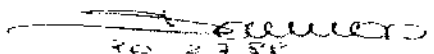
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10  
10/10/10

LABORATORIO CLINICO  
Unidad de salud SANTA MONICA  
EL MEJOR SERVICIO EN EL MOMENTO PRECISO  
NIT: No. 900421854-4

Paciente RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO  
Identificación 79820553 Edad 39  
Fecha : 30/01/2015 Sexo Masculino  
Entidad Fuerzas Militares Nro 3034

INFORME DE RESULTADOS

Grupo	Examen	Resultados	Valores
QUÍMICA CLÍNICA	Glicemia en ayunas	148	70-100mg/dl
	Glicemia post	153.7	70 - 100mg/dl
	Hemoglobina glicosilada ( HbA1c)	8.9	Pte no diabetico hasta 6.4%
			o diabetico controlado

  
Bacterióloga y Rg No.







FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
HOSPITAL MILITAR DE MEDELLÍN



Fecha	DÍA	MES	AÑO	CIE 10	FÓRMULA
	31	01	2015	E119	Nº 285831

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE	EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA					
MY	Rodriguez Giraldo Yailin	39y	79870553					
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX	SP
X		TITAN			X			

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN				CANTIDAD EN LETRAS	
1 Metformina Tub 850mg				Sesenta	
DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTD.	CANTIDAD NÚMEROS	
1 Tub	V.O	C/12h	x 30d	60	

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN				CANTIDAD EN LETRAS	
2					
DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTD.	CANTIDAD NÚMEROS	

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN				CANTIDAD EN LETRAS	
3					
DOSIS	VIA ADM.	FREC.	TIEMPO TTD.	CANTIDAD NÚMEROS	

Nombre/Firma/No. Registro DATOS DEL MÉDICO	Nombre/No. Identificación/ Teléfono DATOS DEL PACIENTE	Nombre/Firma ENTREGADO POR
---	---	-------------------------------

FÓRMULA VÁLIDA POR 3 DÍAS HÁBILES (72 HORAS) - ORIGINAL (SERVICIO FARMACÉUTICO) Y COPIA (PACIENTE) CUANDO LOS MEDICAMENTOS SE ENTREGUEN DE FORMA INCOMPLETA, REALIZAR LA ACLARACIÓN EN LA PARTE POSTERIOR A ESTA FÓRMULA

1000  
A  
1  
1  
1000  
1000

1000  
1000  
1000  
1000

1000  
1000  
1000  
1000

LABORATORIO CLINICO  
Unidad de salud SANTA MONICA  
EL MEJOR SERVICIO EN EL MOMENTO PRECISO  
NIT. No. 900421854-4

Paciente RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO  
Identificación 79820553 Edad 39  
Fecha : 24/01/2015 Sexo Masculino  
Entidad Fuerzas Militares Nro 2994

# INFORME DE RESULTADOS

Grupo	Examen	Resultados	Valores
HEMATOLOGÍA		VER ANEXO	
QUÍMICA CLINICA			
	Glicemia en ayunas	146.1	70-100mg/dl
	PERFIL LIPIDICO	...	
	Colesterol LDL	84.2	Sospechoso desde 150mg/dl
	Colesterol HDL	16.8	ronostico favorable >66 Hom
		..	rostico favorable >65mg/dl M
		..	
		..	Niveles de riesgo 45-65 muje
		..	indicador de riesgo <45 mujer
		...	
	Colesterol VLDL	38	Hasta 30mg/dl
	Trigliceridos Total	190	Sospechoso sobre 150 mg/dl
	Colesterol Total	139	Hasta 200mg/dl
	PRUEBAS DE FUNCION RENAL	...	
	Nitrogeno ureico(BUN)	10	7-25mg/dl -
	Creatinina en suero	1.4	0.5 - 1.2 mg/dl
URUANÁLISIS			
	Color	AMARILLO	
	Aspecto	TURBIO	
	EXAMEN FISICO	...	
	Proteinas	NO	
	e.cetinicos	NO	
	Leucocitos	NO	
	Glicemia	NO	
	hemoglobina	NO	
	Bilirrubina	NO	
	Urubilinogeno	NO	
	Nitritos	NO	
	PH	5.0	

Bacteriologa y Rg No.

Dirección Carrera 3a con calle 29 esquina- telefono 6712966  
Quibdó - Chocó - Colombia



UNIDAD DE ROL JI SANTA MONICA LABORATORIO CLINICO

01 3458

Nombre: Conchita

Hora: 2015-01-27 12:18

Nombre: YAN LEANDRO RODRIGUEZ

Sexo: Varón Edad:

N.º H. clín.:

N.º cama:

Dept.:

Parametro

WBC

Result

Id: 3458      Fecha: 2015-01-22 12:18      Sexo: Varón      Edad:

Nombre: YAN LEANDRO RODRIGUEZ

Nº camara:

Deposito:

Parametro      Resultado      Rango Ref

WBC       $12.8 \times 10^9/L$        $4.0 - 10.0$

Lymph#       $2.4 \times 10^9/L$        $0.8 - 4.0$

Mon#       $0.6 \times 10^9/L$        $0.1 - 1.5$

Gran#       $9.7 \times 10^9/L$        $2.0 - 7.0$

Lymph%       $36.9\%$        $20.0 - 40.0$

Mon%       $7.7\%$        $3.0 - 15.0$

Gran%       $55.9\%$        $50.0 - 70.0$

HGB       $17.7 \text{ g/dL}$        $14.0 - 18.0$

HCT       $5.02 \times 10^6/L$        $3.50 - 5.50$

MCV       $43.6\%$        $37.0 - 44.0$

MCH       $96.9 \text{ fL}$        $80.0 - 100.0$

MCHC       $35.2 \text{ pg}$        $27.0 - 34.0$

RDW-CV       $13.6\%$        $11.0 - 16.0$

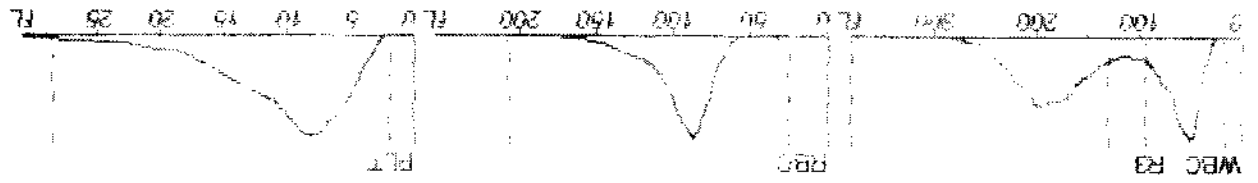
RDW-SD       $50.7 \text{ fL}$        $35.0 - 55.0$

PLT       $312 \times 10^3/L$        $150 - 450$

MPV       $8.6 \text{ fL}$        $6.5 - 12.0$

PDW       $16.5$        $9.0 - 17.0$

PCT       $0.269\%$        $0.108 - 0.282$



Análisis: IRINA BLANDON

Completado

Handy

Fi

IEI

nik

ha

7

00

100

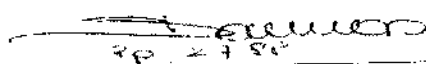


LABORATORIO CLINICO  
Unidad de salud SANTA MONICA  
EL MEJOR SERVICIO EN EL MOMENTO PRECISO  
NIT: No. 900421854-4

Paciente RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO  
Identificación 79820553 Edad 39  
Fecha : 24/01/2015 Sexo Masculino  
Entidad Fuerzas Militares Nro 2994

INFORME DE RESULTADOS

Grupo	Examen	Resultados	Valores
	Densidad	1.030	
	Bacterias	ESCASAS	
	Leucocitos	0-1XC	
	Celulas epiteliales	1-3XC	
	Moco	+	
	Cristales.Oxalatos de Calcio	+	

  
Bacteriologa y Rg No.

Dirección Carrera 3a con calle 29 esquina- telefono 6712966  
Quibdó - Chocó - Colombia

F  
Re  
Fov  
Hon  
Rag

Aplaz

ASC.  
267

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL**

BICENTENARIO  
1918-2018



**ESCUELA DE LOGÍSTICA**

Nº MD-CE-JEDOC-CEMIL-ESLOG-S1-29.40

Bogotá, DC. 23 de julio de 2010

Señor Coronel  
**ALEXANDER CARMONA MENDIETA**  
**DIRECTOR DE SANIDAD MILITAR**  
Gn

Asunto: Envío Ficha medica

Con toda atención me permito enviar al Señor Coronel Director de Sanidad Militar, la ficha medica del personal adelante relacionados, quien se encuentran considerados para ascenso en el mes de diciembre de 2010, así:

CT INF INF | RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO | 79820553

Por orden del señor Teniente Coronel  
**WILSON JOAQUIN DURAN FERNÁNDEZ**  
Director Escuela de Logística

Mayor **BERNARDO LOZANO RAMIREZ**  
Subdirector de la Escuela De Logística (e)

Anexo: Ficha medica original  
Exámenes originales

ELABORO: AS SANDRA OSORIO  
Vo Bo SS. ASTRID RUBIO

ASOCIACIÓN DE  
SANIDAD  
EJERCITO NACIONAL  
LOGISTICA  
MEDICINA LABORAL



27 JUL 2010

2010 "AÑO DE LOS HEROES DE LA SEGURIDAD DEMOCRÁTICA"  
>> LOS HEROES EN COLOMBIA SI EXISTEN

rehumalog@ejercito.mil.co Tel=2463023-2805371-CA-11a. No. 10-50E San Cristóbal Sur

21811



**EJÉRCITO NACIONAL**  
**DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO**  
**FICHA MÉDICA UNIFICADA**



**DATOS PERSONALES**

FECHA Julio 7/2010

APELLIDOS Y NOMBRES <b>RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEONOR</b>			SEXO
GRADO <b>CT.</b>	ARMA <b>INFANTERÍA</b>	UNIDAD MILITAR <b>ESLO6</b>	CEDULA <b>7420553</b>
FECHA DE NACIMIENTO <b>30 - Enero - 1975</b>		LUGAR DE NACIMIENTO <b>MANIZALES - CALDAS</b>	PROCEDENTE DE
ESTADO CIVIL <b>SOLTERO</b>	NOMBRE DEL CÓNYUGE	NOMBRE DE LOS PADRES <b>MARIA Y GILBERTO</b>	
	NÚMERO DE HIJOS <b>01</b>	EDAD DE LOS HIJOS <b>05 años</b>	
LUGAR DE RESIDENCIA <b>Bogotá</b>	DIRECCIÓN <b>Av. 74 d # 35-40 sur b/ Kennedy</b>	TELÉFONO <b>4328408</b>	GRUPO SANGUÍNEO <b>RH</b>
EPS	ESM DONDE SE REALIZA HC		
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)	ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)		



ESCOLARIDAD	RELIGIÓN	ETNIA: <u>Blanca</u>
<input type="checkbox"/> BÁSICA SECUNDARIA	<input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO	blanca, negra, mestiza, oriental,
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO	Indígena
	<input type="checkbox"/> CATÓLICO	

**DATOS OCUPACIONALES**

MOTIVO DEL EXAMEN <b>ASCENSO</b>	PROFESIÓN <b>OFICIAL DEL EJÉRCITO</b>	FECHA
MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CAMBIO DE ARMA DD/MM/AA		
CARGO (ASPIRA O ACTUAL) <b>Mayor</b>	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO <b>7 años</b>	HORAS LABORALES
FUNCIONES DEL CARGO	EMPLÉOS TENIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (fecha de retiro)	
	EN CUÁL PERMANECIÓ MÁS TIEMPO (MESES)	

**ANAMNESIS**

CONDICIÓN AL INGRESO

**ANTECEDENTES PERSONALES** (MARQUE CON UNA X ESPECIFICANDO LA FECHA DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD)

**ENFERMEDAD**

**OBSERVACIONES**

<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> PERTURBACIONES EN EL OÍDO
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> PERTURBACIONES VÍAS DIGESTIVAS
<input type="checkbox"/> ÚLCERA	<input type="checkbox"/> INFECCIONES URINARIAS
<input type="checkbox"/> VENÉREAS	<input type="checkbox"/> AMNESIA
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> HEMORROIDES
<input type="checkbox"/> TUMORES	<input type="checkbox"/> PARÁLISIS
<input type="checkbox"/> FRACTURAS	<input type="checkbox"/> TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> FORUNCÓLOSIS	<input type="checkbox"/> ARTRITIS
<input type="checkbox"/> GASTRITIS	<input type="checkbox"/> DEFICIENCIA HEPÁTICA
<input type="checkbox"/> INTENTO SUICIDIO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CORONARIA
<input type="checkbox"/> SUEÑO TRANQUILO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL
<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> ADICCIÓN (ALCOHOL, NARCÓTICOS)

*Madonna*

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GARCIA YATE LEANDRO

ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE CON UNA X)

ENFERMEDAD	PRESENTA	FAMILIAR
CÁNCER		
DIABETES		
HIPERTENSIÓN		
CARDIOPATÍAS		
ALERGIAS		
ASMA		
AUTOINMUNES		
ARTRITIS		
ENFERMEDADES RENALES		
ENFERMEDADES MENTALES		

UTILIZA ANTEOJOS  
SI ☒ NO ☐

LATERALIDAD  
DIESTRO ☒ ZURDO ☐

ES UD. GEMELO  
SI ☐ NO ☒

OBSERVACIONES

ANTECEDENTE	(+) o (-)	FECHA	OBSERVACIONES
QUIRÚRGICOS	(+)		Reconstrucción tendones de la mano derecha
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIOS	(+)	DIC/94	Fractura 5 <sup>a</sup> falange del dedo índice
TRANSFUSIONALES			
ESTOMATOLÓGICOS			
PRÓTESIS FUNCIONALES			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (MUJERES)

EDAD DE LA MENARQUIA	GESTACIÓN: _____	PARTO: _____	ABORTO: _____	VIVOS: _____	CESÁREA: _____
MENSTRUACIÓN DOLOROSA SI: _____ NO: _____	MENSTRUACIÓN IRREGULAR SI: _____ NO: _____				
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	ANUAL: _____	SEMESTRAL: _____			
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA: _____					
HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA: SI: _____ NO: _____	CUAL: _____				
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: _____					

POR MI PALABRA DE HONOR DOY FE DE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO, HOSPITALES, ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD PARA QUE UTILICEN LA INFORMACIÓN PARA LOS FINES MÉDICO- LEGALES QUE CONSIDEREN CONVENIENTES

FIRMA DEL EXAMINADO

POSFIRMA DEL EXAMINADO YATE LEANDRO RODRIGUEZ GARCIA

EXAMEN CLÍNICO

ESTATURA 1.78	PESO 100 kg	PULSO 88 x	TENSIÓN ARTERIAL 120/80	TEMPERATURA 37.0
(marque con una x) FECHA DEL EXAMEN: 16/07/10				
ÓRGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES	
CÁBEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABELLUDO				
NARIZ Y SENOS				
BOCA Y GARGANTA				
OÍDOS				
OJOS				
PULMONES Y TÓRAX				
CORAZÓN Y VASOS GRANDES				
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO				
SISTEMA LINFÁTICO				
ABDOMEN Y VISCERAS				
ANO Y RECTO				
SISTEMA ENDOCRINO				
GENITO-URINARIO				
EXTREMIDADES SUPERIORES				
EXTREMIDADES INFERIORES				
COLUMNA VERTEBRAL				
PIEL Y FANERAS				
NEUROLOGÍA				
TACTO RECTAL				
TACTO VAGINAL (mujeres)				

APELLIDOS Y NOMBRES:

RODRIGUEZ GERALDO YAIR LEONOR

CONTEXTURA	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	CARA	NARIZ	BOCA
<input type="checkbox"/> OBESA <input checked="" type="checkbox"/> ROBUSTA <input type="checkbox"/> ATLÉTICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA PESO <input type="text"/> kg.	<input type="checkbox"/> REDONDO <input checked="" type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input type="checkbox"/> ALBINO <input checked="" type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> TRIGUENO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MORENO <input type="checkbox"/> AMARILLO	<input type="checkbox"/> ACNÉ <input type="checkbox"/> CICATRIZ ACNÉ <input type="checkbox"/> MANCHADA <input type="checkbox"/> PECOSA	<input type="checkbox"/> DESVIACIÓN DERECHA <input type="checkbox"/> DESVIACIÓN IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA	<input checked="" type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA

COLOR	OJOS	BARBA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BIGOTE	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MIEL <input checked="" type="checkbox"/> CAFÉS <input type="checkbox"/> GRISES <input type="checkbox"/> AZULES <input type="checkbox"/> VERDES	<input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD <input type="checkbox"/> OJO DE VIDRIO <input type="checkbox"/> FALTA OJO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> FALTA OJO DERECHO <input type="checkbox"/> DIFERENTE COLOR <input type="checkbox"/> PÁRPADO CAÍDO	<input type="checkbox"/> CAPILARIDAD <input checked="" type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADA		<input type="checkbox"/> CAPILARIDAD <input checked="" type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADO	
<input type="checkbox"/> TAMAÑO <input type="checkbox"/> GRANDES <input checked="" type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> BIZCO <input type="checkbox"/> CIEGO	<input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD <input checked="" type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	
				<input type="checkbox"/> OREJAS <input type="checkbox"/> PELUDAS <input type="checkbox"/> PERFORADA <input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA	

COLOR	CABELLO	FORMA	CALVICIE
<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input checked="" type="checkbox"/> CASTAÑO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO COLOR	<input type="checkbox"/> LADIO <input checked="" type="checkbox"/> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LANOSO <input type="checkbox"/> CRESPO	<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> CORONAL <input checked="" type="checkbox"/> FRONTO CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> BILATERAL	

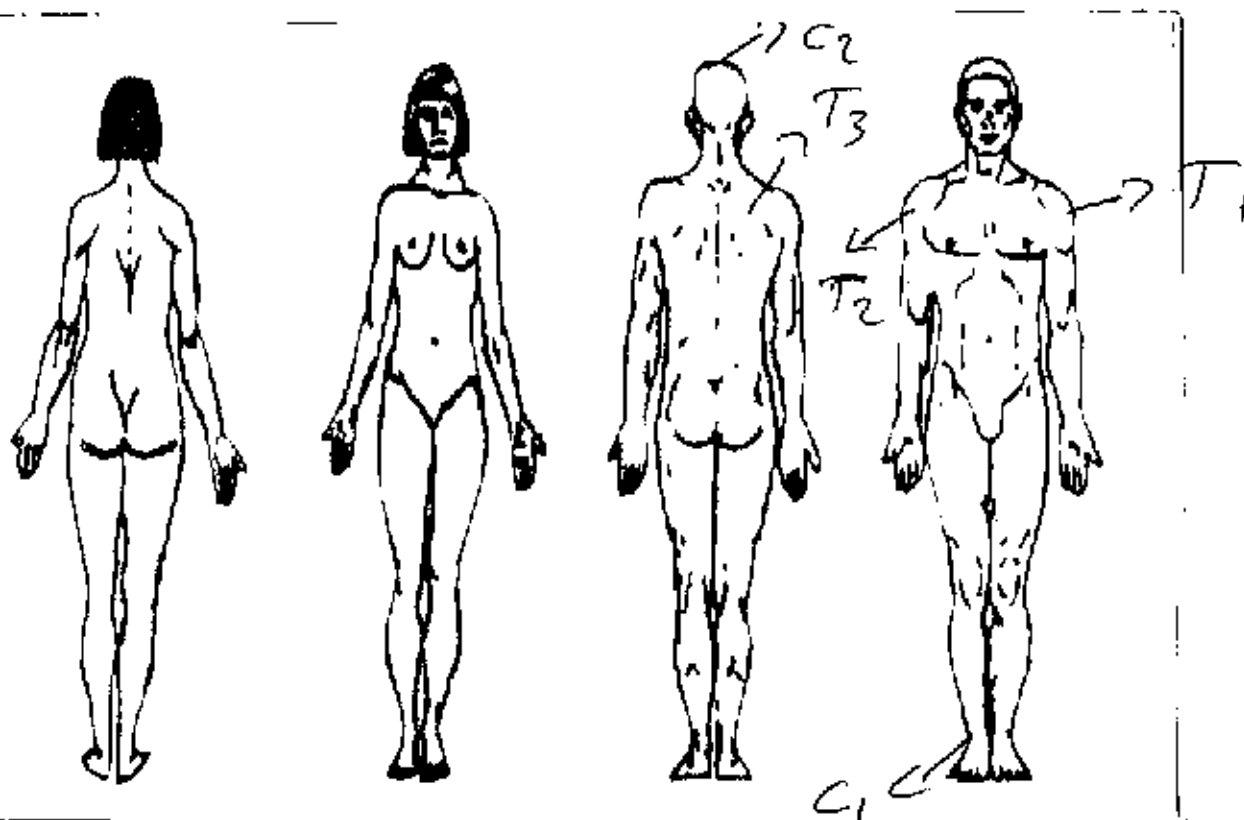
TIPO	SEÑALES PARTICULARES	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
<input type="checkbox"/> LUNARES <input type="checkbox"/> PECAS <input type="checkbox"/> MANCHAS <input type="checkbox"/> QUEMADURAS <input type="checkbox"/> TATUAJES <input type="checkbox"/> CICATRICES <input type="checkbox"/> HERIDAS CICATRIZACIÓN <input type="checkbox"/> PRÓTESIS <input type="checkbox"/> MALFORMACIONES <input type="checkbox"/> DISCAPACIDADES <input type="checkbox"/> AMPUTACIONES <input type="checkbox"/> PRESENTA ESTRÍAS <input type="checkbox"/> CALLOSIDADES <input type="checkbox"/> AUSENCIA DE UÑAS <input type="checkbox"/> VELLOSIDAD <input type="checkbox"/> FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS <input type="checkbox"/> FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOSINTESIS <input type="checkbox"/> CIRCUNCISIÓN <input type="checkbox"/> LIGADURA DE THOMPAS <input type="checkbox"/> VASECTOMÍA <input type="checkbox"/> APENDICECTOMÍA <input type="checkbox"/> NEFRECTOMÍA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	#3 espaldas y brazos #2 tobillo izquierda - herida cicatriz		negros y duros hiperemias hiperemias
	#51		sto metatarsiano 2 dento. Deformable nulo.
PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO <input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> TORNILLOS	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO	

#### DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES, EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA, ASÍ:

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GINALEO YAIR LEONARDO

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PRÓTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES
C1	Hiperemigración lineal de 1-5 cm. f. 1.6.9.4
C2	Hiperemigración de 1-5 cm. f. 1.6.9.4
T1	Forma de triángulo negro de 1-3 x 5 cm
T2	Forma de triángulo negro de 1-3 x 7 cm
T3	Forma de triángulo negro de 1-5 x 4 cm

MÉDICO ELABORÓ: ST. GONZALEZ Efrén M. 8/10/75/07

#### INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

LÍNEA DE SONRISA	TIPO DE CARA	TIPO DE CRÁNEO	PEBRL	LABIOS	ATM
ALTA	LEPTOPROSOP	DOLICOCÉFALO	✓ CONVEXO	✓ CON SELLE	CLIPPING ARTICULAR
✓ MEDIA	✓ MESOPROSOP	✓ MESOCÉFALO	CONCAVO	SIN SELLE	CREPITACIÓN
BAJA	EUPROSOP	BRAQUICÉFALO	NORMAL		✓ DOLOR
					✓ NORMAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA

AA AUSENTE ANTIGÜO ESPACIO  
AR AUSENTE RECIENTE  
CC CARIES+SUPER+G SEVERIDAD  
DC DESTRUCCIÓN CORONAL  
DL DESGASTE LEVE  
DM DESGASTE MODERADO  
DS DESGASTE SEVERO  
EP ENFERMEDAD PERIODONTAL  
FA FRACTURA ANTIGÜA+SUPERFICIE  
FR FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE  
HI HIPOPLASIA  
PG PIGMENTACIÓN  
RG RETRACCIÓN GINGIVAL  
SA SIN ALTERACIÓN  
EX EXTRUIDO  
IN INTRUIDO  
VE VERSIÓN  
RL ROTACIÓN LEVE

CE CORONA MATERIAL ESTÉTICA  
IE INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE  
IM INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE  
DE OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE  
OT OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE  
PE PARCIALMENTE ERUPCIONADO  
PI PILAR  
PF PRÓTESIS FIJA  
PO PONTICO  
PR PRÓTESIS REMOVIBLE  
PT PRÓTESIS TOTAL  
RR RESTO RADICULAR  
SF SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS  
C CERVICAL  
D DISCAL  
I INCISAL  
L LINGUAL  
M MESIAL

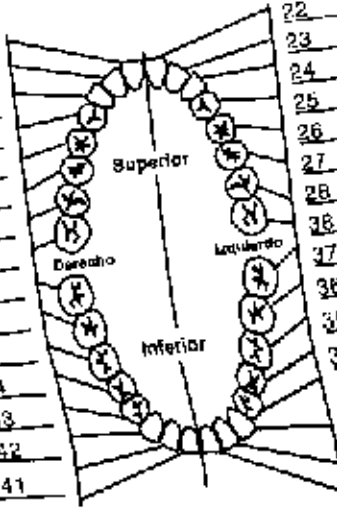
Rodriguez Giseldo Yair Leoncio

APELLIDOS Y NOMBRES:

RM ROTACIÓN MODERADA  
RS ROTACIÓN SEVERA  
CC CORONA COMPLETA  
AG AMALGAMA SUPERFICIE

O OCLUSAL  
P PALATINO  
V VESTIBULAR

DL 11  
DE + P + N 12  
DL 13  
AA 14  
DE + OMB 15  
IM + OMB 16  
SA 17  
AA 18  
AA 19  
DE + O 20  
DE + OM 21  
DE + OD 22  
AA 23  
SA 24  
DL 25  
SA 26  
DL 27



21 DL  
22 SA  
23 DI  
24 AA  
25 AG + OMB  
26 DE + OM (desadaptada)  
27 AG + P + PG + O  
28 AA  
29 AA  
30 DE + O  
31 DE + OV  
32 SA  
33 AA  
34 DL  
35 SA  
36 DL  
37 SA  
38 DL  
39 SA  
40 DL  
41 DL

EXAMEN INTRAORAL (TEJIDOS BLANDOS)

MUCOSA: Normal  
SURCO YUGAL: Normal  
FRENILLOS: Normal  
PISO DE BOCA: Normal  
PALADAR BLANDO: Normal  
ZONA RETROMOLAR: Normal

EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: Gingivitis leve generalizada por presencia de calculos

EXAMEN TEJIDOS DUROS

PALADAR BLANDO: Normal  
TORUS: NP  
MAXSUPERIOR FORMA: EnU  
MAXINFERIOR FORMA: EnU  
CLASIFICACIÓN MOLAR: Clase I  
MORDIDA CRUZADA: SI NO

TAMAÑO: Normal  
TAMAÑO: Normal  
CLASIFICACIÓN CANINA: Clase II bilateral  
MORDIDA ABIERTA: SI NO

EXAMEN CRANEOMAXILAR

LÍNEA MEDIA DENTAL: COINCIDE PARABOIDE DESVIADA DERECHA EN U DESVIADA IZQUIERDA CERRADO

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS

PRÓTESIS TOTAL, REMOVIBLES, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGÍA (VER PAG. SIGUIENTE)  
DESCRIBIR TIPO DE BRAKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

SI OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB	ABRASIÓN	AF	ABFRACCIÓN	PL	PLACA ORTOPEDIA
BR	BRAKETS	CA	CÁLCULOS	DI	DIENTE INCLUIDO
ER	EROSIÓN	AP	APIÑAMIENTO	MA	MACRODONCIA
MI	MICRODONCIA	DA	DIASTEMA	SU	SUPERNUMERARIO
TP	TALLA PREPROTÉSICA	FI	FRAGMENTO INCOMPLETO	AT	ATRICCIÓN

AA + CA + DA (entre 13 y 15 Superior - 23 y 25 Superior)

ODONTÓLOGO ELABORÓ:

RM: 001392

*[Signature]*  
C.C. 5.300.758 Bogotá  
Ortodoncia y Ortognatol  
ATA 1999

OPTOMETRÍA

OJO	VISION A DISTANCIA	REFRACCION	VISION DE CERCA
DERECHO	20/20 CORRIGE A 20'	Directa POR LENT. ESF. CLL +0.75	0.5 CORRIGE A CON N
IZQUIERDO	20/20 CORRIGE A 20'	POR LENT. ESF. CLL +0.75	CORRIGE A CON N
HETEROFORIA	ES: PRIM.DIV.	EX: up pk PRM.COM.	HIP. DCH: HIP. IZQ. P.C. 11cm P.D. 60/52
ACOMODACIÓN	100/200	VISION DE COLOR	SIN CORREGIR
DERECHO	IZQUIERDO	Normal	CON CORREC.
CAMPO VISUAL	VISION NOCTURNA	LENTE ADIO	TENSION INTRAOCULAR
normal	Normal		



APELLIDOS Y NOMBRES: Rodriguez Girdo Yar Leonor

TEST ISHIHARA (CONCEPTO): Normal al test

OPTÓMETRA: Catalina Berman S.

REGISTRO: [Signature]

Catalina Berman Santos  
OPTOMETRISTA S.  
REGISTRO No. 6791

OTOSCOPIA OÍDO DER. Normal

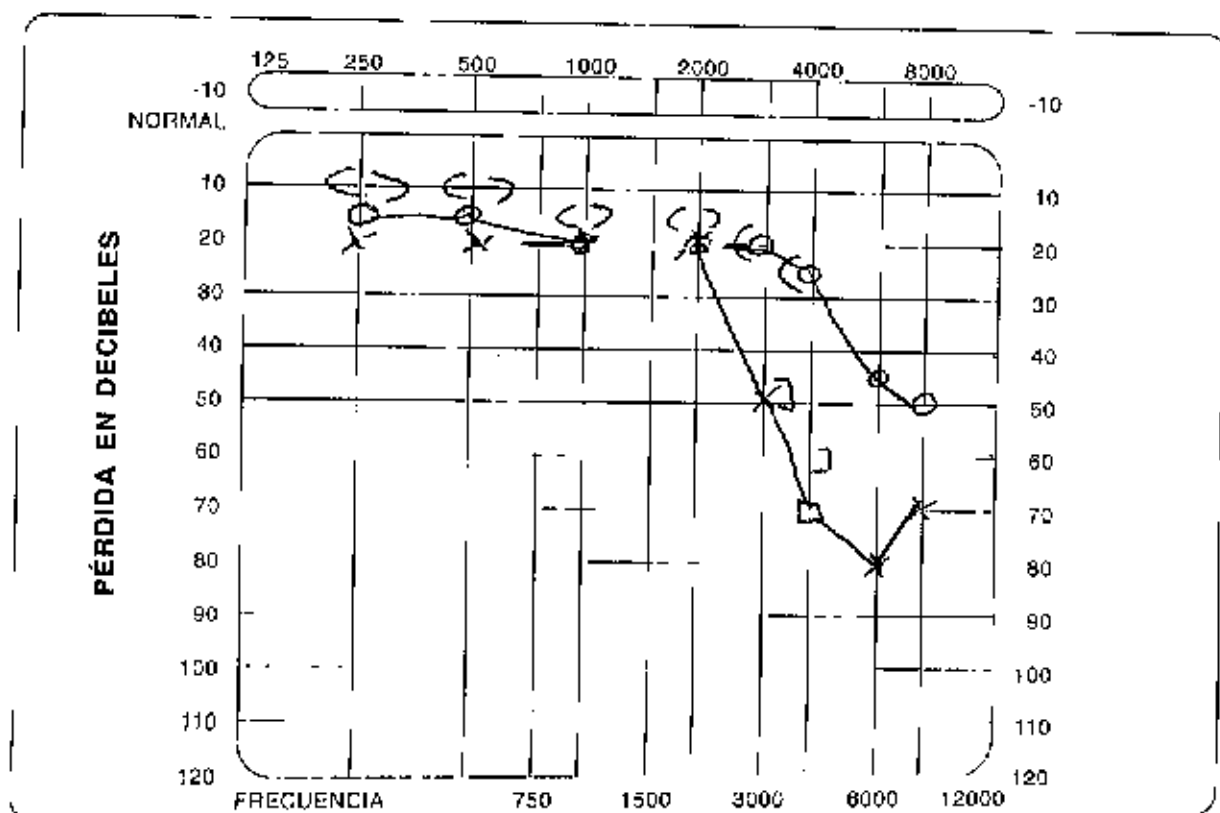
EXAMEN AUDIOLÓGICO

OÍDO IZQ. Normal

WEBER AUDIOMÉTRICO

500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz

### AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES: OD descenso leve 4000Hz modulando 6000Hz y 8000Hz.  
OI descenso moderado 4000Hz sobre 4000Hz, 6000Hz, 8000Hz.

#### CONVENCIONES

Convenciones	OD	OI
Vía aérea	○	×
Vía ósea		
Aérea con enmascaramiento	△	□

#### TIPO DE RUIDO

- \_\_\_ HELICÓPTEROS
  - \_\_\_ VEHÍCULOS PESADOS
  - \_\_\_ AVIONES NO PRESURIZADOS
  - \_\_\_ PIEZAS ODONTOLÓGICAS
  - \_\_\_ POLÍGONOS/ÁREAS DE INSTRUCCIÓN
  - \_\_\_ RUIDO DE MAQUINARIA
  - \_\_\_ COMBATE
  - \_\_\_ MOTOS
  - \_\_\_ RUIDOS SOCIALES (MP3, DISCOTECAS)
- Luz Angela Reyes Mena  
Fonoaudióloga  
11/03/15  
C.C. 52.100.065 Rm 03-02357

FONOAUDIÓLOGO: Luz Angela Reyes Mena

REGISTRO: [Signature]

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GIACOMO YATE LEANDRO

PSICOLOGÍA

REÚNE PERFIL ☒ NO REÚNE PERFIL  
JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo a la prueba de personalidad y entrevista psicológica se percibe emocionalmente estable y coherente. Esta entrevista consigo mismo, confiable, no le afectan los roles, encaja con realidad a las personas. Se considera apto.

REQUIERE VALORACIÓN ☒ NO ☐  
PSICÓLOGO: [Firma]

SI ☐ NO ☒

PSICÓLOGO:

REGISTRO: 16.755.527

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

28/07/2010 ML DISAN

3ML + 1498 / 2008.

Atendido -> Tratamiento de

por 1kg, ex 5 MTC.

NO UPTO OCL 19 = 1/5

P/SS-ATS

[Firma]  
Marta Maresca  
MEDICO LABO.  
LIS 63.614.73  
RM: 20103

CALIFICADOR: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: **MORTGUE GILLES YATA LEANDRO**

### RESEÑA DACTILOSCÓPICA

FÓRMULA DACTILOSCÓPICA PRIM. \_\_\_\_ 2 SEC. \_\_\_\_ 4 MED. \_\_\_\_ 5 MAY. \_\_\_\_ 7 FIN. \_\_\_\_ 0 CLAVE \_\_\_\_

#### MANO DERECHA

1. PULGAR



2. ÍNDICE



3. MEDIO



4. ANULAR



5. MEÑIQUE



#### MANO IZQUIERDA

1. PULGAR



2. ÍNDICE



3. MEDIO



4. ANULAR



5. MEÑIQUE



#### MANO IZQUIERDA

PULGAR PULGAR

#### MANO DERECHA



IMPRESIÓN SIMULTÁNEA



IMPRESIÓN SIMULTÁNEA

#### EXÁMENES PARACLÍNICOS

EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS  
COPIA DE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN.

EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.

EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 3 MESES. COPROLÓGICO, PARCIAL DE ORINA.

EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMESTRALMENTE CUADRO HEMÁTICO Y RECUENTO DE RETICULOCITOS.

Elaboró: Doctora Sabrina Quiroga  
Coordinadora Bioseguridad DISAN-EJC

Revisó: Teniente Coronel David Rojas Tirado  
Subdirector Médico-Asistencial DISAN-EJC

33-4563

NOME DO CLIENTE	Rafael Galdy Yari		Nº DE DOCUMENTO	79.820.553	Idade	35 ANOS
14-07-2010						

ITEM	QUANT	UNID	VALOR	TOTAL
1. Vaso	1	un	1.00	1.00
2. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
3. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
4. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
5. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
6. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
7. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
8. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
9. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
10. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
11. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
12. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
13. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
14. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
15. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
16. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
17. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
18. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
19. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
20. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
21. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
22. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
23. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
24. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
25. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
26. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
27. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
28. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
29. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
30. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
31. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
32. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
33. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
34. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
35. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
36. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
37. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
38. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
39. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
40. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
41. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
42. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
43. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
44. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
45. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
46. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
47. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
48. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
49. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
50. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
51. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
52. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
53. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
54. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
55. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
56. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
57. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
58. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
59. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
60. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
61. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
62. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
63. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
64. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
65. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
66. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
67. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
68. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
69. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
70. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
71. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
72. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
73. R. Piquete	1	un	1.00	1.00
74. R. Piquete	1	un		

[illegible]

EXAMEN FINCO PRIMARIO		EXAMEN FINCO PRIMARIO	
EXAMEN	FECHA	EXAMEN	FECHA
1. <i>Amplia</i>	10/03/00	1. <i>Amplia</i>	10/03/00
2. <i>Big Tablo</i>	10/03/00	2. <i>Big Tablo</i>	10/03/00
3. <i>1030</i>	10/03/00	3. <i>1030</i>	10/03/00
4. <i>1030</i>	10/03/00	4. <i>1030</i>	10/03/00
5. <i>1030</i>	10/03/00	5. <i>1030</i>	10/03/00
6. <i>1030</i>	10/03/00	6. <i>1030</i>	10/03/00
7. <i>1030</i>	10/03/00	7. <i>1030</i>	10/03/00
8. <i>1030</i>	10/03/00	8. <i>1030</i>	10/03/00
9. <i>1030</i>	10/03/00	9. <i>1030</i>	10/03/00
10. <i>1030</i>	10/03/00	10. <i>1030</i>	10/03/00

[illegible]

SEPTOLIA, HFS Septolia NO REACTA

# RESULTADOS

FECHA: 07/07/2010

ID : A

33-4663

Mo. SEC.: 29

STARTUP SUCCESSFUL

HORA: 10:36

## Alarm. PLT:

LEU : 7.8  $10^9/mm^3$  ( 3.5 - 10.0 )

ERI : 6.21 H  $10^9/mm^3$  ( 3.60 - 5.80 )

HB : 18.0 H g/dl ( 11.0 - 16.5 )

HTC : 36.6 H % ( 35.0 - 50.0 )

PLT : 328  $10^9/mm^3$  ( 150 - 390 )

PTC : .278 % ( .100 - .500 )

VCH : 91  $\mu m^3$  ( 80 - 97 )

HCM : 28.9 pg ( 26.5 - 33.5 )

CCMH: 31.8 g/dl ( 31.5 - 35.0 )

IDE : 13.6 % ( 10.0 - 15.0 )

VPM : 8.5  $\mu m^3$  ( 5.5 - 11.0 )

IDP : 13.8 % ( 10.0 - 18.0 )

## Alarm. LEU: L1 M2 R1

### DIFF :

%LIN: 9.3 B % ( 17.0 - 45.0 )

%MON: 12.8 H % ( 4.0 - 10.0 )

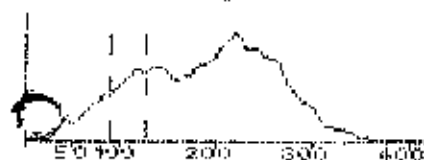
%GRA: 77.9 H % ( 43.0 - 76.0 )

#LIN: 0.7 B  $10^9/mm^3$  ( 1.2 - 3.2 )

#MON: 0.9 H  $10^9/mm^3$  ( 0.3 - 0.8 )

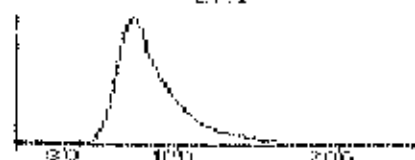
#GRA: 6.2  $10^9/mm^3$  ( 1.2 - 6.8 )

LEU



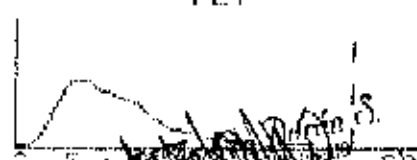
Neutrophils 60%  
Lymphocytes 34%

ERI



monocytes 4%  
eosinophils 2%

PLT



*[Handwritten signature and date]*  
2010/07/07



EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO  
FICHA MÉDICA UNIFICADA



DATOS PERSONALES

FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEONORO			SEXO M
GRADO CT	ARMA INFANTERIA	UNIDAD MILITAR BR-23	CÉDULA 79820553
FECHA DE NACIMIENTO 30 enero 1975		LUGAR DE NACIMIENTO MANIZALES - CALDAS	PROCEDENTE DE
ESTADO CIVIL SOLTERO	NOMBRE DEL CÓNYUGE	NOMBRE DE LOS PADRES	
	NÚMERO DE HIJOS 01	EDAD DE LOS HIJOS 05 años	
LUGAR DE RESIDENCIA Kra 790 H 35-90 SUR	DIRECCIÓN Kra 790 H 35-90 SUR B/ Kennedy		TELÉFONO 3104553217
EPS	ESM DONDE SE REALIZA HC		GRUPO SANGUÍNEO RH A+
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)		ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)	
ESCOLARIDAD <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA SECUNDARIA <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO		RELIGIÓN Católico	ETNIA: <u>Blanca</u> blanca, negra, meztiza, oriental, indígena

DATOS OCUPACIONALES

MOTIVO DEL EXAMEN	PROFESIÓN
MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> FECHA	
CAMBIO DE ARMA DD/MM/AA	
CARGO (ASPIRA O ACTUAL)	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO
HORAS LABORALES	
FUNCIONES DEL CARGO	EMPLEOS TENIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (fecha de retiro)
EN CUÁL PERMANECIÓ MÁS TIEMPO (MESES)	

ANAMNESIS

CONDICIÓN AL INGRESO

*Disminución de la movilidad, Fractura de falange, Fractura de húmero, Fractura de clavícula, Der. APP: Operado Apéndice, Hernia abdominal inguinal, Reconstrucción tendones peroneos PI.*

ANTECEDENTES PERSONALES (MARQUE CON UNA X ESPECIFICANDO LA FECHA DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD)

ENFERMEDAD	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ÚLCERA <input type="checkbox"/> VENÉREAS <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> TUMORES <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURAS <input type="checkbox"/> FORUNCOLOSIS <input type="checkbox"/> GASTRITIS <input type="checkbox"/> INTENTO SUICIDIO <input type="checkbox"/> SUEÑO TRANQUILO <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> PERTURBACIONES EN EL OÍDO <input type="checkbox"/> PERTURBACIONES VÍAS DIGESTIVAS <input type="checkbox"/> INFECCIONES URINARIAS <input type="checkbox"/> AMNESIA <input type="checkbox"/> HEMORROIDES <input type="checkbox"/> PARÁLISIS <input type="checkbox"/> TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> ARTRITIS <input type="checkbox"/> DEFICIENCIA HEPÁTICA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CORONARIA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL <input type="checkbox"/> ADICCIÓN (ALCOHOL, NARCÓTICOS)

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ Giraldo YSIL LEANDRO

ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE CON UNA X)

ENFERMEDAD	PRESENTA	FAMILIAR
CÁNCER		
DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Padre</u>
HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Padre</u>
CARDIOPATÍAS		
ALERGIAS		
ASMA		
AUTOINMUNES		
ARTRITIS		
ENFERMEDADES RENALES	<input checked="" type="checkbox"/> <u>(HER)</u>	<u>Padre</u>
ENFERMEDADES MENTALES		

UTILIZA ANTEOJOS  
SI ☐ NO ☒

LATERALIDAD  
DIESTRO ☒ ZURDO ☐

ES UD. GEMELO  
SI ☐ NO ☒

OBSERVACIONES

ANTECEDENTE	(+) o (-)	FECHA	OBSERVACIONES
QUIRÚRGICOS			
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIOS			
TRANSFUCIONALES			
ESTOMATOLÓGICOS			
PRÓTESIS FUNCIONALES			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (MUJERES)

EDAD DE LA MENARQUIA	GESTACIÓN: _____	PARTO: _____	ABORTO: _____	VIVOS: _____	CESÁREA: _____
MENSTRUACIÓN DOLOROSA SI: _____ NO: _____	MENSTRUACIÓN IRREGULAR SI: _____ NO: _____		SEMESTRAL: _____		
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	ANUAL: _____				
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA: _____	CUÁL: _____				
HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA: _____	SI: _____ NO: _____				
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN: _____					

POR MI PALABRA DE HONOR DOY FE DE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO, HOSPITALES, ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD PARA QUE UTILICEN LA INFORMACIÓN PARA LOS FINES MÉDICO- LEGALES QUE CONSIDEREN CONVENIENTES

FIRMA DEL EXAMINADO [Firma]

POSFIRMA DEL EXAMINADO YSIL LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO

EXAMEN CLÍNICO

ESTATURA <u>1.80</u>	PESO <u>98Kg</u>	PULSO <u>66x'</u>	TENSIÓN ARTERIAL <u>120/80.</u>	TEMPERATURA _____
----------------------	------------------	-------------------	---------------------------------	-------------------

(marque con una x) FECHA DEL EXAMEN:	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
ÓRGANO O SISTEMA			
CABEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABELLUDO	<input checked="" type="checkbox"/>		
NARIZ Y SENOS	<input checked="" type="checkbox"/>		
BOCA Y GARGANTA	<input checked="" type="checkbox"/>		
OÍDOS	<input checked="" type="checkbox"/>		
OJOS	<input checked="" type="checkbox"/>		
PULMONES Y TÓRAX	<input checked="" type="checkbox"/>		
CORAZÓN Y VASOS GRANDES	<input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA LINFÁTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
ABDOMEN Y VISCERAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
ANO Y RECTO	<input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA ENDOCRINO	<input checked="" type="checkbox"/>		
GENITO-URINARIO	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXTREMIDADES SUPERIORES	<input checked="" type="checkbox"/>		
EXTREMIDADES INFERIORES	<input checked="" type="checkbox"/>		
COLUMNA VERTEBRAL	<input checked="" type="checkbox"/>		
PIEL Y FANERAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
NEUROLOGÍA	<input checked="" type="checkbox"/>		
TACTO RECTAL			
TACTO VAGINAL (mujeres)			

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ Gualco YAIR LEANDRO

CONTEXTURA	CARA				
	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input checked="" type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> ROBUSTA <input type="checkbox"/> ATLÉTICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA PESO <u>    </u> kg.	<input checked="" type="checkbox"/> REDONDO <input type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input type="checkbox"/> ALBINO <input checked="" type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> TRIGUEÑO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MORENO <input type="checkbox"/> AMARILLO	<input type="checkbox"/> ACNÉ <input type="checkbox"/> CICATRIZ ACNÉ <input type="checkbox"/> MANCHADA <input type="checkbox"/> PECOSA	<input type="checkbox"/> DESVIACIÓN DERECHA <input type="checkbox"/> DESVIACIÓN IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA	<input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> MEDIANA <input checked="" type="checkbox"/> PEQUEÑA

OJOS		BARBA	BIGOTE
<b>COLOR</b> <input type="checkbox"/> MIEL <input type="checkbox"/> CAFÉS <input type="checkbox"/> GRISES <input type="checkbox"/> AZULES <input type="checkbox"/> VERDES  <b>TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/> GRANDES <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input checked="" type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<b>PARTICULARIDAD</b> <input type="checkbox"/> OJO DE VIDRIO <input type="checkbox"/> FALTA OJO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> FALTA OJO DERECHO <input type="checkbox"/> DIFERENTE COLOR <input type="checkbox"/> PÁRPADO CAÍDO  <input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> BIZCO <input type="checkbox"/> CIEGO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>CAPILARIDAD</b> <input type="checkbox"/> POBLADA <input checked="" type="checkbox"/> DESPOBLADA  <b>PARTICULARIDAD</b> <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>CAPILARIDAD</b> <input checked="" type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADO  <b>PARTICULAR</b> <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO  <b>OREJAS</b> <input type="checkbox"/> PELUDAS <input type="checkbox"/> PERFORADA <input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA

COLOR	CABELLO	CALVICIE
<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> CASTAÑO <input type="checkbox"/> ROJIZO <input checked="" type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO COLOR	<b>FORMA</b> <input type="checkbox"/> LACIO <input checked="" type="checkbox"/> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LANOSO <input type="checkbox"/> CRESPO	<input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTO CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> BILATERAL

SEÑALES PARTICULARES			
TIPO	SI	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
LUNARES			
PECAS			
MANCHAS			
QUEMADURAS			
TATUAJES	X	brazo der y tam I Izq. y Peron Escap. Der. Epigastrio Una media abd, brazo derecho.	
CICATRICES	X		
HERIDAS CICATRIZACIÓN			
PRÓTESIS			
MALFORMACIONES			
DISCAPACIDADES			
AMPUTACIONES			
PRESENTA ESTRÍAS			
CALLOSIDADES			
AUSENCIA DE UÑAS			
VELLOSIDAD			
FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS			
FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOSINTESIS			
CIRCUNCISIÓN			
LIGADURA DE TROMPAS			
VASECTOMÍA			
APENDICECTOMÍA			
NEFRECTOMÍA			

PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO ☐ TORNILLÓS ☐ PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO

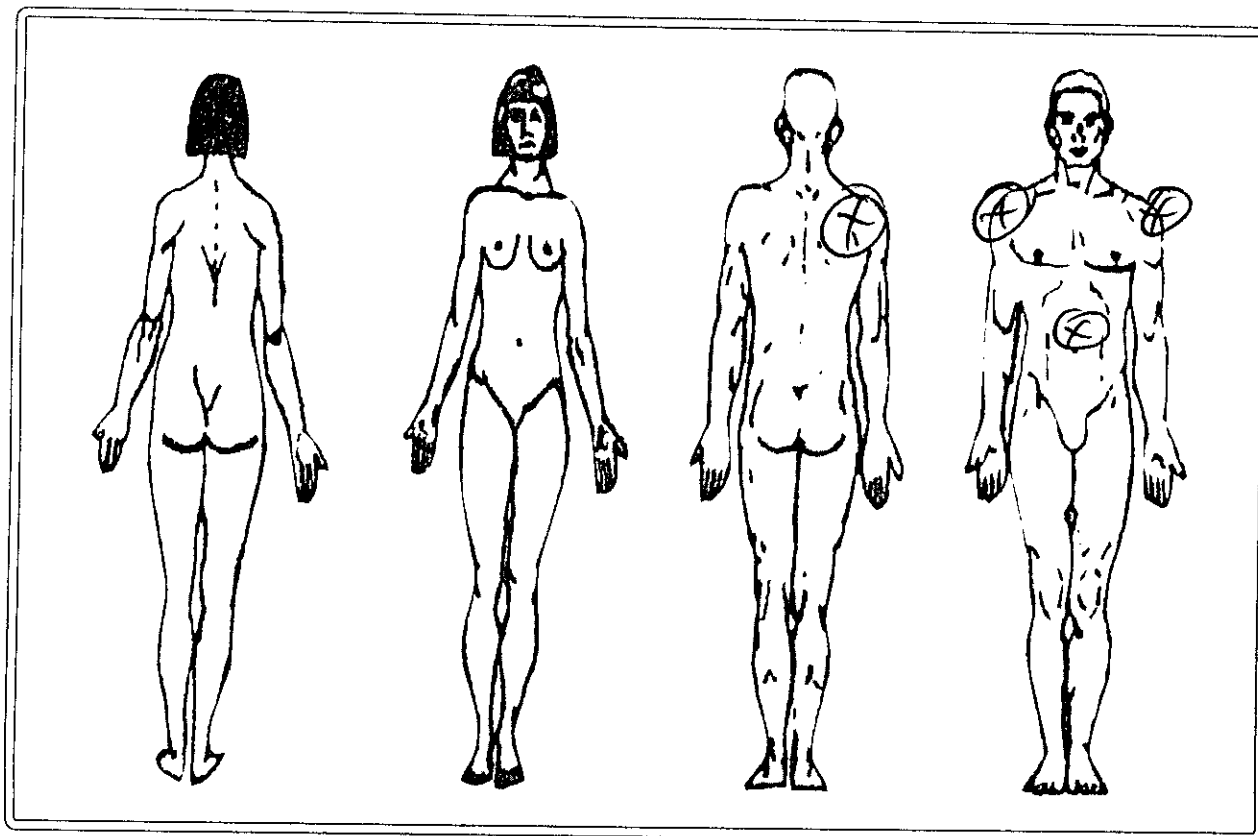
DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES, EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA, ASÍ:



APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GIJALDO YATA LEANDRO

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PRÓTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES
T.	1) Brazo Derecho 2) Brazo Izquierdo 3) Remarcap Derecho
C.	Carácter Único medio

MÉDICO ELABORÓ: \_\_\_\_\_

**RM:**

### INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

LÍNEA DE SONRISA	TIPO DE CARA	TIPO DE CRÁNEO	PERFIL	LABIOS	ATM
<input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> LEPTOPROSOPO <input checked="" type="checkbox"/> MESOPROSOPO <input type="checkbox"/> EURIPROSOPO	<input type="checkbox"/> DOLICOCÉFALO <input checked="" type="checkbox"/> MESOCÉFALO <input type="checkbox"/> BRAQUICÉFALO	<input type="checkbox"/> CONVEXO <input type="checkbox"/> CÓNCAVO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> CON SELLE <input type="checkbox"/> SIN SELLE	<input type="checkbox"/> CLICKING ARTICULAR <input type="checkbox"/> CREPITACIÓN <input type="checkbox"/> DOLOR <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL

**CONVENCIONES:** LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA

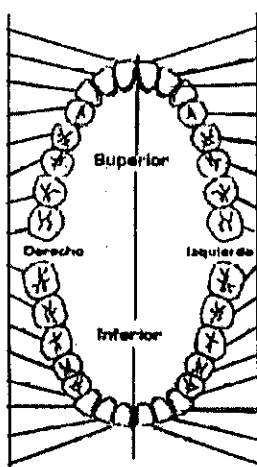
AA	AUSENTE ANTIGÜO ESPACIO
AR	AUSENTE RECIENTE
CC	CARIES+SUPER+G SEVERIDAD
DC	DESTRUCCIÓN CORONAL
DL	DESGASTE LEVE
DM	DESGASTE MODERADO
DS	DESGASTE SEVERO
EP	ENFERMEDAD PERIODONTAL
FA	FRACTURA ANTIGÜA+SUPERFICIE
FR	FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE
HI	HIPOPLASIA
PQ	PIGMENTACIÓN
RG	RETRACCIÓN GINGIVAL
SA	SIN ALTERACIÓN
EX	EXTRUIDO
IN	INTRUIDO
VE	VERSIÓN
RL	ROTACIÓN LEVE

CE	CORONA MATERIAL ESTÉTICA
IE	INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
IM	INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE
OE	OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
OT	OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE
PE	PARCIALMENTE ERUPCIONADO
PI	PILAR
PF	PRÓTESIS FIJA
PO	PONTICO
PR	PRÓTESIS REMOVIBLE
PT	PRÓTESIS TOTAL
RR	RESTO RADICULAR
SF	SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS
C	CERVICAL
D	DISCAL
I	INCISAL
L	LINGUAL
M	MESIAL

RM	ROTACIÓN MODERADA
RS	ROTACIÓN SEVERA
CC	CORONA COMPLETA
AG	AMALGAMA+SUPERFICIE

O	OCLUSAL
P	PALATINO
V	VESTIBULAR

AG	AMALGAMA+SUPERFICIE	
	JA	11
	JA	12
	JA	13
	AA	14
	OOO	15
	Ag O	16
	JA	17
	AA	18
		48
	OOO	47
	OOO	46
	OOO	45
	AA	44
	JA	43
	JA	42
	JA	41



21  $\text{AD}$   
22  $\text{AD}$   
23  $\text{AD}$   
24  $\text{AD}$   
25  $\text{AD}$   
26  $\text{OEO}$   
27  $\text{OEP}$   
28  $\text{AD}$   
38  $\text{AD}$   
37  $\text{CT}$   
36  $\text{OEO}$   
35  $\text{OEO}$   
34  $\text{AD}$   
33  $\text{AD}$   
32  $\text{AD}$   
31  $\text{AD}$

JICOSA: Norma  
 SURCO YUGAL: Norma  
 FRENILLOS: Norma  
 PISO DE BOCA: Norma  
 PALADAR BLANDO: Norma  
 ZONA RETROMOLAR: Norma  
 EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: Gingivitis

PALADAR BLANDO: Normal  
TORUS: No  
MAXSUPERIOR FORMA: Normal  
MAXINFERIOR FORMA: Normal  
CLASIFICACIÓN MOLAR: I  
MORDIDA CRUZADA: SI    NO X  
OBSERVACIONES:

TAMAÑO: Normal  
TAMAÑO: Normal  
CLASIFICACIÓN CANINA:  
MORDIDA ABIERTA:

HALLAZGO: Normal  
HALLAZGO: Normal

LÍNEA MEDIA DENTAL \_\_\_\_\_COINCIDE  
PALADAR \_\_\_\_\_PARABOIDE

~~X~~ DESVIADA DERECHA  
~~X~~ EN U

\_\_\_ DESVIADA IZQUIERDA  
\_\_\_ CERRADO

PRÓTESIS TOTAL, REMOVIBLES, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGÍA (VER PAG. SIGUIENTE)

ESCRIBIR TIPO DE BRAKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

¿ OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB	ABRASIÓN
BR	BRACKETS
ER	EROSIÓN
MI	MICRODONCIA
TP	1 TALLA PREPROTÉSICA

AF	ABFRACCIÓN
CA	CÁLCULOS
AP	APIÑAMIENTO
DA	DIASTEMA
FI	FRAGMENTO INCOMPLETO

PL	PLACA ORTOPEDIA
DI	DIENTE INCLUIDO
MA	MACRODONCIA
SU	SUPERNUMERARIO
AT	ATRICCIÓN

ODONTÓLOGO ELABORÓ

RM: \_\_\_\_\_

## OPTOMETRÍA

OJO	VISIÓN A DISTANCIA	REFRACCIÓN	VISIÓN DE CERCA
DERECHO	20/20 CORRIGE A 20/	POR LENT. ESF. CLL <i>Neutro</i>	CORRIGE A CON <i>0.5H</i>
IZQUIERDO	20/20 CORRIGE A 20/	POR LENT. ESF. CLL <i>Neutro</i>	CORRIGE A CON <i>0.5H</i>
HETEROFORIA	ES: <i>Normal</i> EX: <i>Normal</i>		HIP. DCH. <i>N</i> HIP. IZQ. <i>N</i>
	PRIM.DIV. <i>Normal</i> PRM.COM. <i>Normal</i>		P.C. <i>10mm</i> P.D. <i>67/67</i>
ACOMODACIÓN	<i>Normal</i>	VISIÓN DE COLOR	PERCEPCIÓN PROFUNDIDAD
DERECHO	IZQUIERDO	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>
			SIN CORREGIR <i>Opticamente</i>
			CON CORREC. <i>Normal</i>
CAMPO VISUAL	VISIÓN NOCTURNA	LENTE ROJO	TENSIÓN INTRAOCULAR
<i>Normal</i>	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>	<i>Normal</i>

APELLIDOS Y NOMBRES: Rodriguez Giraldo yair leandro

TEST ISHIHARA (CONCEPTO): Normal Paciente ópticamente  
Normal

Claudia María Viquez G.  
Optometrista Universidad de la Salle  
Reg. 1029

OPTÓMETRA: Claudia Viquez G. REGISTRO: 1769

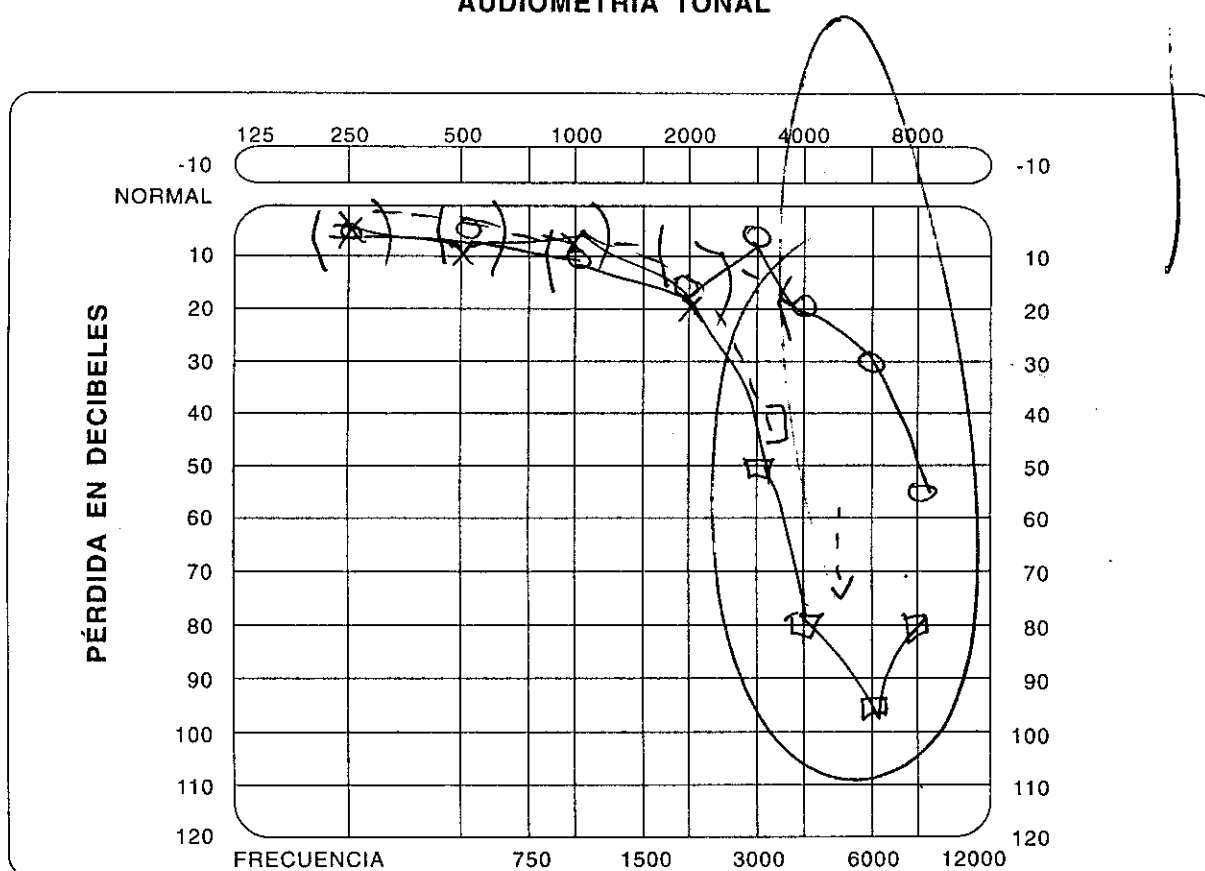
### EXAMEN AUDIOLÓGICO

OTOSCOPIA OÍDO DER. Normal OÍDO IZQ. Normal

### WEBER AUDIOMÉTRICO

500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz
<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

### AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES: Hipoacusia Neurosensorial bilateral de  
frecuencias agudas

### CONVENCIONES

Convenciones	OD	OI
	Rojo	Azul
Vía aérea	<u>○</u>	<u>X</u>
Vía ósea	<u>[</u>	<u>]</u>
Aérea con enmascaramiento	<u>△</u>	<u>□</u>

Mónica Villafañe C.  
FONOAUDIÓLOGA  
REG. No. 017 S.S.S.N.

### TIPO DE RUIDO

- ☐ HELICÓPTEROS
- ☐ VEHÍCULOS PESADOS
- ☐ AVIONES NO PRESURIZADOS
- ☐ PIEZAS ODONTOLÓGICAS
- ☐ POLÍGONOS/ÁREAS DE INSTRUCCIÓN
- ☐ RUIDO DE MAQUINARIA
- ☐ COMBATE
- ☐ MOTOS
- ☐ RUIDOS SOCIALES (MP3, DISCOTECAS)

FONOAUDIÓLOGO: Mónica Villafañe C. REGISTRO: 017  
FONOAUDIÓLOGA  
REG. No. 017 S.S.S.N.

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GERALDO YAIR LEONORO

PSICOLOGÍA

REÚNE PERFIL SI NO REÚNE PERFIL  
JUSTIFICACIÓN:

Oficial Evaluado como requisito para ascenso. Resultado del inventario al momento muestran padecimientos de Nerviosidad

REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA Vanessa A. Rosero Reyes SI NO X

PSICÓLOGO: My. Yamira Rosero R REGISTRO: 30741644  
Psicóloga BR-23-  
MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

06-ABR 2010

MI DIAN-

Tiene en el SIML JML No 1198 / 08 Oct / 198 x Ottopedia x  
1- Dolor cuello de pie 179, sin limitación de movimientos, 2- Codo  
Dxco doloroso 5 MTC. mano D. IPP. NO APTO. DL: 19%.

DI OSS ATS

NOTA: Se dio Aptitud para cambio de guardia en Octubre / 2008.

Dr. Nelly M. López  
MEDICO GENERAL  
R.M. 2543622000






CALIFICADOR: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_






APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

RESEÑA DACTILOSCÓPICA


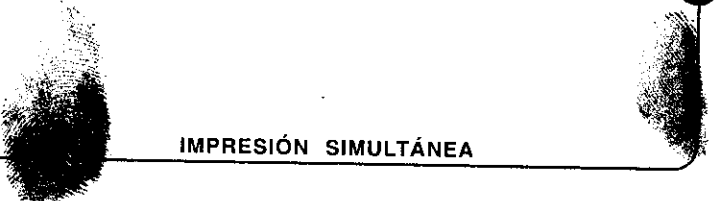
FÓRMULA DACTILOSCÓPICA PRIM \_\_\_\_\_ 2 SEC \_\_\_\_\_ 4 MED \_\_\_\_\_ 5 MAY \_\_\_\_\_ 7 FIN \_\_\_\_\_ 0 CLAVE \_\_\_\_\_

MANO DERECHA				
1. PULGAR	2. ÍNDICE	3. MEDIO	4. ANULAR	5. MEÑIQUE
				

MANO IZQUIERDA				
1. PULGAR	2. ÍNDICE	3. MEDIO	4. ANULAR	5. MEÑIQUE
				

MANO IZQUIERDA		MANO DERECHA	
PULGAR		PULGAR	
			
IMPRESIÓN SIMULTÁNEA		IMPRESIÓN SIMULTÁNEA	

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:  
COPIA DE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN.  
EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.  
EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 3 MESES, COPROLÓGICO, PARCIAL DE ORINA.  
EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMESTRALMENTE CUADRO HEMÁTICO Y RECUENTO DE RETICULOCITOS.

Elaboró: Doctora Sabrina Quiroga  
Coordinadora Bioseguridad DISAN-EJC

Revisó: Teniente Coronel David Rojas Tirado  
Subdirector Médico-Asistencial DISAN-EJC

# INVENTARIO CLINICO MINIMULT.

Nombre YAIR LEONARDO RODRIGUEZ GIRAULO Unidad BR-23 Fecha 13-03-2010 Edad 35 años

MINIMULT.				L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
1.	Tiene usted buen apetito	SI	NO				N	N	N					
2.	Se levanta por las mañanas descansado y como nuevo	SI	NO				N	N	N			N		
3.	Hay muchas cosas que resultan interesantes en su vida diaria	SI	NO					N	N	N		N	N	
4.	Trabaja usted bajo una tensión muy grande	SI	NO					S						S
5.	De vez en cuando piensa cosas demasiado malas, para hablar de ellas	SI	NO								S	S	S	
6.	Sufre de estreñimiento	SI	NO				S	S						
7.	A veces ha deseado muchísimo abandonar el hogar	SI	NO							S			S	S
8.	Tiene a veces exceso de risa y de llanto que no puede controlar	SI	NO								S	S	S	S
9.	Sufre ataques de náuseas o vómito	SI	NO		S		S	S	S					
10.	Cree que nadie parece comprenderle	SI	NO							S	S		S	
11.	Siente a veces deseos de maldecir	SI	NO	N		N		N	N					
12.	Tiene a menudo pesadillas nocturnas	SI	NO		S									
13.	Le cuesta bastante trabajo concentrarse en una tarea o trabajo	SI	NO					S	S	S		S	S	
14.	Ha tenido usted experiencias peculiares y extrañas	SI	NO											
15.	Habría tenido más éxito, si los demás no la hubieran tomado consigo	SI	NO											
16.	Cuando usted era joven participó en algún tiempo en pequeños robos	SI	NO											
17.	Ha pasado usted períodos de días, semanas o meses en que no podía preocuparse de las cosas porque no tenía ánimo para nada	SI	NO					S				S	S	
18.	Su sueño es irregular y desasosegado	SI	NO				S	S	S					
19.	Cuando está con gente le molesta escuchar cosas muy curiosas	SI	NO		S									
20.	Es apreciado por la mayor parte de la gente que lo conoce	SI	NO		N									
21.	Ha menudo ha recibido ordenes de alguien que no sabía tanto como usted	SI	NO											
22.	Le gustaría ser tan feliz, como parecen ser los otros	SI	NO					S		S		S		
23.	Piensa que la mayoría de la gente exagera sus desgracias, para lograr la simpatía y la ayuda de los demás	SI	NO			N			N					
24.	Se enfada algunas veces	SI	NO	N	N									
25.	Le falta a usted confianza en sí mismo	SI	NO					S				S		
26.	Tiene molestias a causa de calambres o espasmos musculares	SI	NO				S		S				S	
27.	Le parece haber hecho algo malo o erróneo la mayor parte del tiempo	SI	NO											
28.	Es feliz la mayor parte del tiempo	SI	NO											
29.	Hay algunas personas tan mandonas, que le dan ganas de hacer lo contrario de lo que quieren aunque sepa que tienen la razón	SI	NO											
30.	Cree que se trama algo contra usted	SI	NO		S									
31.	Cree que la mayoría de la gente utilizará medios algo injustos para obtener un beneficio	SI	NO			N			N					
32.	Tiene frecuentes trastornos digestivos	SI	NO				S							
33.	Frecuentemente ha estado mal humorado sin saber por qué	SI	NO											
34.	A veces su pensamiento ha ido más rápido que sus palabras	SI	NO											
35.	Cree que su vida hogareña, es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conoce	SI	NO											
36.	Siente a veces que es verdaderamente un inútil	SI	NO											
37.	Durante los últimos años, ha estado sano casi siempre	SI	NO											
38.	Ha tenido épocas durante las cuales, ha realizado actividades que luego no ha recordado	SI	NO		S									
39.	Cree que frecuentemente ha sido castigado sin razón	SI	NO								S		S	S
40.	Se ha sentido alguna vez mejor que ahora	SI	NO				S		S	S				
41.	Se preocupa por lo que los demás piensan de usted	SI	NO				S		S	S				
42.	Está bien de memoria	SI	NO						N			N	N	
43.	Le cuesta empezar una conversación, cuando conoce a alguien por primera vez	SI	NO											
44.	Se siente débil la mayor parte del tiempo	SI	NO				S	S	S			S		
45.	Tiene dolor de cabeza	SI	NO				S		S					
46.	Ha tenido dificultades, para mantener el equilibrio al andar	SI	NO											
47.	Le agradan todas las personas que conoce	SI	NO											
48.	Alguien está intentando aprovecharse de sus ideas	SI	NO		S									
49.	Le gustaría no ser tan tímido	SI	NO											
50.	Cree que sus pecados son imperdonables	SI	NO		S									
51.	Frecuentemente se encuentra preocupándose por algo	SI	NO									S		
52.	Han puesto a menudo sus padres reparos a la gente que frecuentaba	SI	NO							S				
53.	A veces chismorrean un poco	SI	NO	N										
54.	A veces se siente capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad	SI	NO											
55.	Nota palpitaciones o se le corta la respiración	SI	NO				S							
56.	Se encoleriza fácilmente aunque se le pasa pronto	SI	NO											
57.	Tiene períodos de desasosiego en que no puede estar sentada mucho tiempo en una silla	SI	NO											
58.	Sus padres y familiares le encuentran más defectos de los que tiene	SI	NO		S									
59.	Cree que nadie se preocupa por lo que le sucede a los demás	SI	NO		N									
60.	Culpa a una persona si se aprovecha de otra que se expone a ella	SI	NO											
61.	A veces está lleno de energías	SI	NO		N	N								
62.	Su vista es ahora tan buena como lo ha sido antes	SI	NO				N		N					
63.	Nota frecuentemente que le zumban los oídos	SI	NO				S				S		S	
64.	Ha sentido alguna vez que lo han obligado a hacer algo, hipnotizándolo	SI	NO		S						S		S	
65.	Ha tenido épocas en las que se sentía más animoso que de costumbre sin que existiese una razón especial	SI	NO			N		N		N				
66.	Incluso cuando está con gente se siente solo la mayor parte del tiempo	SI	NO								S	S	S	
67.	Piensa que casi todo el mundo diría una mentira para evitar problemas	SI	NO			N								
68.	Es más sensible que la mayoría de la gente	SI	NO											
69.	A veces su mente parece trabajar más despacio que de costumbre	SI	NO											
70.	Le decepciona la gente con frecuencia	SI	NO											
71.	Ha abusado de bebidas alcohólicas	SI	NO		S						S			

Total

31613834225

Concepto:

Favorable: Si.

No Favorable: \_\_\_\_\_

Oficial evaluado.  
para ascenso.

Resultados al  
momento cuestion

Parámetros de  
Veracidad.

K	0.5 k	0.4 k	0.2 k	PD	L	F	K	1 HS	2 D	3 HI	4 DP	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA
30	15	12	6	0	2	2	4	2	13	10	0	5	2	2	8
29	15	12	6	1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
28	14	11	6	2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
27	14	11	5	3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
26	13	10	5	4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
25	13	10	5	5	12	14	11	12	22	18	18	14	13	15	17
24	12	10	5	6	16	16	13	14	24	19	20	15	16	18	18
23	12	9	5	7	18	18	14	16	26	21	21	17	18	21	20
22	11	9	5	8	21	21	15	18	28	22	23	19	20	24	22
21	11	8	4	9	23	23	17	20	27	24	25	21	23	26	24
20	10	8	4	10	25	25	18	22	31	25	26	22	25	29	25
19	10	8	4	11	28	28	20	23	33	27	28	24	27	32	27
18	9	7	4	12	30	30	21	25	35	29	30	26	30	35	29
17	9	7	3	13	33	33	23	27	38	30	32	28	32	37	
16	8	6	3	14	35	35	24	29	39	32	33	29	34	40	
15	8	6	3	15	37	37	26		40	33	35		37	43	
14	7	6	3	16			27		42	35	37		39	46	
13	7	5	3	17					44	36	39			48	
12	6	5	2	18					46	38	40			51	
11	6	4	2	19					48	40				54	
10	5	4	2	20					50	41				57	
9	5	4	2	21						43					
8	4	3	2	22						44					
7	4	3	1	23						46					
6	3	2	1	24						47					
5	3	2	1	25						49					
4	2	2	1												
3	2	2	1												
2	1	1	0												
1	1	1	0	Total											

3-1-6-1-88-34-2-2.5

120	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
115	VARON				45			30	55		
110				35		50	45			65	
105					40				50	50	40
100						45	40	25			
95				30	36				46		36
90						40				46	
85			30	25		35	35	20	40	40	30
80					30						
75		15	26			30	30		35		
70	10			20	25			15		30	25
65		10	20			25	25		30		
60											
55		5	15	15	20	20	20	10	25	25	
50						15					
45		0	10	10	15		15	5	20	20	15
40											
35	0		5	5	10		10			15	10
30									15		
25			0						10	10	
20				0							5
0											
	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9

8 4 13 4 18 12 14 12 6 7 17  
7 5 13 13 3  
11 A9 19 20 20

My. Juan Carlos  
Psicólogo  
Bl 23.

Juan A. Rosero Reyes  
Oficial Psiquiatra  
Ejército Nacional  
CM

**EJERCITO NACIONAL  
VIGÉSIMA TERCERA BRIGADA  
BATALLÓN DE INFANTERÍA No. 9 "BATALLA DE BOYACÁ"**

**RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

NOMBRE DEL PACIENTE <b>Yair Leandro Rodriguez</b>		No. DE IDENTIFICACION <b>79820553</b>	EDAD <b>35</b>
FECHA <b>11/Marzo/10</b>	No. CONSECUTIVO <b>1108</b>	Consulta <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/>	

HEMATOLOGIA					
EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REF.	EXAMEN	RESULTADOS	OTROS
Hematocrito	32	%	V.S.G.		PT Seg CN Seg
Hemoglobina	12	gr/dl	R. Plaquetas	320.000	
Leucocitos	9500	mm³	Reticulocitos		PTT Seg CN Seg
DIFERENCIAL			Grupo Sanguíneo		
Neutrófilos	72	%	Factor RH		
Linfocitos	27	%	Hemoparásitos		
Eosinófilos	1	%	MORFOLOGIA GLOBULAR		
Monocitos		%			
Basófilos		%			
Cayados		%			

Dr. E. J. GARCIA

2015-05-24

*Dr. DEL ROSARIO  
F. 44153594  
S.S.O.*

QUÍMICA SANGUÍNEA					
EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REF.	EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REF.
Acido úrico		mg/dl	Glicemia Basal	<b>114</b>	75 - 110 mg/dl
Bilirrubina Total		mg/dl	Glicemia post prandial		75 - 110 mg/dl
Bilirrubina Directa		mg/dl	Glicemia 4 p.m.		
Bilirrubina Indirecta		mg/dl	Creatinina	<b>1.1</b>	0,5 - 1,2 mg/dl
Colesterol HDL		mg/dl	Nitrógeno Ureico		5 - 25 mg/dl
Colesterol LDL		mg/dl	Transaminasas GOT (AST)		10 - 42 U/L
Colesterol Total		mg/dl	Transaminasas GPT (ALT)		10 - 37 U/L
Triglicéridos		mg/dl	Fosfatasa Alcalina		U/L

*Dr. DEL ROSARIO  
F. 44153594  
S.S.O.*

UROANÁLISIS						
EXAMEN FISICO QUIMICO				SEDIMENTO URINARIO		OBSERVACIONES
EXAMEN	RESULTADOS	EXAMEN	RESULTADOS	EXAMEN	RESULTADOS	
Color	Amarillo	Bilirrubina	—	Leucocito	2-4 XC	<div>Dr. DE VOS FLORES BASE 1000000 Bacterias E.S.O.</div>
Aspecto	Transpar	Urobilinógeno	0.2 mg/dl	Hematies	0-2 XC	
pH	5.5	Leucocitos	—	Células Epiteliales	0-2 XC	
Densidad	1.030	Nitritos	—	Cilindros		
Sangre	—	Proteínas	—	Cristales		
Glucosa	—			Moco		
Cetonas	—			Bacterias	+	
OBSERVACIONES						

*Dr. DEL ROSARIO  
F. 44153594  
S.S.O.*

FLUJO VAGINAL					
EXAMEN DIRECTO - FRESCO			COLORACION DE GRAM		
Células guía	Ausente <input type="checkbox"/>	Presentes <input type="checkbox"/>	Flora predominante		
Trichomonas Vaginales	Ausente <input type="checkbox"/>	Presentes <input type="checkbox"/>	Flora Normal		
Levaduras	Ausente <input type="checkbox"/>	Presentes <input type="checkbox"/>			
Pseudomicelios	Ausente <input type="checkbox"/>	Presentes <input type="checkbox"/>			
Reacción leucocitaria	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	PMN 0-1 XC <input type="checkbox"/> G-10 XC <input type="checkbox"/> >10 XC <input type="checkbox"/>		
		Markada <input type="checkbox"/>	Observaciones		



PARASITOLOGIA		
Color _____	Consistencia _____	pH _____
Azúcares reductores _____	Sangre oculta _____	

EXAMEN PARASITOLOGICO			
Almidones		Restos vegetales	
Fibras Musculares		Levaduras	
Grasas Neutras		Leucocitos	
Flora bacteriana		Hematies	
Cristales			

**OBSERVACIONES:**

INMUNOLOGIA		
EXAMEN	RESULTADOS	OBSERVACIONES
VDRL		
Prueba de Embarazo		
Antiestreptolisina		
Proteina C reactiva		
Factor R.A		
HBags		
VIH		

## OTROS - EXAMENES

[illegible]

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL**



**VIGESIMOTERCERA BRIGADA**

No. **03 05 4** /MDN-CGFM-CE-DIV03-BR23-B1

San Juan de Pasto, 16 de Marzo de 2010

Señor Coronel  
**ALEXANDER CARMONA MENDIETA**  
DIRECTOR DE SANIDAD EJERCITO  
MEDICINA LABORAL  
Bogotá

**ASUNTO** : Envío Ficha Medica ✓

Con toda atención envió a Señor Coronel Director de Sanidad Ejercito Sección Medicina Laboral la Ficha médica de un señor Oficial considerado para ascenso en el mes de Junio de 2010, el cual se encuentra completamente diligenciado así:

**1 CT INF. RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CM.79820553 CBR23**

Cordialmente.

POR ORDEN  
Brigadier General **ELIECER PINTO GARZON**  
Comandante Vigésimotercera Brigada

  
Coronel **NÉSTOR SÁNCHEZ AGUIRRE**  
Jefe de Estado Mayor y Segundo Comandante Vigésimotercera Brigada

**Anexo:** (01) Ficha Médica 07 FOLIOS.

ELABORO: SV PARADA

REVISÓ: MY MONTENEGRO

**"EFICIENCIA CON TRASPARENCIA"**  
**"2010 AÑO DE LOS HEROES DE LA SEGURIDAD DEMOCRÁTICA"**

Altas y Bajas Recursos Humanos BR-23

javierpar@ejercito.mil.co

MK 032204 CEL: 312-3788877

Fecha: 11. Marzo de 2010

Nombre: Yair Leonardo Rodríguez G.

R/.

A.V. OD 20/20

OI 20/20.

V.P OD 0.5M

OI 0.5M.

EE: leve hiperemia.

oft: Normal.

Dx: Emetrope.

Opticamente Normal.

*Claudia María Vásquez G.*

Optometra Universidad de la Salle

BOG. 1029  
18-1-69

13 No Reclamo  
Oficio

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL



Bogotá, D. C; Octubre 2 de 2008

No. 470293 MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-ML-ACT

ASUNTO : Envío informe aptitud psicofísica

AL : Señor Coronel  
DIRECTOR DE PERSONAL EJÉRCITO  
Gn-

Con toda atención me permito informar al señor Coronel Director de Personal de Ejercito, la aptitud psicofísica del personal que se relaciona a continuación así:

No.	GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			CODIGO	OBSERVACION
1	CT	RODRIGUEZ LEANDRO	GIRALDO	YAIR	79.820.553	APTO PARA CAMBIO AL CUERPO LOGISTICO.

POR ORDEN DEL SR. CORONEL  
JORGE ENRIQUE MALDONADO  
DIRECTOR DE SANIDAD EJÉRCITO,

Cordialmente,

Teniente Coronel DAVID ALBERTO ROJAS TIRADO  
Subdirector Científico y Asistencial de Sanidad Ejército

Elaboro: PS. ELSA PACHECO

REVISÓ: MY. CARLOS H. VARGAS ORDOÑEZ  
JEFE SECCION MEDICINA LABORAL

Kra 7ª No. 52-48 PBX: 3470200 Telefax: 5725190-3483406-3477963  
Microondas 2267-2061  
Pagina Web: disanejercito.mil.co-Bogota D.C."Colombia"

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL



Bogotá, D. C; Octubre 2 de 2008

No. 4102:93 MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-ML-ACT

ASUNTO : Envío informe aptitud psicofísica

AL : Señor Coronel  
**DIRECTOR DE PERSONAL EJÉRCITO**  
Gn-

Con toda atención me permito informar al señor Coronel Director de Personal de Ejército, la aptitud psicofísica del personal que se relaciona a continuación así:

No.	GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	CODIGO	OBSERVACION
1	CT	RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO	79.820.553	APTO PARA CAMBIO AL CUERPO LOGISTICO.

POR ORDEN DEL SR. CORONEL  
JORGE ENRIQUE MALDONADO  
DIRECTOR DE SANIDAD EJÉRCITO.

Cordialmente,

**Teniente Coronel DAVID ALBERTO ROJAS TIRADO**  
Subdirector Científico y Asistencial de Sanidad Ejército

Elaboro: PS. ELSA PACHECO

REVISÓ: MY. CARLOS H. VARGAS ORDOÑEZ  
JEFE SECCION MEDICINA LABORAL

Kra 7ª No. 52-48 PBX: 3470200 Telefax: 5725190-3483406-3477963  
Microondas 2267-2061  
Pagina Web: [disanejercito.mil.co](http://disanejercito.mil.co)-Bogotá D.C."Colombia"

OK 02-10-08  
OK para  
manonon

OK SIMI  
21 Oct 108

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
ESCUELA LOGISTICA**

(32)

Bogotá D.C 19 de Septiembre de 2008

ASUNTO : Solicitud Cambio de arma

AL : Señor Coronel  
**DIRECTOR DESANIDAD EJERCITO**  
Gn -

Mediante la presente me permito solicitar al Señor Coronel Director de Sanidad Ejercito me sea autorizado el cambio de arma de Infantería al arma logística (Intendencia), en vista a que poseo una incapacidad permanente que no me deja desempeñarme óptimamente en el arma que poseo en la actualidad.

Para efectos de cualquier notificación se me puede ubicar en la KRA 79 D , No. 35-90 sur barrio Kennedy URB. Francisco jose de caldas 4528908 - 3016596767

Paso la presente solicitud para los fines que ese comando estime conveniente.

  
**CT. YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**  
CM. 79820553

ANEXO :  
PLIEGO DE ANTECEDENTES COMPLETAMENTE DILIGENCIADO  
PARCIAL DE ORINA  
SEROLOGIA  
PRUEBA DE PSICOLOGIA CON FIRMA Y SELLO  
PRUEBA DE MINIMULT CON FIRMA Y SELLO  
FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA  
FOTOCOPIA CEDULA MILITAR



EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO  
FICHA MÉDICA UNIFICADA



DATOS PERSONALES

FECHA \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES <b>RODRIGUEZ GINALDO VAIA LEONORO</b>			SEXO <b>MASCULINO</b>
GRADO <b>CAPITAN</b>	ARMA <b>INFANTERÍA</b>	UNIDAD MILITAR	CÉDULA <b>79820553 Bobota</b>
FECHA DE NACIMIENTO <b>30 enero 1975</b>		LUGAR DE NACIMIENTO <b>MANZANILLO (CALOAS)</b>	PROCEDENTE DE
ESTADO CIVIL	NOMBRE DEL CÓNYUGE	NOMBRE DE LOS PADRES	
<b>SOLTERO</b>	NÚMERO DE HIJOS <b>DIEGO ALEJANDRO</b>	EDAD DE LOS HIJOS <b>3 años 4 meses</b>	
LUGAR DE RESIDENCIA <b>Petara - Usaralda.</b>	DIRECCIÓN <b>MANZANA S, casa 73 B/ las novales - cuba</b>	TELÉFONO <b>3121639</b>	GRUPO SANGUÍNEO <b>A +</b>
EPS	ESM DONDE SE REALIZA HC		
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)	ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)		
ESCOLARIDAD	TÉCNICO	RELIGIÓN	ETNIA:
<input type="checkbox"/> BÁSICA SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> POSGRADO		blanca, negra, meztiza, oriental, indígena
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO			

DATOS OCUPACIONALES

PARA CAMBIO DE ARMA	OFICIAL DEL EJÉRCITO
cambio de arma	15 años 8 meses
	OFICIAL DEL EJÉRCITO

ANAMNESIS

CONDICIÓN AL INGRESO
<b>BUENA.</b>

ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDAD	OBSERVACIONES	
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	<b>FX Stomacopias derecha 1997</b>
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> PERTURBACIONES EN EL OÍDO	<b>FX clavicular, derecha 1985</b>
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> PERTURBACIONES VÍAS DIGESTIVAS	<b>EAP con ulcera duodenal hace 8 años</b>
<input type="checkbox"/> ÚLCERA	<input type="checkbox"/> INFECCIONES URINARIAS	
<input type="checkbox"/> VENÉREAS	<input type="checkbox"/> AMNESIA	
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> HEMORROIDES	
<input type="checkbox"/> TUMORES	<input type="checkbox"/> PARÁLISIS	
<input checked="" type="checkbox"/> FRACTURAS	<input type="checkbox"/> TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS	
<input type="checkbox"/> FORUNCULOSIS	<input type="checkbox"/> ARTRITIS	
<input checked="" type="checkbox"/> GASTRITIS	<input type="checkbox"/> DEFICIENCIA HEPÁTICA	
<input type="checkbox"/> INTENTO SUICIDIO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CORONARIA	
<input type="checkbox"/> SUEÑO TRANQUILO	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL	
<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/> ADICCIÓN (ALCOHOL, NARCÓTICOS)	





APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GILALDO YAIR LEONORO

CARA

CONTEXTURA	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input type="checkbox"/> OBESA	<input type="checkbox"/> REDONDO	<input type="checkbox"/> ALBINO	<input type="checkbox"/> ACNÉ	<input type="checkbox"/> DESVIACIÓN DERECHA	<input type="checkbox"/> GRANDE
<input checked="" type="checkbox"/> ROBUSTA	<input checked="" type="checkbox"/> OVALADO	<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> CICATRIZ ACNÉ	<input type="checkbox"/> DESVIACIÓN IZQUIERDA	<input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA
<input type="checkbox"/> ATLÉTICA	<input type="checkbox"/> CUADRADO	<input checked="" type="checkbox"/> TRIGUENO	<input type="checkbox"/> MANCHADA	<input type="checkbox"/> ACHATADA	<input type="checkbox"/> PEQUEÑA
<input type="checkbox"/> MEDIANA	<input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input type="checkbox"/> NEGRO	<input type="checkbox"/> PECOSA	<input type="checkbox"/> OPERADA	
<input type="checkbox"/> DELGADA		<input type="checkbox"/> MORENO			
PESO <input type="checkbox"/> kg.		<input type="checkbox"/> AMARILLO			

COLOR	OJOS	BARBA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BIGOTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MIEL	<input type="checkbox"/> OJO DE VIDRIO	<input type="checkbox"/> CAPILARIDAD		<input type="checkbox"/> CAPILARIDAD	
<input checked="" type="checkbox"/> CAFÉS	<input type="checkbox"/> FALTA OJO IZQUIERDO	<input checked="" type="checkbox"/> POBLADA		<input type="checkbox"/> POBLADA	<input type="checkbox"/> DESPOBLADO
<input type="checkbox"/> GRISES	<input type="checkbox"/> FALTA OJO DERECHO	<input type="checkbox"/> DESPOBLADA		<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> ENTRECANO
<input type="checkbox"/> AZULES	<input type="checkbox"/> DIFERENTE COLOR	<input type="checkbox"/> PARTICULARIDAD		<input type="checkbox"/> CANO	
<input type="checkbox"/> VERDES	<input type="checkbox"/> PÁRPADO CAÍDO	<input type="checkbox"/> CANO			
<input type="checkbox"/> ENTRECANO		<input type="checkbox"/> ENTRECANO			

TAMAÑO	OREJAS
<input type="checkbox"/> GRANDES	<input checked="" type="checkbox"/> PELUDAS
<input checked="" type="checkbox"/> MEDIANOS	<input type="checkbox"/> PERFORADA
<input type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA

COLOR	CABELLO	CAIVICH
<input type="checkbox"/> ALBINO	<input type="checkbox"/> FORA	
<input type="checkbox"/> CANO	<input type="checkbox"/> ONDULADO	<input checked="" type="checkbox"/> FRONTO CORONAL
<input type="checkbox"/> ENTRECANO		

SEÑALES PARTICULARES	CARACTERÍSTICAS
<input type="checkbox"/> TIPO	
<input type="checkbox"/> QUEMADURAS	
<input type="checkbox"/> TATUAJES	
<input type="checkbox"/> CICATRICES	
<input type="checkbox"/> HERIDAS CICATRIZACIÓN	
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS	
<input type="checkbox"/> MALFORMACIONES	
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDADES	
<input type="checkbox"/> AMPUTACIONES	
<input type="checkbox"/> PRESENTA ESTRIAS	
<input type="checkbox"/> CALLOSIDADES	
<input type="checkbox"/> AUSENCIA DE UÑAS	
<input type="checkbox"/> VELLOSIDAD	
<input type="checkbox"/> FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	
<input type="checkbox"/> FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	
<input type="checkbox"/> CIRCUNCISIÓN	
<input type="checkbox"/> LIGADURA DE TROMPAS	
<input type="checkbox"/> VASECTOMÍA	
<input type="checkbox"/> APENDICECTOMÍA	
<input type="checkbox"/> NEFRECTOMÍA	

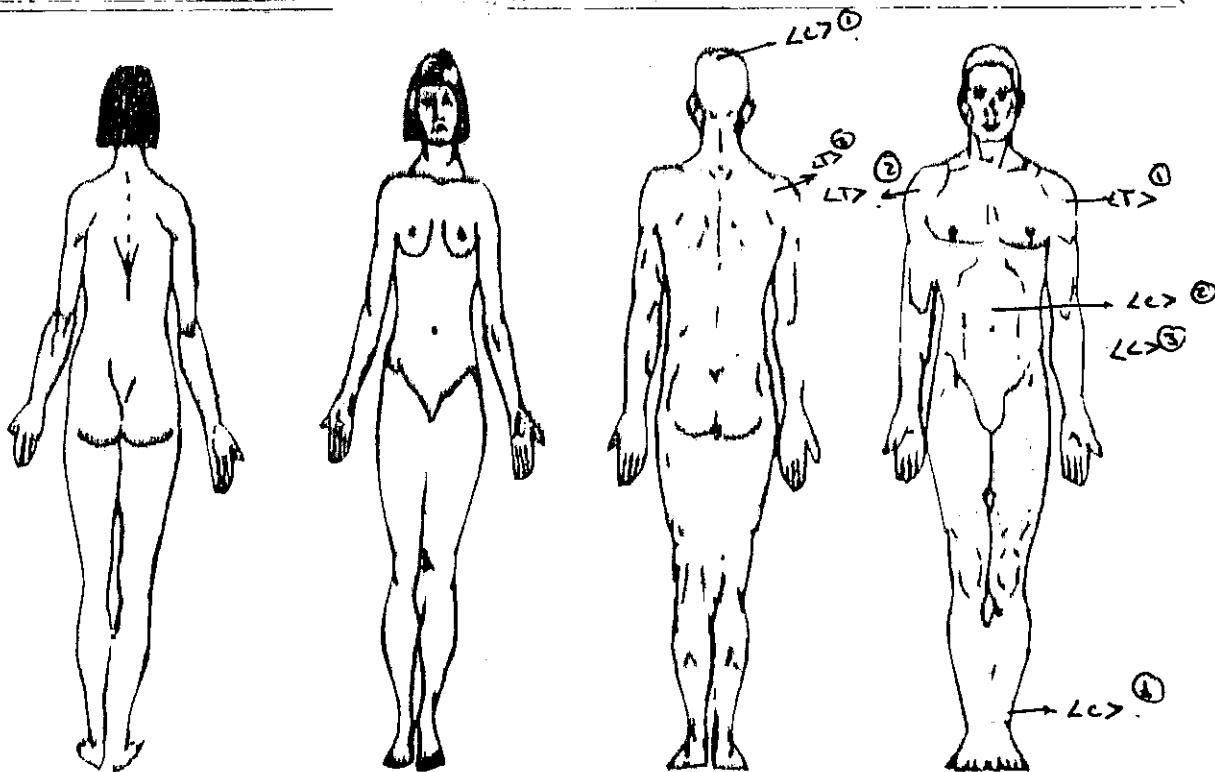
PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO	SEÑALES PARTICULARES	CARACTERÍSTICAS
<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input checked="" type="checkbox"/> Deshinde bilateral	Forma escarpada, trival, cruz
<input type="checkbox"/> TORNILLOS	<input checked="" type="checkbox"/> labio izquierdo	hipertrofia
<input type="checkbox"/> PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO	<input checked="" type="checkbox"/> Pliegue oblicuo inferior	plano
	<input checked="" type="checkbox"/> Flexión 5to dedo	

DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES, EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA, ASÍ:

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GILALDO YAIR LEONARDO

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PRÓTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				



## CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES

C<sup>1</sup> - cicatriz por trishueria o nivel occipital.  
C<sup>2</sup> - cicatriz lumal 3 cm epigastrio.  
C<sup>3</sup> - cicatriz lumal 4 cm pliegue abdominal inferior por laparotomia.  
C<sup>4</sup> - cicatriz de 10 cm cara externa fello por reconstrucción penoos.  
T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub> tatuajes policromos deltoides. bishueria.

MÉDICO ELABORÓ: Rodrigo Cubides A.

RM: Z. Mubidey 10/11

### INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

LÍNEA DE SONRISA	TIPO DE CARA	TIPO DE CRÁNEO	PERFIL	LABIOS	ATM
___ALTA	___LEPTOPROSOPO	___DOLICOCÉFALO	___CONVEXO	___CON SELLE	___CLICKING ARTICULAR
___MEDIA	___MESOPROSOPO	___MESOCÉFALO	___CÓNCAVO	___SIN SELLE	___CREPITACIÓN
___BAJA	___EURIPROSOPO	___BRAQUICÉFALO	___NORMAL		___DOLOR
					___NORMAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA

AA	AUSENTE ANTIGÜO ESPACIO
AR	AUSENTE RECIENTE
CC	CAHIES+SUPER+G SEVERIDAD
DC	DESTRUCCIÓN CORONAL
DL	DESGASTE LEVE
DM	DESGASTE MODERADO
DS	DESGASTE SEVERO
EP	ENFERMEDAD PERIODONTAL
FA	FRACIURA ANTIGÜA+SUPERFICIE
FR	FRACIURA RECIENTE+SUPERFICIE
HI	HIPOPLASIA
PG	PIGMENTACIÓN
RG	RETRACCIÓN GINGIVAL
SA	SIN ALTERACIÓN
EX	EXTRUIDO
IN	INTRUIDO
VE	VERSIÓN
RL	ROTACIÓN LEVE

CE	CORONA MATERIAL ESTÉTICA
IE	INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
IM	INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE
OE	OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
QT	OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE
PE	PARCIALMENTE ERUPCIONADO
PI	PILAR
PF	PRÓTESIS FIJA
PO	PONTICO
PR	PRÓTESIS REMOVIBLE
PT	PRÓTESIS TOTAL
RR	RESTO RADICULAR
SF	SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS
C	CERVICAL
D	DISCAL
I	INCISAL
L	LINGUAL
M	MESIAL

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GERALDO YAIR LEONOR

- RM

ROTACIÓN MODERADA
- RS

ROTACIÓN SEVERA
- CC

CORONA COMPLETA
- AG

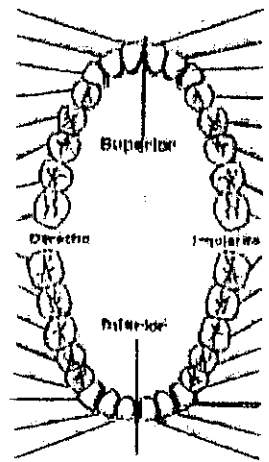
AMALGAMA+SUPERFICIE
- O

OCLUSAL
- P

PALATINO
- V

VESTIBULAR

Sano 11  
Rto 12  
Sano 13  
Ausente 14  
RtOMD. 15  
AGtOMDV 16  
Cto 17  
Ausente 18  
Ausente 48  
Rto 47  
RtOMV 46  
RtOD 45  
Ausente 44  
Sano 43  
Sano 42  
Sano 41



21 Sano  
22 Sano  
23 Sano  
24 Ausente  
25 AGtOMD.  
26 RtOMP.  
27 AGtM Cto  
28 Ausente  
38 Ausente  
37 Rto  
36 RtOV  
35 Rto  
34 Ausente  
33 Sano  
32 Sano  
31 Sano

EXAMEN INTRAORAL (TEJIDOS BLANDOS)

MUCOSA: NORMALIDAD  
SURCO YUGAL: NORMALIDAD  
FRENILLOS: NORMALIDAD  
PISO DE BOCA: NORMALIDAD  
PALADAR BLANDO: NORMALIDAD  
ZONA RETROMOLAR: NORMALIDAD  
EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: LEVE ENROSECIMIENTO GINGIVAL EN MAXILAR INFERIOR

EXAMEN TEJIDOS DUROS

PALADAR BLANDO: NORMALIDAD  
TORUS: NO PRESENTA  
MAXSUPERIOR FORMA: EN U  
MAXINFERIOR FORMA: EN HERRADURA  
CLASIFICACIÓN MOLAR: CLASE I  
MORDIDA CRUZADA: SI NO  
OBSERVACIONES:  
TAMAÑO: NORMAL HALLAZGO: NINGUNO  
TAMAÑO: NORMAL HALLAZGO: NINGUNO  
CLASIFICACIÓN CANINA: CLASE I  
MORDIDA ABIERTA: SI NO

EXAMEN CRANEOMAXILAR

LÍNEA MEDIA DENTAL: X COINCIDE DESVIADA DERECHA DESVIADA IZQUIERDA  
PALADAR: PARABOIDE EN U CERRADO

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS

PRÓTESIS TOTAL, REMOVIBLES, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGÍA (VER PAG. SIGUIENTE)  
DESCRIBIR TIPO DE BRAKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

SI OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB	ABRASIÓN	AF	ABFRACCIÓN	PL	PLACA ORTOPEDIA
BR	BRAKETS	CA	CÁLCULOS	DI	DIENTE INCLUIDO
ER	EROSIÓN	AP	APIÑAMIENTO	MA	MACRODONCIA
MI	MICRODONCIA	DA	DIÁSTEMA	SU	SUPERNUMERARIO
TP	TALLA PREPROTÉSICA	FI	FRAGMENTO INCOMPLETO	AT	ATRICCIÓN

CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES EN MAXILAR INFERIOR

ODONTÓLOGO ELABORÓ: LAURA RADA PEREZ

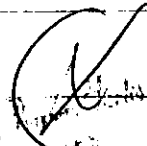
RM: Laura Rada Perez  
ODONTÓLOGA  
C.E. 45536948

OPTOMETRÍA

OJO	VISIÓN A DISTANCIA	REFRACCIÓN	VISION DE CERCA
DERECHO	20/20 CORRIGE A 20/	POR LENT. ESF. CLL +1.25 = 0.15x	CORRIGE A CON +0.25
IZQUIERDO	20/20 CORRIGE A 20/	POR LENT. ESF. CLL +1.50 = 0.20x	CORRIGE A CON +0.25 0.25x
HETEROFORIA	ES: PRIM.DIV.	EX: UP - y x	HIP. DCH. - HIP. IZQ. -
ACOMODACIÓN	DERECHO 20/20	PRM.COM.	P.C. Non+
DERECHO	IZQUIERDO	VISION DE COLOR	P.D. 63/05
		PERCEPCIÓN PROFUNDIDAD	SIN CORREGIR
			CON CORREC.
CAMPO VISUAL	VISION NOCTURNA	LENTE ROJO	TENSION INTRAOCULAR
Total	Normal		

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GILBERTO YAIRA LEONORO

TEST (SHIHARA (CONCEPTO): Normal al test

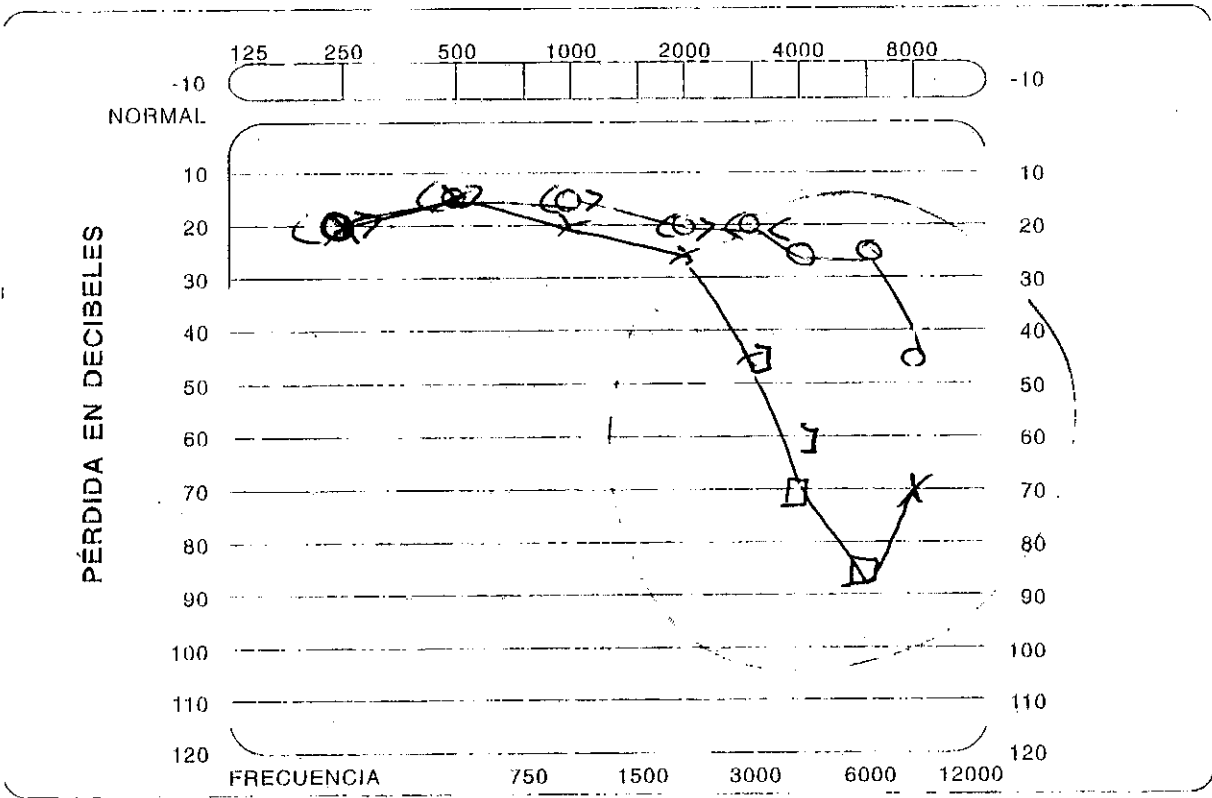
OPTÓMETRA: Catuli na Bmm 2 REGISTRO: 

EXAMEN AUDIOLÓGICO

OTOSCOPIA OÍDO DER. OÍDO IZO.

WEBER AUDIOMÉTRICO 500Hz 1.000Hz 2.000Hz 4.000Hz

AUDIOMETRÍA TONAL



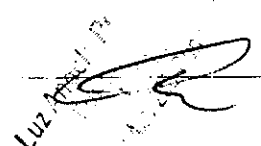
OBSERVACIONES: Oído derecho. Se conservan frecuencias de 250 a 3000 hz con descenso leve de 4 a 8 k hz neuror. Oído izquierdo. hipoacusia leve a severa neurosensorial.

CONVENCIONES

	OD	OI
Convenciones	Rojo	Azul
Vía aérea	○	X
Vía ósea	[	]
Aérea con enmascaramiento	△	□

TIPO DE RUIDO

- \_\_\_ HELICÓPTEROS
- \_\_\_ VEHÍCULOS PESADOS
- \_\_\_ AVIONES NO PRESURIZADOS
- \_\_\_ PIEZAS ODONTOLÓGICAS
- \_\_\_ POLÍGONOS/ÁREAS DE INSTRUCCIÓN
- \_\_\_ RUIDO DE MAQUINARIA
- \_\_\_ COMBATE
- \_\_\_ MOTOS
- \_\_\_ RUIDOS SOCIALES (MP3, DISCOTECAS)

FONOAUDIÓLOGO: Luz Angela Reyes Maza REGISTRO: 

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GIASLOO YAIR LEONORO

REÚNE PERFIL ☒ NO REÚNE PERFIL

PSICOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN:

Perfil Psicológico Favorable Presenta adecuada estabilidad emocional y psicología. Sus procesos de adaptación son adecuados. Los escalos clínicos de la prueba Minimult se encuentran dentro de parámetros. No se evidencia psicopatología. Se anexa minimult en interpretación cualitativa.

REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA

SI NO ☒

PSICÓLOGO:

P.V. M-6/13 *[Signature]*

REGISTRO: 3886

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

Octubre 02/08. Tiene JMLVI 1198/98. Ortopedia ST. TX cuello de pie 12g. TX mono derecha NO APTO. 19%. (B). APTO para cambio de arma.

*[Signature]*  
MÉDICO ESPECIALISTA: MED. LABORAL DR. J. G. GARCÍA  
U.M.N.C. - UAGROARIO  
C.E. 574286701 R.M. 4297701  
L.S. No. 4945/08

21 OCT 108 Apto psicología Militar *[Signature]*  
EX-1117-108

Dr. Mariana Ruiz  
Psicóloga U. Sabana  
Rég. 50119380

CALIFICADOR:

REGISTRO:

APELLIDOS Y NOMBRES: RODRIGUEZ GARCIA YAIR LEONOR.

RESEÑA DACTILOSCÓPICA


FÓRMULA DACTILOSCÓPICA PRIM \_\_\_\_\_ 2 SEC \_\_\_\_\_ 4 MED \_\_\_\_\_ 5 MAY \_\_\_\_\_ 7 FIN \_\_\_\_\_ 0 CLAVE \_\_\_\_\_

MANO DERECHA

1. PULGAR




2. ÍNDICE



3. MEDIO



4. ANULAR




5. MEÑIQUE




MANO IZQUIERDA


1. PULGAR




2. ÍNDICE




3. MEDIO



4. ANULAR




5. MEÑIQUE




MANO IZQUIERDA


PULGAR




PULGAR




PULGAR



PULGAR



PULGAR



IMPRESIÓN SIMULTÁNEA

MANO DERECHA

PULGAR



PULGAR



PULGAR



PULGAR



PULGAR



IMPRESIÓN SIMULTÁNEA

EXÁMENES PARACLÍNICOS

- EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: COPIA DE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN.
- EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.
- EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 3 MESES, COPHOLÓGICO, PARCIAL DE ORINA.
- EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMESTRALMENTE CUADRO HEMÁTICO Y RECUENTO DE RETICULOCITOS.



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DISPENSARIO CANTON NORTE

LABORATORIO CLINICO

Página N° : 1  
Fecha de ingreso : 24/09/2008 07:47  
Fecha de impresión: 29/09/2008 10:48

No. de Orden : 924052

Paciente : RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

Edad : 33Años

Documento Id : 79820553

Telefono : 3115237384

Medico : PULIDO CASTILLO DIANA CAROLINA

Tipo usuario: ACTIVO

Examen	Resultado	Unidades	Valor de referencia
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO			
LEUCOCITOS	10.26	x	4.50 - 11.00
GLOBULOS ROJOS	5.84	x10 <sup>6</sup> /uL	4.50 - 5.60
HEMOGLOBINA	18.2	g/dL	11.0 - 18.0
HEMATOCRITO	53.2	%	36.0 - 54.0
VOL.CORP.MEDIO	91.1	fL	80.0 - 100.0
HGB.CORPUSCULAR MEDIA	31.2	pg	27.0 - 31.0
CONC.HGB.CORP.MEDIA	34.2	g/dL	33.0 - 37.0
PLAQUETAS	320	x10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
ANCHO DISTRIB ERITROCITOS	13.6	%	11.5 - 15.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS	45.10	fL	-
VOL.MEDIO PLAQUETARIO	9.90	fL	9.00 - 13.00
NEUTROFILOS #:	6.4	10 <sup>3</sup> /uL	1.9 - 8.0
LINFOCITOS #:	2.77	10 <sup>3</sup> /uL	0.90 - 5.20
MONOCITOS #:	0.89	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 1.00
EOSINOFILOS #:	0.19	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.70
BASOFILOS #:	0.01	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.30
%NEUTROFILOS	62.3	%	35.0 - 70.0
%LINFOCITOS	27.0	%	20.0 - 45.0
% MONOCITOS	8.7	%	0.0 - 10.0
% EOSINOFILOS	1.9	%	0.0 - 7.0
% BASOFILOS	0.1	%	0.0 - 3.0

Responsable: Dra.

*Claudia Almarino*  
Claudia Almarino  
Bacteriologa  
Universidad Javeriana

INMUNOLOGIA

SEROLOGIA

NO REACTIVA

Responsable: Dra.

*Ornela Moreno Silva*  
Dra. Ornela Moreno Silva  
BACTERIOLOGA  
UIS. REG. 0504

UROANALISIS

UROANALISIS



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DISPENSARIO CANTON NORTE

LABORATORIO CLINICO

Página N° : 2  
Fecha de ingreso : 24/09/2008 07:47  
Fecha de impresión: 29/09/2008 10:48

No. de Orden : 924052

Paciente : RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO

Edad : 33Años

Documento Id : 79820553


Telefono : 3115237384

Medico : PULIDO CASTILLO DIANA CAROLINA

Tipo usuario: ACTIVO

Examen	Resultado	Unidades	Valor de referencia
EXAMEN FISICO-QUIMICO			
COLOR:	Ambar		-
DENSIDAD:	1.025		-
pH.:	5		-
LEUCOCITOS:	Neg	Leuco/uL	-
NITRITOS:	Neg		-
PROTEINAS	Neg	mg/dL	-
GLUCOSA:	Norm	mg/dL	-
C.CETONICOS:	Neg	mg/dL	-
UROBILINOGENO:	Norm	mg/dL	-
BILIRRUBINA:	Neg	mg/dL	-
ERITROCITOS	Neg	ery/uL	-
SEDIMENTO MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	:1-3 XC		
BACTERIAS	:+		
CEL BAJAS	:1-3 XC		
MOCO	:+		
ASPECTO	:Lig.turb		

Responsable: Dra.

  
Albx Helena Rodriguez  
Bacteriologa  
REG. 1157



**INVENTARIO CLINICO MINIMULT.**

Nombre YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIL Unidad ESC. LOG. Fecha 11-09-2008 Edad 33

**MINIMULT.**

1. Tiene usted buen apetito
2. Se levanta por las mañanas descansado y como nuevo
3. Hay muchas cosas que resultan interesantes en su vida diaria
4. Trabaja usted bajo una tensión muy grande
5. De vez en cuando piensa cosas demasiado malas, para hablar de ellas
6. Sufre de estreñimiento
7. A veces ha deseado muchísimo abandonar el hogar
8. Tiene a veces exceso de risa y de llanto que no puede controlar
9. Sufre ataques de náuseas o vómito
10. Cree que nadie parece comprenderle
11. Siente a veces deseos de maldecir
12. Tiene a menudo pesadillas nocturnas
13. Le cuesta bastante trabajo concentrarse en una tarea o trabajo
14. Ha tenido usted experiencias peculiares y extrañas
15. Habría tenido más éxito, si los demás no la hubieran tomado consigo
16. Cuando usted era joven participó en algún tiempo en pequeños robos
17. Ha pasado usted períodos de días, semanas o meses en que no podía preocuparse de las cosas porque no tenía ánimo para nada
18. Su sueño es irregular y desasosgado
19. Cuando está con gente le molesta escuchar cosas muy curiosas
20. Es apreciado por la mayor parte de la gente que lo conoce
21. Ha menudo ha recibido ordenes de alguien que no sabía tanto como usted
22. Le gustaría ser tan feliz, como parecen ser los otros
23. Piensa que la mayoría de la gente exagera sus desgracias, para lograr la simpatía y la ayuda de los demás
24. Se enfada algunas veces
25. Le falta a usted confianza en sí mismo
26. Tiene molestias a causa de calambres o espasmos musculares
27. Le parece haber hecho algo malo o erróneo la mayor parte del tiempo
28. Es feliz la mayor parte del tiempo
29. Hay algunas personas tan mandonas, que le dan ganas de hacer lo contrario de lo que quieren aunque sepa que tienen la razón
30. Cree que se trama algo contra usted
31. Cree que la mayoría de la gente utilizará medios algo injustos para obtener un beneficio
32. Tiene frecuentes trastornos digestivos
33. Frecuentemente ha estado mal humorado sin saber por qué
34. A veces su pensamiento ha ido más rápido que sus palabras
35. Cree que su vida hogareña, es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conoce
36. Siente a veces que es verdaderamente un inútil
37. Durante los últimos años, ha estado sano casi siempre
38. Ha tenido épocas durante las cuales, ha realizado actividades que luego no ha recordado
39. Cree que frecuentemente ha sido castigado sin razón
40. Se ha sentido alguna vez mejor que ahora
41. Se preocupa por lo que los demás piensan de usted
42. Está bien de memoria
43. Le cuesta empezar una conversación, cuando conoce a alguien por primera vez
44. Se siente débil la mayor parte del tiempo
45. Tiene dolor de cabeza
46. Ha tenido dificultades, para mantener el equilibrio al andar
47. Le agradan todas las personas que conoce
48. Alguien está intentando aprovecharse de sus ideas
49. Le gustaría no ser tan tímido
50. Cree que sus pecados son imperdonables
51. Frecuentemente se encuentra preocupándose por algo
52. Han puesto a menudo sus padres reparos a la gente que frecuentaba
53. A veces chismorreaba un poco
54. A veces se siente capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad
55. Nota palpitaciones o se le corta la respiración
56. Se encoleriza fácilmente aunque se le pasa pronto
57. Tiene períodos de desasosiego en que no puede estar sentada mucho tiempo en una silla
58. Sus padres y familiares le encuentran más defectos de los que tiene
59. Cree que nadie se preocupa por lo que le sucede a los demás
60. Culpa a una persona si se aprovecha de otra que se expone a ella
61. A veces está lleno de energías
62. Su vista es ahora tan buena como lo ha sido antes
63. Nota frecuentemente que le zumban los los oídos
64. Ha sentido alguna vez que lo han obligado a hacer algo, hipnotizándolo
65. Ha tenido épocas en las que se sentía más animoso que de costumbre sin que existiese una razón especial
66. Incluso cuando está con gente se siente solo la mayor parte del tiempo
67. Piensa que casi todo el mundo diría una mentira para evitar problemas
68. Es más sensible que la mayoría de la gente
69. A veces su mente parece trabajar más despacio que de costumbre
70. Le decepciona la gente con frecuencia
71. Ha abusado de bebidas alcohólicas

Total

L F K 1 2 3 4 6 7 8 9

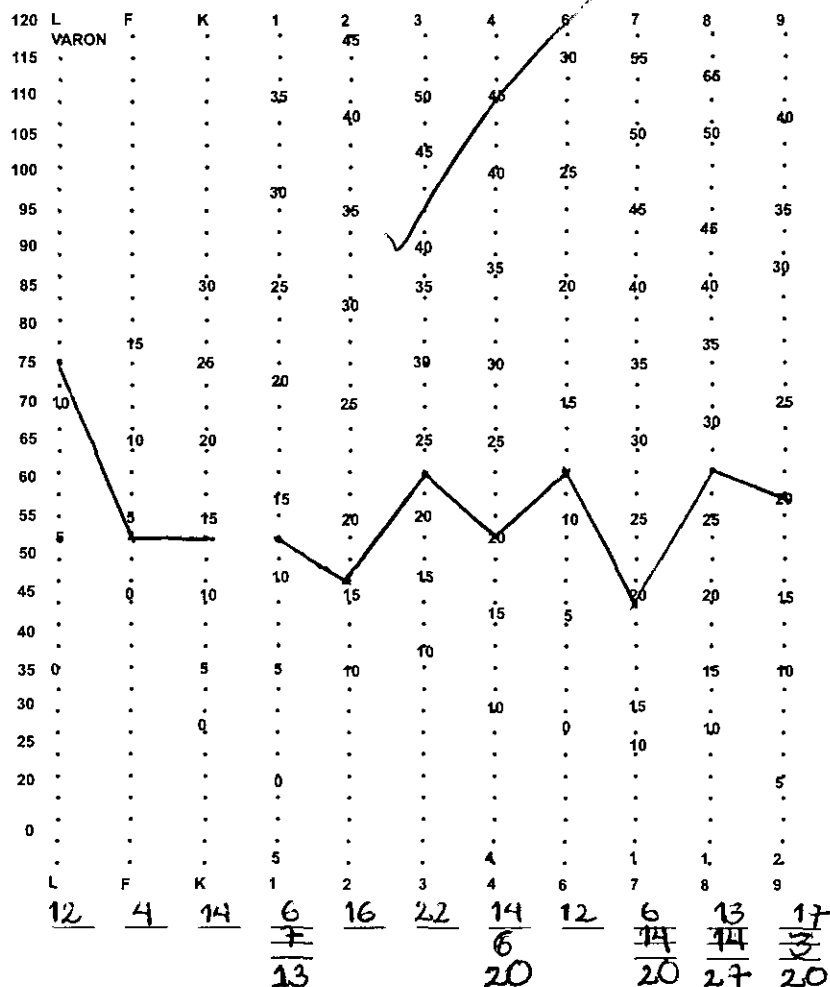
[illegible]

## No Favorable

- Perfil psicológico favorable para escalafonamiento.

PO. W. M. Gladys Zuercher V.  
Phila. Pa.  
Reg. 38801

K	0.5 k	0.4 k	0.2 k	PD	L	F	K	1 HS	2 D	3 HI	4 DP	6 PA	7 PT	8 ES	9 MA
30	15	12	6	0	2	2	4	2	13	10	0	5	2	2	8
29	15	12	6	1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
28	14	11	6	2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
27	14	11	5	3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
26	13	10	5	4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
25	13	10	5	5	12	14	11	12	22	18	18	14	13	15	17
24	12	10	5	6		16	13	14	24	19	20	15	16	18	18
23	12	9	5	7		18	14	16	26	21	21	17	18	21	20
22	11	9	5	8		21	15	18	28	22	23	19	20	24	22
21	11	8	4	9		23	17	20	27	24	25	21	23	26	24
20	10	8	8	10		25	18	22	31	25	26	22	25	29	25
19	10	8	4	11		28	20	23	33	27	28	24	27	32	27
18	9	7	4	12		30	21	25	35	29	30	26	30	35	29
17	9	7	3	13		33	23	27	38	30	32	28	32	37	
16	8	6	3	14		35	24	29	39	32	33	29	34	40	
15	8	6	3	15		37	26		40	33	35		37	43	
14	7	6	3	16			27		42	35	37		39	46	
13	7	5	3	17					44	36	39			48	
12	6	5	2	18					46	38	40			51	
11	6	4	2	19					48	40				54	
10	5	4	2	20					50	41				57	
9	5	4	2	21						43					
8	4	3	2	22						44					
7	4	3	1	23						46					
6	3	2	1	24						47					
5	3	2	1	25						49					
4	2	2	1												
3	2	2	1												
2	1	1	0												
1	1	1	0	Total	12	4	14	6	16	22	14	12	6	13	14



# REPUBLICA DE COLOMBIA - SANIDAD FUERZAS MILITARES PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe de llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)  
 Léase la nota final del reverso antes de escribir

Sitio para el retrato  
 Tamaño 3 X 4 - Papel delgado  
 Brillante

1- Apellidos y nombres <b>RODRIGUEZ GIBRIDE YASIR LEONOR</b>		2- Grado <b>TENIENTE</b>	3- Cédula o T.I. <b>79820553</b>
4- Dirección de la residencia habitual		5- Motivo del examen <b>ASCENSO</b>	6- Fecha del examen
7- Sexo <b>M</b>	8- Raza <b>T</b>	9- Nombre de los padres y residencia habitual	
10- Lugar de nacimiento <b>MANIZALES CALDAS</b>			
11- Fecha de nacimiento <b>30</b> <b>01</b> <b>75</b> Día Mes Año		12- Total años de servicio <b>9</b> <b>6</b> Años Meses Civil	
13- Unidad o repartición donde se hace el examen			
14- Cargo que aspira <b>CAPITAN</b>		15- Cómo juzga el examinado su salud?	

## HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO LA CAUSA	EDAD A QUE MURO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE.	SI	NO	PARENTESCO
Padre	55	BUENA			Tuberculosis		X	
Madre	45	BUENA			Sífilis		X	
Esposa					Diabetes	X		PADRE
Hermanos	18	Excelente			Cáncer	X		ABUELA
					Enfermedades del riñón	X		PADRE
					Enfermedades del corazón	X		TIO
					Enfermedades del estómago	X		
					Reumatismo	X		
					Alergias	X		
					Epilepsia	X		
					Suicidios	X		
					Enfermedades mentales (locos)	X		

## HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Otitis		X	Pérdidas de conocimiento		X	Forunculosis		X
Astma		X	Perturbaciones de la nariz		X	Cojeras		X
Tos ferina		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 alcoh en exce		X
Cólico		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad huesos, artic u otros		X	Ha sido sonámbulo		X
Apandicitis		X	Epilepsia o ataques		X	MUJERES		
Hemorroides u enfermedad del recto		X	Depresión o angustia		X	Edad de la menarquia		
Alcaciones frecuentes u dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratada por algún desor-		
Enfermedades venereas		X	Usa aparatos para oír		X	den propio del sexo		
Parálisis		X	Ha intentado suicidio		X	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquilo		X	Tuberculosis		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es alérgico a medicamentos		X	Palpitaciones		X	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por extrac-		X	Perturbaciones de la garganta		X	Menstruaciones irregulares		
Caries dentales u pequeñas heridas		X	Bronquitis crónica		X	Fecha última menstruación		
Erisipela		X	Tumores		X	Menstruación		
Dolor u inflamación articulaciones		X	Fracturas		X			
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?			En cuál permaneció más tiempo Meses			Cual es su oficio actual		
<b>OFICIAL DEL EJERCITO</b>			<b>0</b>			<b>COTE</b>		
						<b>COMPANIA</b>		
						Es Ud. derecho	<input checked="" type="radio"/>	
						Es Ud. zurdo	<input type="radio"/>	

MARQUESE SI O NO, SI SE MARCA «SI» DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO	
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?			
b) Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc.		X	
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?	X		No puedo hacer Trote rápido ni de rodillas y Tobillo Izquierdo.
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		X	
e) Por otras razones de orden médico, es inhabil?		X	
f) Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?		X	
g) Ha sido herido? Que clase de arma? Qué sitio de la herida?			
h) Se le ha negado algún seguro de vida?		X	
i) Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?	X		Si en el Tobillo Izquierdo y la de Apéndice.
j) Ha estado internado por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuando y donde por que y nombre del médico y señas completas de los Hospitales		X	
k) Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles	X		Tuve 9 picaduras de leishmaniasis y 94 inyecciones de Glucantime.
l) Se ha tratado (o mismo por enfermedades benignas como resaca) Que otra enfermedad?		X	
m) Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas mentales o otras? Dar detalles		X	
n) Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles		X	

### 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 Clínicos y Hospitales mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro

Nombre del examinado - Letra de Imprenta

YAIR LEONORO RODRIGUEZ GIRALDO.

25 AGOSTO 2003

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL EXAMINADO

# REPUBLICA DE COLOMBIA

## SANIDAD FUERZAS MILITARES FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1- Apellidos y nombres completos <b>RODRIGUEZ GIRALDO VISTA Leonardo</b>			2- Grado o cargo <b>TENIENTE</b>	3- Identificación C.C., L.M., etc. <b>79870553</b>
4- Dirección del domicilio-Ciudad <b>Cl. José # 34-15 B la Esca Manizales</b>			6- Causa del examen <b>AS (EUSO)</b>	8- Fecha del examen
7- Sexo <b>M</b>	8- Nacionalidad <b>Colombiano</b>	9- Tiempo de servicio <b>9 años (Grupos)</b>	10- Fuerza (Ejército, Arm., Fac.) <b>ER FUERZA NACIONAL</b>	11- Unidad o repartición <b>BINUT</b>
12- Fecha de nacimiento <b>30 enero 1975</b>			14- Nombre y dirección del pariente más cercano <b>Cl. José # 34-15 B la Esca Manizales</b>	
13- Lugar de nacimiento <b>MANIZALES CALONS</b>			16- Cargo a que aspira o promueve <b>CAPITAN</b>	OBSERVACIONES:
15- Dependencia médica donde se practicó el examen				

EVALUACION CLINICA			
Normal	Anormal	Regístrese cada ítem en la columna apropiada. Anot. NE si no se evaluó.	
/		17- Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo	
/		18- Nariz	
/		19- Senos (Max. front., mastoides)	
/		20- Boca y garganta	
/		21- Oído en general	
/		22- Timpanos	
/		23- Ojos (en general)	
/		24- Otorrinolaringológico (examen)	
/		25- Pupilas	
/		26- Movilidad ocular	
/		27- Pulmones y torax	
/		28- Corazón y grandes vasos	
/		29- Sist. vascular, periférico y linfáticos	
/		30- Abdomen y vísceras	
/		31- Ano y recto	
/		32- Sistema endocrino	
/		33- Genito-urinario	
/		34- Extremidades superiores	
/	X	35- Extremidades inferiores	
/		36- Pies	
/		37- Columna vertebral y esqueleto en general	
/		38- Señales cicatrices, tatuajes	
/		39- Piel y uñas	
/		40- Neurología	
/		41- Psiquiatría	
PARA MUJER		42- Pélvis	Vagina
			Racial

NOTA: Describir cada anomalía detalladamente (Anótase cada número del ítem pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y adicione hojas si es necesario).

35. Dolor a la palpación  
1/3 inf MIT.

44. Morfide Clase II tipo 1 con tratamiento aparatología de ortodoncia fija.

01- Caries - P Ocluyentes - X No tratables - A Ausentes - T Para tratamiento - II Prótesis fija - ( ) - Prótesis removible

44- Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente.												Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias																																																				
												Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado gen. de la boca																																																	
<p>DERECHO</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr> </table> <p>IZQUIERDO</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td><td>+</td></tr> </table>												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Normal	X	X	X	B-cno
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																					
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+																																																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																					
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+																																																					
												Anormal	O	O	O	O																																																

15- 26 08/03 ORINA Normal			46- Rayos X pulmones, tórax, lugar, No radioscopia	47- Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados) No tórax 26.08.03
Abundancia	Color	Sedimento		
48- Grupo y tipo de sangre y factor Rh A positivo			50- Otras pruebas	

Los ítem 56 a 59 inclusive, sólo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición.

51- Estatura 1,81		Peso Kilos 89		52- Color cabello Negro		53- Color ojos Cafés claros		54- Raza Mestizo		55- Temperatura	
56- Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)						57- Pulso 80					
Sentado	Sist. 100	Acostado	Sist.	De pie	Sist.	Sentado	Des. ejérc.	2 minutos después	Acostado	Después 3 m de pie	
	Diast. 70		Diast.		Diast.						
58- Visión a distancia				59- Refracción				60- Visión de cerca			
Derecho 20'		Corrige a 20'		Por lent. Esf		Cil.		Corrige a		con	
Izquierdo 20'		Corrige a 20'		Por lent. Esf		Cil.		Corrige a		con	
61- Heterofonías (especificar la distancia)		Es	Ex.	Hip. Dch.	Hip. Izq.	Prm. Div.	Prm. Conv.	P. C.	P. D.		
62- Acomodación		63- Visión de color		64- Percepción de profundidad		Sin corregir					
Derecho		Izquierdo				Con correc.					
65- Campo visual		66- Visión nocturna		67- Lente rojo		68- Tensión intraocular					
69- Capacidad Auditiva		70- AUDIOMETRIA						71- Psicología y Psicomotor (especifique las pruebas, usadas y el puntaje obtenido).			
Se anexa audiograma		Derecho		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	
		Izquierdo		256	512	1024	2028	3696	4096	8192	

72 OBSERVACIONES  
Oscopia Normal Bilateral  
Liberto González Barrera  
Oficial de Sanidad

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)					
① Lesión tendón peroneo izquierdo? (35)					
② Lesión Menisco rotilla izquierda? (35)					
③ Tx Artroscopia O.I. (70)					
Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)					
Vx Artroscopia					
Vx O.R.L.					
Si NO es apto enumérense los defectos que lo incapacitan					
OK-04-03 VO APIC OE					
Oveido JML N. 1198/98					
DCL 1901. Lits B y A obsoletos					
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO u Oficial de Sanidad Odont. (Indíquese cual)					
Dr. Marthe E. Latone y					
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Ofc San					
C9 OPT Mauricio Barrera					
Grado y nombre a máquina o en letra imprenta del Ofc San					
Te Miguel Ángel Aguilar					
Grado y nombre a máquina o en letra imprenta del Oficial o Revisor.					
Firma:					
Firma:					
Firma:					
Firma:					

ASPECTOS FISICOS					
Psiquis	Cabeza	Ex Sup	Const.	Exint	Org Sen
CONDICION FISICA					
Aptitud completa	Aptitud con Defectos	Aptitud para los servicios	NO Apto		

MAURICIO BARRERA  
OFICIAL DE SANIDAD  
MIGUEL A. AGUILAR R.  
Médico General  
CC. 7954831 Dfá.  
R. 1320-2100  
No de hojas adicionales.

DISPENSARIO: B24  
SERVICIO DE AUDIOLOGIA

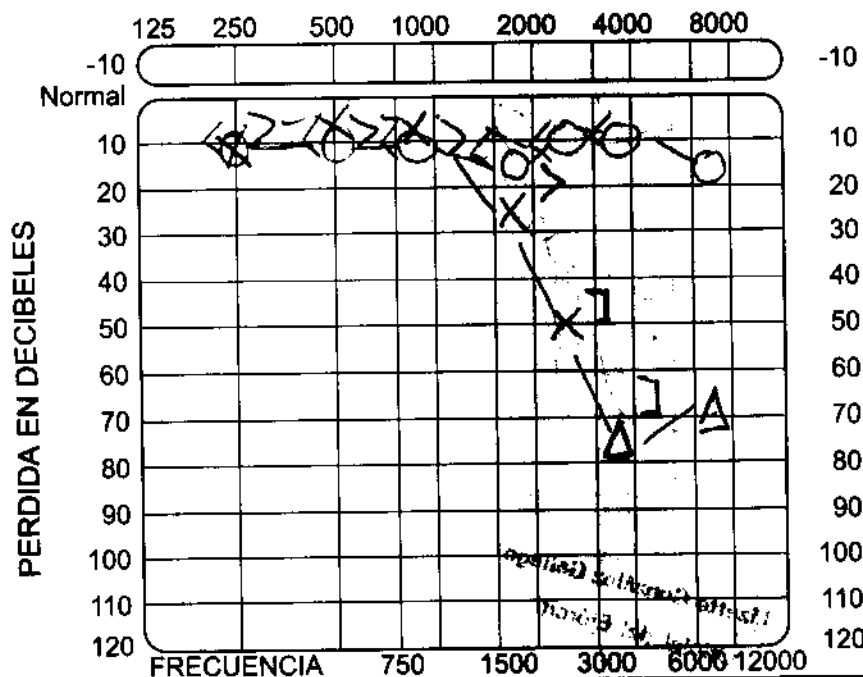
Grado o categoría: 7<sup>o</sup>

**Apellidos y nombres:**

**Fecha:**

Agosto 26/03

Historia No.: 79820553



	OIDO IZQUIERDO	OIDO DERECHO
	AZUL	ROJO
AREA	X	○
AREA C. ENMASC.	□	△
OSEA C. ENMASC.	▷	◁
SORD. EF ENMASC.		

Project 10 5, 1, 243

A.M.A.	% PERDIDA AUDITIVA
1	10
2	20
3	30
4	40
5	50
6	60
7	70
8	80
9	90
10	100

O.I. 21203 HRL 1.2 03 HTL

	O.I.	O.D.
OTOSCOPIA S.R.T.	X	X
M.C.L.		
T.D.		

# LOGO AUDIOMETRIA

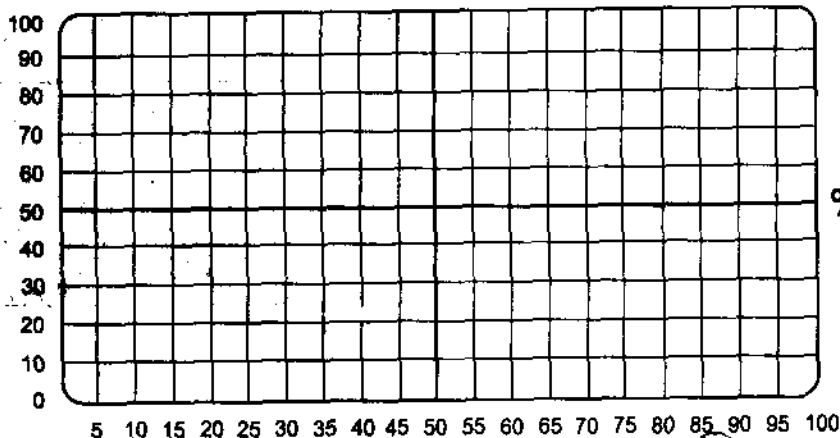
Grado o categoría: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

Historia No.: \_\_\_\_\_

INTELIGIBILIDAD

%



*Uberto Gonzalez Gallego*  
*Onia del Espinoza*

	O.I.	O.B.
U. VOZ		
U. PALABRA S.R.T.		
U. CAPTACION		
U. DISCRIMINACION		
% DISCRIMINACION P.B.S.		

Respuestas auditivas por  
O.D. dentro de parámetros de  
Observaciones:  
Unilateral, por O.I. se  
evidencia Tronco Acústico  
de III grado con prove-  
dio en 30% del lenguaje en  
2, 2 cl 3.



CLINICA OCCIDENTE DE OTORRINOLARINGOLOGIA S.A  
REGISTRO DE INGRESO DE PACIENTES

**IDENTIFICACION DEL USUARIO**

Fecha de Ingreso: 02/09/2003  
dd/mm/aaaa

Nro. de Ingreso: IN - 37523

Nombre del Usuario: YAIR LEANDRO  
Nombre

RODRIGUEZ  
Primer Apellido

GIRALDO  
Segundo Apellido

Identificación del Usuario: CC 79820553

Nro. Cons.: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: MEDELLIN

Sexo: Masculino Edad: 28 Años Fecha de Nacimiento: 30/01/1975  
dd/mm/aaaa

Ocupación: MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES

Estado Civil: Soltero

**RESIDENCIA:**

Barrio: OTROS

Municipio: MEDELLIN

Departamento: Antioquia

Zona: Urbana

Dirección: CLL.105B#34-15 MANIZALES

Teléfono Residencia: 8746956

Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono Movil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Acudiente: YAIR

**SEGURIDAD SOCIAL**

Tipo de Usuario: COTIZANTE

Tipo Afiliación: \_\_\_\_\_

Nivel Socioecon.: RANGO 3

Nro de Carné: 79820553

Nro. Autorización: 111

Empresa/Resp.: DIRECCION GRAL SANIDAD MILITAR

Código : DIR GRAL SM

Plan: PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

DR. G. RODOLFO WOLFF L.

Otorrinolaringólogo  
Registro 4525



# CLÍNICA OCCIDENTE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA S.A.

Medellin Colombia

15 años

N° HISTORIA CLINICA

Nombre: YAIR LEANDRO

Apellidos: RODRIGUEZ GIRALDO

Edad: 28 AÑOS Fecha: SEPT. 02/03

Teléfono: 8748956

Ocupación: TENIENTE

Entidad: EJERCITO

Procedencia: MEDELLIN

Remitido: CC.79820553

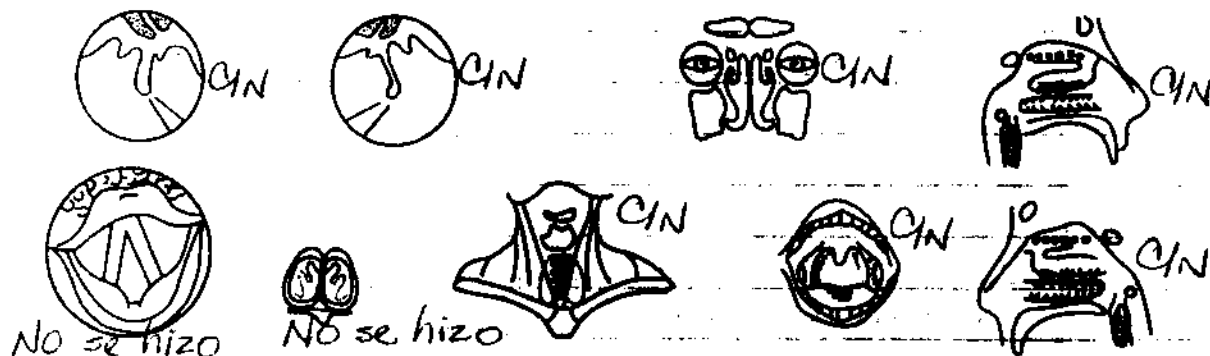
MC y EA: hace 1 año después de trauma acústico (explosión granada), empezó hipotacusia izz. y tinnitus oxi continuo ipsilateral. no otalgia ni otorrea, tampoco vértigos, sin otro. específicos.

AP: neg. Leishmaniasis, guma 20 cigarrillos/día, EAF

AQ: apendicetomía.

AF: padre IRC + diabetes, tío asma, abuelo HTA.

RXS: neg.



E. FÍSICO: Acumetría: normal.

EXÁMENES DX: Audiom. HNS izz. de 70 dB en 400-800 Hz. O.D. normal.

DIAGNÓSTICO: Trauma acústico izquierdo no irrevers. (ante debe usar protección auditiva)

TRATAMIENTO: Instrucciones - Protección auditiva

FIRMA:

Registro 4525

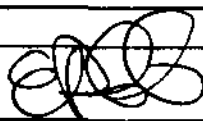
**EJERCITO NACIONAL**  
**BATALLON DE ARILLERIA No 4 "CO. JORGE EDUARDO SÁNCHEZ RODRÍGUEZ"**  
**LABORATORIO CLINICO**

**PARCIAL DE ORINA**

<b>NOMBRE:</b> Rodríguez Gualdo Jairo J.		<b>EDAD</b> 28 años	<b>HISTORIA</b> No	<b>No</b> 578
<b>CC. No</b> 000 GDO 39820553 TE		<b>SOLICITANTE</b>		<b>FECHA:</b> 26/08/03
<b>UNIDAD:</b> BINUT.		<b>DIAGNOSTICO</b>		
<b>PARAMETROS</b>	<b>RESULT</b>	<b>PARAMETROS</b>	<b>RESULT</b>	
COLOR	Amber	LEUCOCITOS	Ocasiones	
ASPECTO	Turbio	C. EPITELIALES ALTAS		
PH	5-0-	C. EPITELIALE BAJAS	Ocasiones	
DENSIDAD	1030-	BACTERIAS	+	
NITRITOS		MOCO	+	
SANGRE		HEMATIES	1-3 por	
OTROS	proteínas: trazas.		campo.	
		<b>OBSERVACIONES</b>		

Fecha 26/08/03

Iniciales



**EJERCITO NACIONAL**  
**BATALLON DE ARILLERIA No 4 "CO. JORGE EDUARDO SÁNCHEZ RODRÍGUEZ"**  
**LABORATORIO CLINICO**

**INMUNOLOGIA**

<b>NOMBRE:</b> Rodriguez Grako Yair J.		<b>EDAD:</b> 28 Años.	<b>HISTORIA:</b> No 578.
<b>CC.</b> 79820553.	<b>GDO</b> TE	<b>FECHA</b> 26/08/03.	
<b>UNIDAD:</b> BINOT.		<b>DIAGNOSTICO:</b>	
<b>H.L.V.</b>		<b>HBsAg</b>	
<b>Resultado:</b> _____		<b>Resultado:</b> _____	
<b>Técnica:</b> _____		<b>Técnica:</b> _____	
<b>Sensibilidad:</b> _____		<b>Sensibilidad:</b> _____	
<b>Especificidad:</b> _____		<b>Especificidad:</b> _____	
<b>SEROLOGIA:</b>		<b>HEMOCLASIFICACION:</b>	
No Reactiva <input checked="" type="checkbox"/> Reactiva _____			
<b>OTRO :</b>			

**Fecha:** 26/08/03 .

**Iniciales:** 

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD

Concepto de salud

ESM No. \_\_\_\_\_ Lugar: Medellin, 28-08-03

ASUNTO: Concepto médico de: Ortopedia (Especialidades)

AL: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES

1. IDENTIFICACION

Apellidos y nombres: Rodriguez Gerardo Jair

Sexo: M. Fec: 12/1/75 TE.

Código No. 732

Motivo: Ascenso

2. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección por evaluar:

Creciente de 1 año de evolución de dolor en  
rodillas y tobillo izq.

A. Diagnóstico: 1) Osteoartritis patelofemoral bilateral  
2) Luxación de tendones de los peroneos tobillo  
izquierdo.

B. Estado actual: Rodillas con estabilidad bilateral  
leve patelofemoral.  
Tobillo izq. con cicatriz quirúrgica antigua  
a nivel de malista lateral. Dolor a la circum-  
ducción de tobillo. Sin déficit neurológico  
distal.

C. Concepto: Semeles. Dolor crónico rodillas y  
tobillo izq.

Manuel Angel Rinta  
Especialista en Traumatología  
E.N. 54-2504/96

Firma, postfirma y No. Registro Médico

# CLÍNICA DE URABÁ LTDA

NIT 800058856-1

TEL 8281738 - 8281914

## REMISIÓN DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE YAIR LEANDRO RODRIGUEZ G.  
FECHA Marzo 11 de 2003. CÉDULA \_\_\_\_\_  
AFILIACIÓN \_\_\_\_\_ PATRONAL \_\_\_\_\_  
TIPO DE VINCULACIÓN C B P EDAD 28a.  
E.P.S. A LA QUE PERTENECE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
RESIDENTE EN: \_\_\_\_\_ OFICIO: \_\_\_\_\_  
REMITIDO A: \_\_\_\_\_

SE REMITE PARA: Procesar las Biopsias del tercio distal del esófago  
y del antro gástrico.

SUSTENTACIÓN CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
Dolor y síntomas de RGE.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA ESOFAGITIS I. ANTRITIS. EROSIONES ANTRALES.  
ULCERA DUODENAL.

MÉDICO REMITENTE.

CARLOS E. PAREDES Z.  
CIRUGÍA GENERAL

ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
C.C. 10 528 007-REG. 5471



Clinica de  
**URABA**

**CLÍNICA DE URABÁ S.A.**

NIT 800058856-1

Calle 100E No. 111 - 78 Tel 8281736

E-mail : cluraba@edatel.net.co - Apartadó

**INFORME DE VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR**

NOMBRE DEL PACIENTE: YAIR LENDRO RODRIGUEZ GIRALDO.

FECHA: Marzo 11 de 2003.

CÉDULA: 79820553.

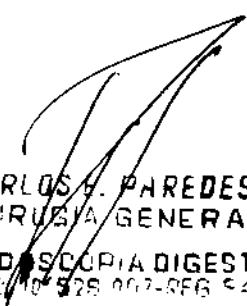
EDAD: 28a.

**ESOFAGOSCOPIA:** Calibre normal, paredes elásticas, peristaltismo normal, la mucosa en los tercios proximales es normal, en el tercio distal hay líneas eritematosas no confluentes que van hasta el cardias, mucosa friable, sangra con facilidad. el esfínter esfágico permanece abierto durante todo el examen, hernia hiatal. Bx del tercio distal.

**GASTROSCOPIA:** Paredes elásticas, pliegues de distribución normal, el contenido líquido, claro, escaso, peristaltismo normal, la mucosa del cuerpo y fundus es normal, el antro edematoso, con parches eritematosos y lesiones aftoides. BX del antro. Píloro sano, en la retrovisión se aprecia la hernia hiatal ya descrita (bx antro).

**DUODENOSCOPIA:** Bulbo bien formado, en la pared anterior hay una de 2 mm. cubierta de fibrina. La segunda porción normal.

**DIAGNOSTICO:**  
ESOFAGO: ESOFAGITIS G I  
HERNIA HIATAL  
ESTOMAGO: ANTRITIS . EROSIONES.  
DUODENO: ULCERA ACTIVA.

  
CARLOS A. PAREDES Z.  
CIRUGIA GENERAL  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
C.C. NO 528 007-886 9471

601  
R

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL

ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL 1198  
REGISTRADA EN LA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO

LUGAR Y FECHA                      Santafé de Bogotá, D.C. 08-OCT-98

INTERVIENEN                      TE MED. HERNAN CAMPOS GAHONA  
Oficial de Sanidad

Doctor ALVARO CAMPO RUSSO  
Oficial de Sanidad

Doctor GUILLERMO ARIAS RESTREPO  
Representante Juntas Médicas Sanidad

ASUNTO    Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar, que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo 21 Decreto 94 del 11 DE ENERO DE 1989, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes: ORTOPEDIA.

I                      IDENTIFICACION

Grado ST    Apellidos y Nombres completos: RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO    Código Militar: 79820553    Cédula de Ciudadanía No. 79.820553 DE SANTAFE DE BOGOTA D.C.    Fecha de Nacimiento 30-ENERO-1975    Natural de: MANZANARES-CALDAS    Edad: 23 Años.  
Dirección: CARRERA 74 A No.35-90 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                      NO. X

Tribunal Médico?                      SI                      NO. X

B.    Antecedentes del informativo:

INFORMATIVO ADMINISTRATIVO No.173 DE FECHA: DIC-17-97 UNIDAD:BIROOK.  
INFORMATIVO ADMINISTRATIVO No. 174 DE FECHA: JUN-27-98. UNIDAD: BIROOK



ST. RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO, JMN.1198 08-OCT-98 BRIM2.BCG22-

CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS:

(AFECCION POR EVALUAR- DIAGNOSTICO- ETIOLOGIA- TRATAMIENTOS VERIFICADOS -  
ESTADO ACTUAL- PRONOSTICO FIRMA MEDICO.)

FECHA. 29-SEP-98-

SERVICIO: ORTOPEDIA

AFECCION POR EVALUAR. 17-DIC-97 Y 29-JUN-98. DIAGNOSTICO. FRACTURA V  
METACARPIANO MANO DERECHA EN 2 OCAIONES ULTIMO 27-JUN-98 REFIERE  
DISMINUCION DE FUERZA DE 4 DEDO ESTADO ACTUAL: FUE OPERADO POR LUXACION  
DE TENDONES PERONEOS OPERADO MAR-7-98 ACTUALMENTE CON DOLOR CON EL  
EJERCICIO. EXAMEN FISICO: MANO DERECHA V METACARPIANO CLINICAMENTE  
ALINEADO. ARCO DE MOBILIDAD COMPLETO. CONCEPTO: PIE IZQUIERDO: CICATRIZ  
RETROMALEOLAR EXTERNA DE MAS O MENOS 5CMS. MOBILIDAD NORMAL DEL CUELLO  
DE PIE. FDO. DR. MAURICIO FORERO. ESP. BASAN

IV. CONCLUSIONES:

DIAGNOSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1º EL 17-DIC-97 TRAUMA CUELLO PIE IZQUIERDO. CON LUXACION DE TENDONES  
PERONEOS TRATADO QUIRURGICAMENTE QUE DEJA COMO SECUELA: (A) DOLOR  
CUELLO DE PIE IZQUIERDO. SIN LIMITACION DE MOVIMIENTOS.  
2º EL 29-JUN-98. TRAUMA MANO DERECHA CON FRACTURA 5º METACARPIANO TRATADO  
QUE DEJA COMO SECUELA: (A) CALLO OSEO DOLOROSO 5º METACARPIANO MANO  
DERECHA

601  
R

ST. RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO. JMN. 1198. 08-OCT-98. BRIM2. BCG22.

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

LE DETERMINA INCAPACIDAD RELATIVA Y PERMANENTE.  
NO APTO (SE RECOMIENDA CAMBIO DE ARMA).

C. *Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.*

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL DIECINUEVE POR CIENTO (19%).

D. *Imputabilidad del servicio.*

LESION 1 OCURRIDA EN EL SERVICIO POR CAUSA Y RAZON DEL MISMO ACUERDO INFORMATIVO ADMINISTRATIVO No. 173/97 RELACIONADO ANTERIORMENTE. LESION 2 OCURRIDA EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA NI RAZON DEL MISMO ACUERDO INFORMATIVO No. 174/98 RELACIONADO ANTERIORMENTE.

E. *Fijación de los correspondientes índices.*

DE ACUERDO AL ARTICULO 21 DECRETO 94 DEL 11 ENERO 89 LE CORRESPONDE POR:  
1º (A) NUMERAL 1-205 LIT (A) ORDINAL (1) INDICE DOS (2). 2º (A) NUMERAL 1-108 LIT (A) INDICE DOS (2).

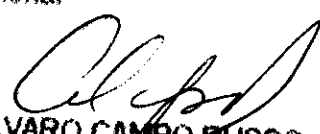
En presencia de los participantes se establece que la decisión ha sido tomada por unanimidad y corresponde a la veracidad de los hechos


#### VI. RECURSOS:

Contra la presente Acta de Junta Médica Laboral procede el recurso de solicitar convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión 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 Enero 11 de 1989.

Ante la Subsecretaría General del Ministerio de Defensa Nacional

  
TE MED. HERNAN CAMPOS GAHONA  
Oficial de Sanidad

  
Doctor ALVARO CAMPO RUSSO  
Oficial de Sanidad

  
Doctor GUILLERMO ARIAS RESTREPO  
Representante Juntas Médicas Sanidad

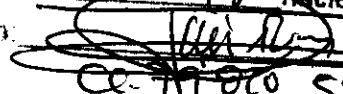
#### VII. NOTIFICACION:

El acta de Junta Médica No. 1198 de fecha 08-OCT-98 se notificó en forma personal al Señor ST. RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO En Santa Fe de Bogotá, el día 22 OCT 98 haciendo saber el contenido del Art. 30 del Decreto 94 de 1989.

Notificado:

Notificador:

HCG/ma.

  
Cc. HGO. SSS de Bogotá

OK

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD

Santa fe de Bogotá, D.C. 08-OCT-98

CONSTANCIA

En la fecha se le practico Junta Medica NO. \_\_\_\_\_ al ST. RODRIGUEZ  
GIRALDO YAIR LEONARDO

EL INTERESADO:



GC NO. 79' 020.552 de  
Bogotá

MÉDICOS OFICIALES DE SANIDAD PARTICIPANTES

DR. ARIAS RESTREPO DR. ALVARO CAMPO GUILLERMO RUSSO TEMD. HERNAN CAMPOS GAHONA

EL INTERESADO DEBE NOTIFICARSE PERSONALMENTE DENTRO DE LOS 15 DÍAS SIGUIENTES A LA EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE; VENCIDO EL PLAZO SE FIJARÁ UN EDICTO POR EL TERMINO DE 30 DÍAS. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LAS CONCLUSIONES DE LA JUNTA MEDICA PODRÁ SOLICITAR CONVOCATORIA DE TRIBUNAL MEDICO DE REVISIÓN DENTRO DE LOS 4 MESES, A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE LE NOTIFICO

DR. GUILLERMO ARIAS RESTREPO  
Representante Juntas Medicas

CT. CARLOS JULIO MARTÍNEZ RAMÍREZ  
Jefe Sección Medicina Laboral /DISAN

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL

Santafé de Bogotá, D.C.

290988

ASUNTO:

Concepto de:

VF 10-10-11

AL :

DATOS GENERALES

1. IDENTIFICACION

Apellidos y nombres: RODRIGUEZ GERALDO JAIR LEANDRO

Sexo: M. Fecha de nacimiento 30 Enero 1975 Grado ST.

Código No. 79020553 Historia clínica No. \_\_\_\_\_

Motivo: Concepto del Quinto metacarpiano y  
Tendones peroneos pie izquierdo Junta médica  
para Ascenso

2. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección por evaluar: \_\_\_\_\_

17 de diciembre 1997.

29 de Mayo Junio 1998.

3. DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

Fractura I. Metacarpiano base  
Derecha en 2 pedruzcos rotura 29 junio 98  
refusa tratamiento de faja porosis  
de 1.5 cm.

4. ESTADO ACTUAL: \_\_\_\_\_

Se operó por la rotura de tendones  
peroneos operado Mayo 1998 codo nivel  
con dolor local operado

1. Jirón Mano Derecha I. Metacarpiano  
alguno nivel abriendo, con dolor local  
completo.

5. D. CONCEPTO: \_\_\_\_\_

Por Tránsito: Concepto ortopédico  
extremo dist. brazo. nivel del nivel del  
hombro de pie

Firma, postfirma y sello del Especialista

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

Santa Fe de Bogotá, D.C. 15 SE 1977

DE: DISAN

PARA: BCG-22

285606

No. \_\_\_\_\_ /CE-DISAN-ML-OF. 106 X PERMITOME INFORMAR ESE COMANDO ST  
RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO ENCUENTRASE APLAZADO ASCENSO X  
MENCIONADO OFICIAL DEBE PRESENTARSE MAYOR BREVEDAD DISAN SECCION  
MEDICINA LABORAL FIN ELABORE CONCEPTO CIRUGIA PLASTICA X TC. JIMENEZ  
HILARION DISAN X

Capitan CARLOS JULIO MARTINEZ RAMIREZ  
Jefe Sección Medicina Laboral - DISAN

B 601<sup>d</sup>  
R

Tamanho 3 x 6. Pedra engastada  
brilhante

Tamaño 3 x 4 - Papel de grado  
brillante

**Léase la nota final del reverso antes de escribir**

1- Apellidos y nombres		2- Grupo		3- Cédula o T I	
RODRIGUEZ GIRALDO YAIR LEANDRO		ST		796970.553 de Bogotá	
4- Dirección de la residencia habitual		5- Motivo del examen		6- Fecha del examen	
Kra 24A # 35-90 Sur.		Ascenso.		11 AGOSTO 1998.	
7- Sexo	8- Edad	9- Nombre de los padres y residencia habitual		10- Lugar de nacimiento	
M.	T.	ORLANDO RODRIGUEZ MARIN- NUBIA GIRALDO DEBELARZ Kra 24A # 35-90 Sur.		MANZANARES (CALDAS)	
11- Fecha de nacimiento		12- Fecha de ingreso al servicio		13- Ciudad o república donde se hace el examen	
030 01 75		Suños 7 meses.		DISPENSARIO CENTRAL.	
14- Cargo o empleo		15- ¿Se otorga el exanimado con vida?			
TENIENTE.		BUENO.			

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO LA CAUSA	EDAD A QUE MURO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre	52	Bueno			T. Sarcosina		X	
Madre	42	Bueno			Sifis		X	
Esposo					Difteria	X		
HERMANOS	13	Bueno			Chancro		X	
					Escarlatina		X	
					Fiebre tifoidea		X	
					Fiebre paratifoidea		X	
					Fiebre de la peste		X	
					Fiebre de la peste bubónica		X	
					Fiebre de la peste séptica		X	
					Fiebre de la peste pulmonar		X	
					Fiebre de la peste hemorragica		X	
					Fiebre de la peste gangrenosa		X	
					Fiebre de la peste mixta		X	
					Fiebre de la peste atípica		X	
					Fiebre de la peste desconocida		X	
					Fiebre de la peste no clasificada		X	
					Fiebre de la peste no identificada		X	
					Fiebre de la peste no determinada		X	
					Fiebre de la peste no especificada		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	
					Fiebre de la peste no comprobada		X	
					Fiebre de la peste no verificada		X	
					Fiebre de la peste no confirmada		X	
					Fiebre de la peste no probada		X	
					Fiebre de la peste no demostrada		X	
					Fiebre de la peste no establecida		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	
					Fiebre de la peste no comprobada		X	
					Fiebre de la peste no verificada		X	
					Fiebre de la peste no confirmada		X	
					Fiebre de la peste no probada		X	
					Fiebre de la peste no demostrada		X	
					Fiebre de la peste no establecida		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	
					Fiebre de la peste no comprobada		X	
					Fiebre de la peste no verificada		X	
					Fiebre de la peste no confirmada		X	
					Fiebre de la peste no probada		X	
					Fiebre de la peste no demostrada		X	
					Fiebre de la peste no establecida		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	
					Fiebre de la peste no comprobada		X	
					Fiebre de la peste no verificada		X	
					Fiebre de la peste no confirmada		X	
					Fiebre de la peste no probada		X	
					Fiebre de la peste no demostrada		X	
					Fiebre de la peste no establecida		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	
					Fiebre de la peste no comprobada		X	
					Fiebre de la peste no verificada		X	
					Fiebre de la peste no confirmada		X	
					Fiebre de la peste no probada		X	
					Fiebre de la peste no demostrada		X	
					Fiebre de la peste no establecida		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	
					Fiebre de la peste no comprobada		X	
					Fiebre de la peste no verificada		X	
					Fiebre de la peste no confirmada		X	
					Fiebre de la peste no probada		X	
					Fiebre de la peste no demostrada		X	
					Fiebre de la peste no establecida		X	
					Fiebre de la peste no reconocida		X	
					Fiebre de la peste no registrada		X	
					Fiebre de la peste no documentada		X	

ANÁLISIS HISTÓRICO CLÍNICO		SI	NO	HA SUFRIDO HISTÓRICAMENTE	SI	NO	HA SUFRIDO HISTÓRICAMENTE	SI	NO
Diabetes		X		Pérdidas de sangre	X		Hemorroides	X	
Asma		X		Perturbaciones de la vista	X		Costras	X	
Tos frecuente		X		Hemorroides frecuentes	X		Maraca de carne trancón mal	X	
Perturbaciones del codo		X		Ictericia	X		Pierda de la memoria	X	
Perturbaciones de las vías respiratorias		X		Cáncer	X		Acidosis o diabetes o alcoholismo excesivo	X	
Colo		X		Sangre en la orina	X		Esclerosis	X	
Cólicos		X		Deformidad huesos articulación nervios	X		Mal de oídos	X	
Apéndice		X		Epilepsia o ataques	X		MUJERES		SI NO
Insomnias o enfermedades del recto		X		Deformidad de la	X		Edad de la menarquia	X	
Migrañas frecuentes o dolores de cabeza		X		Enuresis nocturna	X		Ha sido tratada por algún especialista	X	
Enfermedad de la vejiga		X		Usa sillas para orinar	X		Del sexo	X	
Parálisis		X		Ha intentado suicidio	X		Ha estado embarazada	X	
Frecuente sueño intranquilo		X		Tuberculosis	X		Tarea menstruada es dolorosa	X	
Es alérgico a medicamentos		X		Fajitas de	X		Sexo actual	X	
Úlcera gástrica o intestino		X		Perturbaciones de la vista	X		Ha tenido flujo vaginal	X	
Sangre excesivamente por extracciones		X		Perturbaciones de la garganta	X		Monstruosidad irregular	X	
Antes de pequeñas heridas		X		Bronquitis crónica	X		Fecha última menstruación		
Frispela		X		Tumores	X		Menstruación		Normal Excesiva
Dolor o inflamación articulares		X		Fracturas	X				

¿Qué empleo ha tenido en los 3 últimos años?

OFICIAL DEL EJERCITO

¿En qué período más tiempo Meses

¿Cuál es su estado actual?

OFICIAL DEL EJERCITO

¿Es Ud. derecho?

Es Ud. derecho

¿Es Ud. zurdo?

Es Ud. zurdo

MARQUESE 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 cierta postura?		X
e) Por otras razones de orden médico, es inhabil?		X
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su 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 interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		X
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		X
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? 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

OBSERVACIONES

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

Nombre del examinado - Letra de imprenta

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL EXAMINADO

REPUBLICA DE COLOMBIA  
SANTIDAD FUERZAS MILITARES  
FICHA MEDICA  
(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1- Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ GERALDO JAIR LEANDRO.			2- Grado o cargo ST.	3- Identificación C.C., L.M., etc. 79870553 de Boyota
4- Dirección del domicilio - Ciudad Kra 84a # 35-90 Sur.			5- Causa del examen ASCENSO	6- Fecha del examen 11 Agosto de 1998.
7- Sexo M.	8- Nacionalidad COLOMBIANO	9- Tiempo de servicio 5 años 7 meses	10- Fuerza (Ejér., Arm., Fac.) EJERCITO	11- Unidad o repartición BRIN 1 BCGH22
12- Fecha de nacimiento 30 enero 1975		13- Lugar de nacimiento MANZANARES (CALLES)	14- Nombre y dirección del pariente más cercano NUBIA GERALDO ARBELAEZ Kra 84a # 35-90 Sur.	
15- Dependencia médica donde se practica el examen			16- Cargo a que aspira o promueve TENIENTE	OBSERVACIONES:

EVALUACION CLINICA			
Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anote NE si no se evaluó	
✓		17- Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo	
✓		18- Nariz	
✓		19- Senos (Max. front., mastoides)	
✓		20- Boca y garganta	
✓		21- Oído en general	
✓		22- Timpanos	
✓		23- Ojos en general	
✓		24- Oftalmológico (examen)	
✓		25- Pupilas	
✓		26- Movilidad ocular	
✓		27- Pulmones y tórax	
✓		28- Corazón y grandes vasos	
✓		29- Sist. vascular periférico y linfáticos	
✓		30- Abdomen y vísceras	
✓		31- Ano y recto	
✓		32- Sistema endocrino	
✓		33- Genito urinario	
✓		34- Extremidades superiores	
✓		35- Extremidades inferiores	
✓		36- Pies	
✓		37- Columna vertebral y esqueleto en gral.	
	X	38- Señales, cicatrices, tatuajes	
		39- Piel y uñas	
✓		40- Neurología	
		41- Psiquiatría	
PARA MUJER		42- Pélvis	Rectal

NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. (Anótase cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y edicione hojas si es necesario).

IM  $\frac{14}{13}$

23-26 Normal.



Escorpión → Uapala Perceon

O Caries - + Obturadas - x No tratables - A Ausentes - T Para tratamiento - H Prótesis fija - ( ) - Prótesis removible			
44- Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente			
DERECHO			
IZQUIERDO			
Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias			
Articulación			
Oclusión			
Partes blandas			
Estado gral de la boca			
PRUEBAS DE LABORATORIO			
45			
ORINA			
46- Rayos X. pulmones, fecha, lugar, No radioscopia, resultado			
47- Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)			
48- Moco y línta			
49- Tipo de sangre y factor Rh			
50- Otras pruebas			

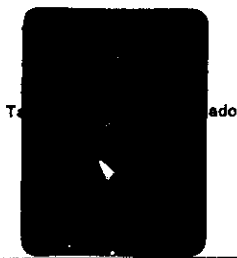


R.M. No. 2746194



PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)  
Léase la nota final del reverso antes de escribir



1- Apellidos y nombres		2- Grado		3- Cédula o T.I.	
RODRIGUEZ GIRALDO JAIR LEONARDO		SUBTENIENTE		79'820.553	
4- Dirección de la residencia habitual		5- Motivo del examen		6- Fecha de examen	
KRA 84A NO 35-90 SUR		ASCENSO			
7- Sexo	8- Raza	9- Nombre de los padres y residencia habitual		10- Lugar de nacimiento	
Masculino		ORLANDO RODRIGUEZ MARIN NUBIA GIRALDO ARBELAEZ.		MANZANARES (Caldas)	
11- Fecha de nacimiento		12- Total años de servicio		13- Unidad o repartición donde se hace el examen	
Día 30 Mes I Año 95		Militar 3 años Civil		ESMIC	
14- Cargo que aspira		15- Cómo juzga el examinado su salud?			
SUBTENIENTE					

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD A QUE MURIO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre	48	Bien			Tuberculosis		X	
Madre	38	Bien			Sífilis		X	
Esposa					Diabetes		X	
Hermanos (a)	10	Bien			Cáncer		X	
					Enfermedades del riñón		X	
					Enfermedades del corazón		X	
Hijos					Enfermedades del estómago		X	
					Reumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsia		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales (locos)		X	

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria		X	Pérdidas de conocimiento		X	Forunculosis		X
Asma		X	Perturbaciones de la nariz		X	Cojeras		X
Tos ferina		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 alcohol en exceso		X
Coto		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad huesos, articulación u otros		X	Ha sido sonámbulo		X
Apendicitis		X	Epilepsia o ataques		X	MUJERES	SI	NO
Hemorroides o enfermedad 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 propio del sexo		
Enfermedades venéreas		X	Usa aparatos para oír		X	Ha estado embarazada		
Parálisis		X	Ha intentado suicidio		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Frecuente sueño intranquilo		X	Tuberculosis		X	Ciclo actual		
Es adicto a narcóticos		X	Palpitaciones		X	Ha tenido flujos vaginales		
Usa aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Menstruaciones irregulares		
Sangra excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas		X	Perturbaciones de la garganta		X	Fecha última menstruación		
Erisipela		X	Bronquitis crónica		X			
Dolor o inflamación articulaciones		X	Tumores		X	Menstruación	<input type="radio"/> Normal	
		X	Fracturas	X			<input type="radio"/> Excesiva	
Qué empleo ha tenido en los 3 últimos años?			En cuál permaneció más tiempo. Meses			Cuál es su oficio actual		Es Ud. derecho <input checked="" type="radio"/>
								Es Ud. zurdo <input type="radio"/>

MARQUESE 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 cierta postura?		X
e) Por otras razones de orden médico, es inhábil?		X
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su 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 interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		X
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		X
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? 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

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 cargo que aspiro.

Nombre del examinado - Letra de imprenta

JAIRO LEONARDO RODRIGUEZ GIRALDO

25 de octubre / 49 DISPENSARIO FMIC

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL EXAMINADO

REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES

FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ GIBALDO JAIR LEONOR			2. Grado o cargo SUBTENIENTE		3. Identificación C. C., L. M., etc. 79.820.553	
4. Dirección del domicilio - Ciudad Km 84 A - NO 35-90 SUR			5. Causa del examen ASCENSO		6. Fecha del examen 25	
7. Sexo M	8. Nacionalidad Colombiano	9. Tiempo de servicio 3 años	10. Fuerza (Ejér., Arm., Fec.) EJERCITO		11. Unidad o repartición ESMIC	
12. Fecha de nacimiento 30 enero 1995			13. Lugar de nacimiento MANIZALES (Caldas)		14. Nombre y dirección del pariente más cercano NUBIA GIBALDO ARBELAEZ Km 84 A NO 35-90 SUR	
15. Dependencia médica donde se practica el examen ESMIC			16. Cargo actual o promueve SUBTENIENTE		OBSERVACIONES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anot. NE si no sea evaluó.
		17. Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
		18. Nariz
		19. Senos (Max. front., mastoides)
		20. Boca y garganta
		21. Oído en general
		22. Timpanos
		23. Ojos (en general)
		24. Oftalmológico examen
		25. Pupilas
		26. Movilidad ocular
		27. Pulmones y tórax
		28. Corazón y grandes vasos
		29. Sist. vascular periférico y linfático
		30. Abdomen y vísceras
		31. Ano y recto
		32. Sistema endocrino
		33. Gástrico urinario
		34. Extremidades superiores
	X	35. Extremidades inferiores
		36. Pies
		37. Columna vertebral y esqueleto en gen.
		38. Señales, cicatrices, tatuajes
		39. Piel y faneras
		40. Neurología
		41. Psiquiatría

NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. Anótese cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y edicione hojas si es necesario.

14  
16

35 limitaciones temporales  
de la flexión de rodilla  
Izquierda post trauma  
no se curó

PARA MUJER	42. Pélvis	Virginal	Rectal	43. Enfermedades que haya tenido en el servicio fibromioma izquierda
------------	------------	----------	--------	---

44. Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente														Observaciones y otros defectos y enfermedades dentales					
DERECHO							IZQUIERDO							Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado gen. de la boca		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Normal	Articulación	Partes blandas	Estado gen. de la boca
A																			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Anormal	Articulación	Partes blandas	Estado gen. de la boca
F																			

PRUEBAS DE LABORATORIO

45. ORINA			46. Rayos X pulmones, fecha, lugar, No. radiografía, resultado.		47. Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)	
Albúmina	Azúcar	Sedimento				
48. Moco y linfa			49. Tipo de sangre y factor Rh		50. Otras pruebas	

Los ítem 56 a 68 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición.

51 - Estatura 1.80	52 - Color cabello castaño	53 - Color ojos cafe claros	54 - Raza Taiguena	55 - Temperatura				
56 - Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón) 110/70		57 - Pulso 72						
Sentado Sist. Diast.	Acostado Sist. Diast.	De pie 3 minutos Sist. Diast.	Sentado Des. eíerc. 2 minutos después	Acostado Después 3 m. de pie				
58 - Visión a distancia Derecho 20/20 Corrige a 20/ Izquierdo 20/20 Corrige a 20/		59 - Refracción Por lent. Est. Cil. Por lent. Est. Cil.		60 - Visión de cerca Corrige a con				
61 - Metereoforias (especificar la distancia)	Es.	Ex.	Hip. Dch.	Hip. Iza.				
62 - Acomodación Derecho Izquierdo		63 - Visión de color		64 - Percepción de profundidad				
65 - Campo visual		66 - Visión nocturna		67 - Lente rojo				
68 - Tensión intraocular		69 - Capacidad Auditiva						
70 - AUDIOMETRIA		71 - Psicología y Palcomotor (especificar las pruebas, usadas y el puntaje obtenido)						
		250	500	1000	2000	3000	4000	8000
		256	512	1024	2048	3896	4096	8192
Derecho		10	10	5	10	5	5	15
Izquierdo		0	0	5	10	5	5	20

72 - OBSERVACIONES

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)

Citar ortopedia

2-71-95-070

Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)	Debe llenarse en blanco (Debe llenarse al Jefe de Sanidad de Fuerza)	ASPECTOS FISICOS				
		Paladar	Cabeza	Tráquea	Costa	Extre.
Si NO es apto enumérense los defectos que lo incapacitan		CONDICION FISICA				
		Aptitud completa	Aptitud con defectos	Aptitud para las funciones	No Apto	
Grado y nombre en letra de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO u Oficial de Sanidad Odont. Indíquese cuál	Firma:					
Grado y nombre en letra de imprenta o a máquina del Ofc. San. MEDICO	Firma:					
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Ofc. San.	Firma:					
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor	Firma:	No. de hojas adicionales				

PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)  
Léase la nota final del reverso antes de escribir

76  
EP. RICARTE

1-Apellidos y nombres			2-Grado		3-Cédula o T. I.	
RODRIGUEZ GIRALDO JAIR LEONARDO			CADETE		CC. 79'820-553 de Bogotá	
4-Dirección de la residencia habitual			5-Motivo del examen		6-Fecha del examen	
Kra 84 A Nº 35-40 SUR			Ascenso			
7-Sexo	8-Raza	9-Nombre de los padres y residencia habitual			10-Lugar de nacimiento	
MASCULINO		ORLANDO RODRIGUEZ MARIN			MANIZANARES (CALLES)	
11-Fecha de nacimiento		12-Total años de servicio		13-Unidad o repartición donde se hace el examen		
30 1 75 Día Mes Año		1 1/2 Militar Civil		DISPENSARIO ESMIC		
14-Cargo que aspira				15-Cómo juzga el examinado su salud?		
ALFEREZ						

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD A QUE MURO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE.	SI	NO	PARENTESCO
Padre	48	Bueno			Tuberculosis		X	
Madre	38	Bueno			Sífilis		X	
Esposa					Diabetes		X	
Hermanos	9	Buena			Cáncer		X	
					Enfermedades del riñón		X	
					Enfermedades del corazón		X	
Hijos					Enfermedades del estómago		X	
					Rumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsia		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales (locos)		X	

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria		X	Pérdidas de conocimiento		X	Ferunculosis		X
Asma		X	Perturbaciones de la nariz		X	Cojeras		X
Tos ferina		X	Resfriados frecuentes		X	Mareos de carro, tren, avion, mar		X
Perturbaciones del oído		X	Ictericia		X	Pérdida de la memoria		X
Perturbaciones de las vías digestiv.		X	Cáncer		X	Adicto a bebidas alcoh. en exce		X
Coto		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad huesos, artic. u otros		X	Ha sido sonámbulo		X
Apendicitis		X	Epilepsia o ataques		X	MUJERES		
Hemorroides o enfermed. del recto		X	Depresión o angustia		X	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratada por algún desor-		
Enfermedades venéreas		X	Usa aparatos para oír		X	den propio del sexo		
Parálisis		X	Ha intentado suicidio		X	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquillo		X	Tuberculosis		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a narcóticos		X	Palpitaciones		X	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por extrac-			Perturbaciones de la garganta		X	Menstruaciones irregulares		
ciones dentales o pequeñas heridas		X	Bronquitis crónica		X	Fecha última menstruacion		
Erisipela		X	Tumores		X	Menstruación <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Excesiva		
Dolor o inflamación articulaciones		X	Fracturas		X			
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?			En cuál permaneció más tiempo. Meses			Cuál es su oficio actual		
NINGUNO						Es Ud. derecho <input checked="" type="radio"/> Es Ud. zurdo <input type="radio"/>		

**MARQUESE SI O NO, - SI SE MARCA "SI" DEBE EXPLICARSE AL FRENTE**

	SI	NO
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		
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 cierta postura?		X
e) Por otras razones de orden médico, es inhábil?		X
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su 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? Cual?		X
Ha estado interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		X
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		X
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? 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

**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 cargo que aspiro.

Nombre del examinado - Letra de imprenta

RODRIGUEZ GILBERTO JAIR LEONORO

28-X-94 - DISCULSARIO ESMIC

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL EXAMINADO

# REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES

## FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1 - Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ GIBALDO JAIR LEANDRO			2 - Grado o cargo CAPETE	3 - Identificación C. G. L. M., etc. CC 79'820.553 de Bogotá
4 - Dirección del domicilio - Ciudad Kya 84 A No 35-40 SUR			5 - Causa del examen ASCENSO	6 - Fecha del examen
7 - Sexo MASCULINO	8 - Nacionalidad COLOMBIANO	9 - Tiempo de servicio 1 1/2 años	10 - Fuerza (Ejér., Arm., Faa.)	11 - Unidad o repartición
12 - Fecha de nacimiento 30 enero de 1975		13 - Lugar de nacimiento Manizales (Caldas)	14 - Nombre y dirección del pariente más cercano Madre: Dña. Giraldo de Rodríguez - Kya 84 A No 35-40 SUR	
15 - Dependencia médica donde se practica el examen DISPENSARIO ESMIC			16 - Cargo a que aspira o promueve ALFEBEZ	OBSERVACIONES:

### EVALUACION CLINICA

NOTA: Describir cada anormalidad detalladamente. (Anótase cada número del ítem. pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y adhiere hojas si es necesario).

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem. en la columna apropiada. Anot. NE si no sea evaluó.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 - Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 - Nariz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 - Senos (Max. front., mastoideos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 - Boca y garganta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 - Oído en general
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 - Timpanos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 - Ojos (en general)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 - Oftalmológico (examen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 - Pupilas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 - Movilidad ocular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 - Pulmones y tórax
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 - Corazón y grandes vasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 - Sist. vascular periférico y linfático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 - Abdomen y vísceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 - Ano y recto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 - Sistema endocrino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 - Génito urinario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 - Extremidades superiores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 - Extremidades inferiores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 - Pies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 - Columna vertebral y esqueleto en genl.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 - Señales, cicatrices, tatuajes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 - Piel y faneras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 - Neurología
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41 - Psiquiatría

14 = 16 / 16

PARA MUJER	42 - Pelvis	Vagina	Rectal
------------	-------------	--------	--------

43 - Enfermedades que haya tenido en el servicio

44 - Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente

DERECHO								IZQUIERDO							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias			
Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado genl. de la boca
Normal <input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Anormal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### PRUEBAS DE LABORATORIO

45 - ORINA			46 - Rayos X pulmones, fecha, lugar, lit. radioscopia, resultado.	47 - Geriología (especifique las pruebas empleadas y resultados)
Albumina	Azúcar	Sedimento		
48 - Moco y linfa		49 - Tipo de sangre y factor Rh	50 - Otras pruebas	



Los ítem 50 a 69 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición.

51 - Estatura 1.85 y Peso kilos 70 52 - Color cabello castaño 53 - Color ojos castaños 54 - Raza caucásica 55 - Temperatura

56 - Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón) 120/70 57 - Pulso 68x1

Sentado	Sist.	Acostado	Sist.	De pie	Sist.	Sentado	Des. ejérc.	Acostado	Después 3 m. de pie
	Diast.		Diast.	3 minutos	Diast.			2 minutos después	

58 - Visión a distancia 59 - Refracción 60 - Visión de cerca

Derecho 20/ 40 Corrige a 20/ 40 Per lent. Esf. CH. Corrige a con

Izquierdo 20/ 40 Corrige a 20/ 40 Per lent. Esf. CH. Corrige a con

61 - Heteroforias (especificar la distancia)	Es.	Ex.	Hip. Dch.	Hip. Izq.	Prm. Dív.	Prm. Conv.	P. C.	P. D.
--	-----	-----	-----------	-----------	-----------	------------	-------	-------

62 - Acomodación	63 - Visión de color	64 - Percepción de profundidad	Sin corregir	Con correc.
Derecho Izquierdo				

65 - Campo visual 66 - Visión nocturna 67 - Lente roja 68 - Tensión intraocular

69 - Capacidad Auditiva 70 - AUDIOMETRIA 71 - Psicología y Psicomotor (especificar las pruebas usadas y el puntaje obtenido)

		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	
		256	512	1024	2028	3896	4096	8192	
8.3db	Derecho	10	10	5	10	5	15	25	5
5db	Izquierdo	0	0	5	10	5	20	40	55

72 - OBSERVACIONES

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)

Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)

Si NO es así enumérense los defectos que lo incapacitan

Díjese en blanco (Debe llenarlo el Jefe de Sanidad de Fuerza)	ASPECTOS FÍSICOS				
	Priguit	Cabeza	Labios	Const.	Orgán
	CONDICION FISICA				
	Aplicad completa	Aplicad con defectos	Aplicad para los servicios	NO	Aplic

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTÓLOGO u Oficial de Sanidad Odont. (Indíquese cual)

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Ofc. San.

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Ofc. San.

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor

Firma: [Firma]  
Firma: [Firma]  
Firma: [Firma]  
Firma: [Firma]  
No. de Hoja adicionales 1

REPUBLICA DE COLOMBIA—SANIDAD FF MILITARES

PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)  
Léase la nota final del reverso antes de escribir

Sitio para el retrato  
Tamaño 3X4-Papel delgado  
brillante

1-Apellidos y nombres		2-Grado		3-Cédula o T. I.	
RODRIGUEZ GIRALDO JAIR LEONORO		SOLDADO		750130-10641 MANZANARES (Caldas)	
4-Dirección de la residencia habitual		5-Motivo del examen		6-Fecha del examen	
KRA 84A No 35-90 SUR		Ing. ESC. Mil.		05-IV-93.	
7-Sexo	8-Raza	9-Nombre de los padres y residencia habitual		10-Lugar de nacimiento	
MASCULINO	BLANCA	*ORLANDO RODRIGUEZ MARIA *NURIA GIRALDO ARBELAEZ *Barrio: Kennedy		MANZANARES (Caldas)	
11-Fecha de nacimiento		12-Total años de servicio		13-Unidad o repartición donde se hace el examen	
30 enero 75 Día Mes Año		3 meses Militar Civil		DISPENSARIO SUR	
14-Cargo que aspira		15-Cómo juzga el examinado su salud?			
Sub-Teniente del ejército		EXCELENTE			

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD A QUE MURO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE.	SI	NO	PARENTESCO
Padre	46	EXCELENTE			Tuberculosis			
Madre	37	EXCELENTE			Sífilis			
Esposa					Diabetes			
Hermanos	UNA	EXCELENTE			Cáncer			
					Enfermedades del riñón			
					Enfermedades del corazón			
Hijos					Enfermedades del estómago			
					Reumatismo			
					Alergias			
					Epilepsia			
					Suicidios			
					Enfermedades mentales (locos)			

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO
Difteria			<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdidas de conocimiento			<input checked="" type="checkbox"/>	Forunculosis			<input checked="" type="checkbox"/>
Ama			<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la nariz			<input checked="" type="checkbox"/>	Cojeras			<input checked="" type="checkbox"/>
Tos ferina			<input checked="" type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes			<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos de carro, tren, avion, 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 digestiv.			<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer			<input checked="" type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcoh. en exce			<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 huesos, artic. ú otros			<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido sonámbulo			<input checked="" type="checkbox"/>
Apendicitis			<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques			<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES		SI	NO
Hemorroides o enfermed. 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 desor-			
Enfermedades venéreas			<input checked="" type="checkbox"/>	Usa aparatos para oír			<input checked="" type="checkbox"/>	den propio del sexo			
Parálisis			<input checked="" type="checkbox"/>	Ha intentado suicidio			<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 narcóticos			<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones			<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual			
Usa aparato ortopédico			<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la vista			<input checked="" type="checkbox"/>	Ha tenido flujos vaginales			
Sangra excesivamente por extrac-			<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la garganta			<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruaciones irregulares			
ciones dentales o pequeñas heridas			<input checked="" type="checkbox"/>	Bronquitis crónica			<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha última menstruacion			
Erisipela			<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores			<input checked="" type="checkbox"/>				
Dolor o inflamación articulaciones			<input checked="" type="checkbox"/>	Fracturas			<input checked="" type="checkbox"/>	Menstruación		<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Excesiva
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?				En cuál permaneció más tiempo. Meses				Cuál es su oficio actual		Es Ud. derecho <input checked="" type="radio"/>	
ESTUDIANTE				COLEGIO				SOLDADO		Es Ud. zurdo <input type="radio"/>	

MARQUESE 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.		NO
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		NO
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		NO
e) Por otras razones de orden médico, es inhábil?		NO
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?		NO
Ha sido herido? Qué clase de arma? Qué sitio de la herida?		NO
Se le ha negado algún seguro de vida?		NO
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?		NO
Ha estado interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		NO
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		NO
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? Qué otra enfermedad?		NO
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles.		NO
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles.		NO

### 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 cargo que aspiro.

Nombre del examinado - Letra de Imprenta.

JAIRO LEONORO RODRIGUEZ EIRALDO.

05-IV-93 - DISPENSARIO SUR.

FECHA Y LUGAR



FIRMA DEL EXAMINADO

# REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES

## FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1 - Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ GILBERTO JAIR LEONARDO			2 - Grado o cargo SOLDADO		3 - Identificación C. C. L. M., etc. 750130-10641 - Manizales	
4 - Dirección del domicilio - Ciudad Kia 84A # 35 40 Suv. - Bogotá			5 - Causa del examen Ing. Esc. Mil.		6 - Fecha del examen 5 - IV - 93	
7 - Sexo MASCULINO	8 - Nacionalidad COLOMBIANO	9 - Tiempo de servicio 3 MESES	10 - Fuerza (Ejér., Arm., Fac.) EJERCITO		11 - Unidad o repartición BATALLON DE SANTO	
12 - Fecha de nacimiento 30 de enero de 1975		13 - Lugar de nacimiento MANIZALES (CALDAS)		14 - Nombre y dirección del pariente más cercano ORLANDO RODRIGUEZ M. - Kia 84 A No 35-40 Suv.		
15 - Dependencia médica donde se practica el examen DIAPENSARIO Suv.			16 - Cargo a que aspira o promueve Subj. Oficial del Ejercito		OBSERVACIONES:	
EVALUACION CLINICA			NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. (Anótase cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y adicione hojas si es necesario).			
Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anot. NE si no se evaluó.				
		17 - Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo				
		18 - Nariz				
		19 - Senos (Max. front., mastoides)				
		20 - Boca y garganta				
		21 - Oído en general				
		22 - Tímpanos				
		23 - Ojos (en general)				
		24 - Oftalmológico examen				
		25 - Pupilas				
		26 - Movilidad ocular				
		27 - Pulmones y tórax				
		28 - Corazón y grandes vasos				
		29 - Sist. vascular periférico y linfáticos				
		30 - Abdomen y vísceras				
		31 - Ano y recto				
		32 - Sistema endocrino				
		33 - Génito urinario				
		34 - Extremidades superiores				
		35 - Extremidades inferiores				
		36 - Pies				
		37 - Columna vertebral y esqueleto en gral.				
		38 - Señales, cicatrices, tatuajes				
		39 - Piel y faneras				
		40 - Neurología				
		41 - Psiquiatría				
PARA MUJER		42 - Pelvis	Vagina	Rectal	43 - Enfermedades que haya tenido en el servicio	

IM = 14/14

0 Caries - + Obturadas - X No tratables - A Ausentes - T Para tratamiento - H Prótesis fija - ( ) - Prótesis removible

44 - Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores o inferiores respectivamente																Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias				
DERECHO								IZQUIERDO								Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado gral. de la boca	
6	7	8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Normal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A															A	Anormal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6	7	8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8					
A															A					

### PRUEBAS DE LABORATORIO

45 - ORINA			46 - Rayos X pulmones, fecha, lugar, No. radioscopia, resultado.		47 - Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)	
Albúmina	Azúcar	Sedimento				
48 - Moco y linfa		49 - Tipo de sangre y factor Rh	50 - Otras pruebas			

Los ítem 56 a 69 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición.

51 - Estatura	y	Peso kilos	52 - Color cabello	53 - Color ojos	54 - Raza	55 - Temperatura
1.80		80 k.	CASTAÑO	CLAROS	BLANCA	

56 - Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)						57 - Pulso		
Sentado	Sist.	Acostado	Sist.	De pie	Sist.	Sentado	Des. ejérc.	Acostado
	Diast.		Diast.	3 minutos	Diast.		2 minutos después	Después 3 m. de pie

58 - Visión a distancia		59 - Refracción		60 - Visión de cerca	
Derecho 20/	Corrige a 20/	Por lent. Esf.	Cil.	Corrige a	con
Izquierdo 20/	Corrige a 20/	Por lent. Esf.	Cil.	Corrige a	con

61 - Heteroforias (especificar la distancia)	Es.	Ex.	Hip. Dch.	Hip. Izq.	Prm. Div.	Prm. Conv.	P. C.	P. D.
--	-----	-----	-----------	-----------	-----------	------------	-------	-------

62 - Acomodación		63 - Visión de color		64 - Percepción de profundidad		Sin corregir	
Derecho	Izquierdo					Con correc.	

65 - Campo visual	66 - Visión nocturna	67 - Lente rojo	68 - Tensión intraocular
-------------------	----------------------	-----------------	--------------------------

69 - Capacidad Auditiva	70 - AUDIOMETRIA								71 - Psicología y Psicomotor (especifique las pruebas, usadas y el puntaje obtenido)
	250	500	1000	2000	3000	4000	8000		
	256	512	1024	2028	3896	4096	8192		

Derecho	5	10	10	5		10	0
Izquierdo	15	5	0	15		10	20

72 - Observaciones

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)

Forma ERG - STORRINO  
y un poco de

Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)	Déjese en blanco (Debe llenarlo el Jefe de Sanidad de Fuerza)	ASPECTOS FISICOS					
		Prigila	Cabaza	Exap	Cont.	Exist.	Organo
Si NO es apto enumérense los defectos que lo incapacitan		CONDICION FISICA				NO Apto	
		Aptitud completa	Aptitud con Defectos	Aptitud para las Servicios			

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO u Oficial de Sanidad Odont. (Indíquese cual)	Firma:
Dr. Beatriz Helena de Valdivia	
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Ofo. San.	Firma:
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial	Firma:
Dr. Humberto Girado Aguirre	
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor	No. de hojas adicionales

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD



0f-R  
9-161  
2015

Nº 189755

ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 111337  
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

LUGAR Y FECHA: BOGOTA, D.C. NOVIEMBRE 7 de 2019

INTERVIENEN: Doctor DR(A). CARMEN AMELIA GOMEZ ROLON  
Oficial de Sanidad

Doctor DR(A). ROCIO CARBONÓ PINEDO  
Oficial de Sanidad

Doctor DR(A). KAREN NATALY SANDOVAL AVENDAÑO  
Oficial de Sanidad

ASUNTO: Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15\_ del Decreto 1796\_ de 14-SEPTIEMBRE DEL 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes.  
DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA O MEDICNA FAMILIAR-NEUROLOGIA-ORTOPEDIA-POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS-PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)-

I. IDENTIFICACIÓN: Grado MY(R). Código 79820553 Apellidos y Nombres Completos RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO CC No. 79820553 DE BOGOTA- ARMA: - FECHA DE NACIMIENTO: ENERO 30 DE 1975- NATURAL DE MANZANARES- Edad 44 años, Ciudad y Residencia Actual: CRA 79D NO. 35-90-SUR BARRIO KENEDYDE: PEREIRATEL: 0 CUENTA 04547783609 BANCOLOMBIA

## II. CAUSAL DE CONVOCATORIA

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **POR LA PRÁCTICA DE UN EXAMEN DE CAPACIDAD SICOFÍSICA EN EL QUE SE ENCUENTRAN LESIONES O AFECCIONES QUE DISMINUYEN LA CAPACIDAD LABORAL.(RETIRO)**

## III. 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 practicó Junta Médica Laboral SI X NO       .  
JUNTA MEDICA No. 1198 DE FECHA OCTUBRE 8 DE 1998 CON DCL (19%) POR EL SERVICIO DE:  
ORTOPEDIA

- Consejo Técnico SI        NO X.

- Tribunal Médico SI        NO X.

B. Antecedentes del Informativo

SIN INFORMATIVOS ADMINISTRATIVOS

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- 2-TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

Fecha: 15/12/2018 Servicio: MEDICINA INTERNA

FECHA DE INICIO: PACIENTE DE 40 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE DIABETES MELLITUS 2 NO INSULINA PENDIENTE EN MANEJO CON MEFLUMINA Y GLIMERIDA CON POBRE CONTROL METABOLICO TRÁE PARACLINICOS REFIERE VISION BORROSA MAREO SIGNOS Y SINTOMAS DICIEMBRE 2015 HEMOGLOBINA GLICELADA 7.98 GLUCOSA 2.23 POST 2.63 PARCIAL DE ORINA 3.000 CREATININA 0.8 HIV NEGATIVO TGC 296 ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL ESTADO ACTUAL MAREO VERTIGO SOMNOLENCIA POLIURIA Y POLIDIPSIA DIAGNOSTICO 1. DIABETES MELLITUS 2 NO CONTROLADA 2. HIPERTRIGLICERIDEMIA 3. OBESIDAD GRADO I PRONOSTICO FAVORABLE RECOMENDACION DIETA Y EJERCICIO Null FDO. DRO. BENEDICTO SOLANO VARGAS 082604.-

Fecha: 15/12/2018 Servicio: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

FECHA DE INICIO: ESTUDIO BILATERALMENTE CON ALTERACION DE LA CONDUCCION AUDITIVA ELECTROFISIOLOGICA HASTA TALLO CEREBRAL SUPERIOR UMBRALES ELECTROFISIOLOGICOS CON DESCENSO BILATERAL EN 4000 HZ PARA LAS FRECUENCIAS EVALUADAS RESULTADOS SE CORRELACIONAN CON LA AUDIOMETRIA DE LA FICHA MEDICA APORTADA POR EL USUARIO Null FDO. MEDICO ESPECIALISTA.-

Fecha: 30/04/2018 Servicio: NEUROLOGIA

FECHA DE INICIO PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS QUIEN REFIERE QUE HA PRESENTADO ALTERACIONES DEL SUEÑO DADOS POR INSOMNIO DE CONSOLIDACION SE ACUESTA A LAS 9 DE LA NOCHE Y SE QUEDA DORMIDO 11 A 12 PM CON MULTIPLES DESPERTARES EN LA NOCHE CON SOMNOLENCIA DIURNA ES LAS NOCHES ASOCIADO A RONQUIDOS SIGNOS Y SINTOMAS POLISOMNOGRAFIA SUEÑO ADECUADO EN TIEMPO CON ALTERACIONES DE SU ARQUITECTURA POR DISMINUCION DEL SUEÑO REM Y PROFUNDO Y MULTIPLES DESPERTARES QUE AFECTAN SU CALIDAD INDICE DE APNEA HIPOAPNEA GLOBAL ES ANORMAL 18.5 CON SATO2 PROMEDIO DE 89 MINIMA DE 70% INDICANDO QUE HAY CUADRO DE APNEA PRINCIPALMENTE OBSTRUCTIVAS E HIPOAPNEAS ASOCIADO A SUEÑO DE MODERADA INTENSIDAD. DIAGNOSTICO APNEA DEL SUEÑO ETIOLOGIA ENFERMEDAD COMUN ESTADO ACTUAL PACIENTE DE 42 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA 15 AÑOS DE EVOLUCION DE INSOMNIO DE CONCILIACION CON SOMNOLENCIA DIURNA ESCALA DE EPWORTH DE 12 CON REPORTE DE POLISOMNIGRAFIA ANORMAL PRONOSTICO BUENO CON USO DE CPAP Null FDO. DRO. HERNANDEZ PRECIADO JOSE FERNANDO 5681543.-

Fecha: 31/07/2018 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA DE INICIO: DOLOR EN LA COLUMNA Y RODILLAS DOLOR CRONICO SOBREPESO SIGNOS Y SINTOMAS RX DE COLUMNA LUMBOSACRA LIGERA ESCOLIOSIS ESPACIOS CONSERVADOS NO ALTERACIONES CUERPOS VERTEBRALES RX RODILLAS LIGERA DISMINUCION DE ESPACIOS ARTICULACIONES EN COMPARTIMIENTOS MEDIALES ESCLEROSIS DE PLATILLOS TIBIALES BILATERALES RESONANCIA MAGNETICA RODILLAS ( BILATERALES ) DENTRO DE LIMITES NORMALES ETIOLOGIA IDIOPATICA ESTADO ACTUAL DOLOR CRONICO LUMBAR Y RODILLAS SOBREPESO DIAGNOSTICO 1. LUMBALGIA MECANICA 2. GONOARTROSIS INCIPIENTE PRONOSTICO REGULAR Null FDO. DRO. CARLOS E. SANTANA 135482.-

Fecha: 25/07/2017 Servicio: DERMATOLOGIA

FECHA DE INICIO SOLICITADO POR DERMATITIS UTOPICA REFIERE PACIENTE DE VARIOS AÑOS LESIONES CON DESCAMACIONES ENROGECIMIENTO FRECUENTE EN CARA NIEGA ANTECEDENTE DE PROBLEMAS DE PIEL EN INFANCIA NIEGA VALORACIONES PREVIAS DERMATOLOGIA ADEMAS PERCIBE DESCAMACION EN CABEZA Y SURCOS DE LA NARIZ SIGNOS Y SINTOMAS CUERO CABELLUDO DESCAMACION MODERADA PUNTIFORMES NASOGENIANO MALAR Y MENTOLABIAL HERITEMATOSA CON DESCAMACION PUNTIFORME EN REGION MALAR HIPERPIGMENTACION RESIDUA ASOCIADA ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL ESTADO ACTUAL CON LESIONES TIPO DERMATITIS SEBORREICA DIAGNOSTICO DERMATITIS SEBORREICA PRONOSTICO ENTIDAD CRONICA RECURRENTE CARACTER BENIGNO Null FDO. DR. GUZMAN LOPEZ 122918.-

Fecha: 26/07/2017 Servicio: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)

FECHA DE INICIO: PACIENTE RETIRADO DE LA FUERZA HACE 2 AÑOS POR LLAMAMIENTO A CALIFICAR SERVICIO CON ANTECEDENTE DE ESTAR DETENIDO POR 7 MESES EN EL 2016. POR MUCHOS PROCESOS JUDICIALES QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRAN ABIERTOS REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CON ANSIEDAD INSOMNIO DESPERTARES SOBRESALTADO PESADILLAS DE EVENTOS DE SU VIDA MILITAR IRRITABILIDAD CONDUCCION DE HETEROAGRESION HACIA TERCEROS LO QUE HA GENERADO PROBLEMAS FAMILIARES QUE CONDUJO A LA SEPARACION LO QUE LE PRODUCE MUCHA TRISTEZA CON IDEAS DE DESESPERANZA Y SOLEDAD ACUDIO A CITA DE PSIQUIATRIA DESDE HACE 10 MESES CON TRATAMIENTO PSIQUIATRICO QUE NO REQUIERE LA SINTOMATOLOGIA SIGNOS Y SINTOMAS LO REFERIDO EN ITEM 1. ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL ESTADO ACTUAL PACIENTE COLABORADOR AFECTO EUTIMICO PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE SIN IDEAS DELIRANTES MEMORIA CONSERVADA INTROSPECCION POBRE PROYECCION INCIERTA DIAGNOSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADA PRONOSTICO PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO Null FDO. COMITE BASAN 107410.-

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS.

V. SITUACIÓN ACTUAL

A. ANAMNESIS

PACIENTE DE 44 AÑOS QUIEN ASISTE A SU JUNTA MEDICA DE RETIRO CON 22 AÑOS 8 MESES DE ANTIGÜEDAD EN LA FUERZA QUIEN REFIERE ESTAR EN CONTROLES PENDIENTE DE CPAP. ADEMAS AGREGA QUE SU PARTE EMOCIONAL SE HA VISTO AFECTADA, POR LO QUE CONSEGUIR TRABAJO HA SIDO COMPLEJO Y SU CONVIVENCIA, POR LO CUAL SIENTE QUE NECESITA AYUDA.

B. EXAMEN FÍSICO

INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS TA: 110/80 FC: 74 FR: 20C/C CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. MUCOSA ORAL HUMEDA, C/P: SIN AGREGADOS, RÍTMICOS SIN SOPLOS ABD: DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MEGALIAS, NO MASAS GU: NORMOCONFIGURADOS EXT: ROCE PATELOFEMORAL COLUMNA DOLOR EN REGION LUMBOSACRA CON RETRACCION ISQUIOTIBIAL DERECHA SNC: NO DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE. PIEL ERITEMA FACIAL CON LESIONES DESCAMATIVAS

VI. CONCLUSIONES

A- DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1) LUMBALGIA MECANICA, VALORADO POR ORTOPEDIA SINTOMATICO - 2) ARTROSIS DE RODILLAS VALORADO POR ORTOPEDIA QUE DEJA COMO SECUELA: ALGONALGIA BILATERAL - 3) APNEA DEL SUEÑO, DIAGNOSTICADO POSTERIOR A SU RETIRO VALORADO POR NEUROLOGIA CONTROLADO - 4) DERMATITIS SEBORREICA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO VALORADO POR DERMATOLOGIA CONTROLADO - 5) TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICA ASINTOMATICO SEGÚN CONCEPTO VALORADO POR PSIQUIATRIA COMITÉ BASAN CONTROLADO, DIAGNOSTICADO POSTERIORA SU RETIRO - 6) DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO CONTROLADA VALORADO POR MEDICINA INTERNA SINTOMATICO - 7) HIPERTRIGLICERIDEMIA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETARIO VALORADO POR MEDICINA INTERNA CONTROLADO - 8) OBESIDAD GRADO I SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETARIO VALORADO POR MEDICINA INTERNA CONTROLADO - 9) EXPOSICION CRONICA AL RUIDO, VALORADO CON POTENCIALES EVOCADOS QUE DEJA COMO SECUELA A) HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO DERECHO 45 DB - B) HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO IZQUIERDO 42.5 DB FIN DE LA TRASCRIPCION.-

MY(R) RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO JM No. 111337 FECHA: NOVIEMBRE 7 DE 2019 UNIDAD: SIN UNIDAD

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el <sup>3</sup> No. 189756  
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL  
NO APTO - ESTA JUNTA NO SE PRONUNCIA FRENTE A REUBICACION LABORAL POR TRATARSE DE UN RETIRO

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CUARENTA PUNTO CINCUENTA Y NUEVE POR CIENTO (40.59%) DEL (81%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No.1198/1998 CON DCL (19%)- Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (59.59%).

D. Imputabilidad del Servicio

AFECCION-1 SE CONSIDERA ENFERMEDAD PROFESIONAL, LITERAL (B)(EP) AFECCION-2 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-3 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-4 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-5 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-6 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-7 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-8 SE CONSIDERA ENFERMEDAD COMUN, LITERAL (A)(EC) AFECCION-9 SE CONSIDERA ENFERMEDAD PROFESIONAL, LITERAL (B)(EP)

E. Fijación de los correspondientes índices.

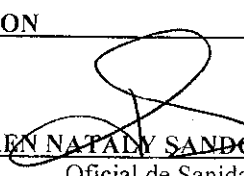
DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DECRETO 0094 DEL 11 DE ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR: 1-). NUMERAL 1 -061, LITERAL (A) INDICE UNO (1)- 2A). NUMERAL 1 -192 INDICE DOS (2)- 3-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.4-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.5-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.6-). NUMERAL 2 -057, LITERAL (A) INDICE DIEZ (10)- 7-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.8-). NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES DE LESION.9A). NUMERAL 6 -035, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)- 9B). NUMERAL 6 -035, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)-

VII. DECISIONES:

En presencia de los participantes se establece que la decisión ha sido tomada por unanimidad y corresponde a la veracidad de los hechos.

  
DR(A). CARMEN AMELIA GOMEZ ROLON  
Oficial de Sanidad

  
DR(A). ROCIO CARBONO PINEDO  
Oficial de Sanidad

  
DR(A). KAREN NATALY SANDOVAL AVENDAÑO  
Oficial de Sanidad

VIII. RECURSOS:

Contra la presente Acta de Junta Médica Laboral procede el recurso de solicitar convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en el Decreto 1796 de septiembre 14-2000. Ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional.

NOTA: ES DECIR, USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR TRIBUNAL MÉDICO DURANTE LOS 4 MESES SIGUIENTES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN, SI NO SE ENCUENTRA DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS EMITIDOS DE ESTA JUNTA MÉDICA. CUMPLIDO ESTE TIEMPO SE DARÁ TRÁMITE A LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DEL EJÉRCITO.

IX. NOTIFICACIÓN:

El acta de Junta Médica No.111337 de fecha NOVIEMBRE 7 DE 2019 se notifica en forma personal al Señor MY(R) RODRIGEZ GIRALDO YAIR LEANDRO En Bogotá el día 05 DIC 2019 y del deber de realizar presentación ante el oficial medicina laboral divisionario o en la sede principal de gestión medicina laboral, dentro de los ciento veinte (120) días calendario término legal, con el fin de manifestar expresamente su derecho de convocatoria de tribunal médico laboral (entregando evidencias en físico)

Notificado \_\_\_\_\_ CC. No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

Notificador: \_\_\_\_\_ REVISÓ \_\_\_\_\_

SP. EDUAR TIMANA ARAUJO

DR(A). CLAUDIA HERNANDEZ JIMENEZ

PS. AMPARO CABRERA POLANCO 26/11/19 10:4:9

"FE EN LA CAUSA"





**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS**  
**8430000631**

**PÓLIZA No: 843 - 16 - 994000000002 ANEXO: 27**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: 843 RAMO: 16

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
21	8	2019	31	7	2019	23:59	31	7	2020	23:59	366	10	9	2019
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	DÍAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACION SIN COBRO DE PRIMA - VENC** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**  
DIRECCIÓN: **CR 7 75 85** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **3387200**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:  
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:  
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: **DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

CATEGORIA: **CONTINUIDAD**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

TEXTOS POLIZA

SE EFECTUA RENOVACION DE LA POLIZA PARA LA VIGENCIA 1 DE AGOSTO DE 2019 A 31 DE JULIO DE 2020.

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

**INTERMEDIARIO**

**COASEGURO CEDIDO**

NOMBRE AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	CLAVE 21	%PART 100	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
--	-------------	--------------	-----------------	-------	-----------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR**



(415)7701861000019(8020)00000000007000843000063

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE



JGUAYACAN843 0

C6DC23780F0FFC775E

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

## **CERTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES – CRÉDITOS DE LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS**

El Banco GNB SUDAMERIS figura como tomador y beneficiario de la póliza de vida grupo deudores No 994000000002 con los amparos y exclusiones que se relacionan a continuación: (Extracto de las condiciones generales y particulares del contrato de seguro vigencia agosto 01 de 2020 a septiembre 30 de 2020).

### **I. COBERTURAS:**

1. Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
2. Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.
3. Auxilio funerario.
4. Renta por muerte y/o incapacidad total permanente.

#### **1. AMPARO BÁSICO DE MUERTE:**

La Aseguradora se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

### **EXCLUSIONES:**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

#### **2. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, la incapacidad total y

permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Medica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

**PARAGRAFO:** La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedara libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

#### **EXCLUSIONES:**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

### **3. AMPARO ADICIONAL DE AUXILIO FUNERARIO:**

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por el amparo básico de muerte.

El valor total definido para este amparo adicional corresponde a una suma única a indemnizar, independiente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

#### **EXCLUSIONES:**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

### **4. AMPARO ADICIONAL DE RENTA DE LIBRE DESTINACION POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

El valor total definido para este amparo adicional corresponde a una suma única a indemnizar. Independiente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

#### **EXCLUSIONES:**

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

**NOTA:** El amparo de incapacidad total y permanente, como el auxilio de renta y libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica el amparo no fue otorgado por la compañía de seguros.

#### **II. INICIO Y DURACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL:**

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha de desembolso, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza este vigente con la Aseguradora.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

En constancia, se firma el día 01 de agosto de 2020.



**FIRMA AUTORIZADA**

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

**CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIAS Y BENEFICIOS DEL SEGURO  
VIDA GRUPO DEUDORES – CRÉDITOS DE LIBRANZA  
BANCO GNB SUDAMERIS**

**VIGENTE HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020.**

**I. CONVENIO ESPECIAL DE ASISTENCIA JURÍDICA PARA LOS ASEGURADOS:**

En caso de fallecimiento del (los) asegurado(s), la Aseguradora pone a disposición de los beneficiarios de una ayuda inmediata, en forma de prestación de servicios de asistencia jurídica, bajo la modalidad de consultoría, en forma verbal a través de una línea telefónica dedicada o en forma presencial, en caso de muerte accidental o natural.

Al adquirir este producto el asegurado tiene la tranquilidad de saber que cuenta con un servicio de asistencia jurídica de primera calidad, mediante el cual tiene acceso a un abogado especializado que atenderá de manera ágil y oportuna sus inquietudes o consultas legales.

**COBERTURAS:** Las coberturas de asistencia jurídica se presentarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

- Orientación Jurídica Telefónica: En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.
- Emisión de conceptos jurídicos: Previo análisis de la información aportada por el beneficiario y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral.
- Asistencia jurídica preliminar: En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.
- Documentos: En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. Esta cobertura tiene un límite de un SMMLV, que incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación.

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

**II. ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL:**

**ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA:** A solicitud del ASEGURADO se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientar al cliente sobre alternativas alimentarias por condiciones bien sea de salud o médicas. Este servicio se prestará con un límite

de 3 eventos al año.

**MANEJO DE AGENDA (CITAS MEDICAS Y MEDICAMENTOS):** A solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, se coordinará cualquier cita médica que solicite el ASEGURADO. Estos servicios serán proporcionados sin límite de eventos al año.

**ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA:** En caso de presentarse una falla en el computador, ya sea configuración de periféricos y su instalación, instalación de anti spyware (ad ware), Instalación de anti virus y filtrado de contenidos, Instalación y configuración de SO y diagnóstico y asesoramiento en problemas del PC, el ASEGURADO tendrá acceso al técnico en línea, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja al ASEGURADO. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

**REFERENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:** Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia de médicos especialistas a nivel nacional. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

**REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES:** Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre las mejores alternativas de viajes. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

**REFERENCIA DE CURSOS / TALLERES:** Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre cursos que existan disponibles para el adulto mayor. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año

Para acceder a estas asistencias los clientes del banco asegurados deberán comunicarse al teléfono (1) 589 7432 en la ciudad de Bogotá.

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

En constancia, se firma el día el 01 de agosto de 2020.



**FIRMA AUTORIZADA**

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.




**RECLAMO YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO CEDULA 79820553 - RADICADO 843 - 16 - 2020 - 34101**

CO-ARS-gnbsiniestroslibranzas &lt;gnbsiniestroslibranzas@aon.com&gt;

Vie 12/04/2024 3:59 PM

Para:dianamarcelaibarra1@hotmail.com <dianamarcelaibarra1@hotmail.com>;'marthaluciaburgos123@gmail.com' <marthaluciaburgos123@gmail.com>;yairleandro11@gmail.com <yairleandro11@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (284 KB)

CARTA DE OBJECCIÓN\_RUI - 34954\_SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS(2024-04-10,18.29.23\_6759).PDF;

Bogotá D.C. 11 de abril de 2024

Señor (a)

**YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**  
**APODERADA: DIANA MARCELA IBARRA PARRA**

Tel. 3163800428 - 3117009297 - 3188342427

BOGOTÁ, D.C. - [Bogotá, D.C.]

**REF.: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**  
**RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**  
**- Banco GNB Sudameris - 994000000002**  
**Asegurado: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO CC. 79820553**

Apreciado(a) señor(a):

Cordialmente nos permitimos remitir copia de la comunicación emitida por la Compañía de Seguros, en respuesta al requerimiento presentado.

Es importante mencionar que Aon Risk Services Colombia S.A., es un corredor de Seguros vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia, con el objeto social exclusivo y excluyente, el cual solamente lo faculta para ejercer las labores de corretaje e intermediación de seguros.

Cordial saludo,

Cualquier inquietud no dude en remitirla por este medio o al teléfono que aparece en mi firma.

\*\*\*Con el fin de facilitar el proceso de búsqueda y trámite de su solicitud, agradezco su colaboración respondiendo sobre este correo sin realizar modificación del asunto. Mil Gracias ¡!\*\*\*



Cordialmente,

Buzón de siniestros – Banco GNB Sudameris  
PBX 601 3433900 Ext. 21031/21032/21033  
Celular: 3134615416 - APV

Bogotá D.C, 11 de abril de 2024  
**OBSP-24 - 612-RUI - 34954**

Señores

**YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO**

**APODERADA: DIANA MARCELA IBARRA PARRA**

**TELÉFONO: 3163800428 - 3117009297 - 3188342427**

**E-MAIL: [yairleandro11@gmail.com](mailto:yairleandro11@gmail.com) - [dianamarcelaibarra1@hotmail.com](mailto:dianamarcelaibarra1@hotmail.com)**

Bogotá D.C.,

**REFERENCIA. PÓLIZA: 994.000.000.002**  
**TOMADOR: BANCO GNB SUDAMERIS S A**  
**ASEGURADO: YAIR LEANDRO RODRÍGUEZ GIRALDO**  
**RECLAMACIÓN: No. 843 - 16 - 2020 - 34101**  
**AMPARO: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**  
**RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Respetados señores,

Atentamente la aseguradora ha recibido la documentación mediante la cual se pretende la afectación del amparo de incapacidad total y permanente con ocasión del dictamen de invalidez emitido por la junta médico laboral No. 111337, el cual le otorgó una pérdida de la capacidad laboral del 59.59%, sobre el particular la aseguradora se permite informar lo siguiente:

El aviso de siniestro inicial fue recibido el 05 de febrero de 2020 y fue radicado bajo RUI No. 34954 el cual fue objetado el 06 de marzo de 2020 bajo comunicación OBSP-20 – 604 - RUI – 34954 y ratificado, el 06 de mayo y 05 de junio de 2020 bajo las comunicaciones OBSP-20 - 1.219-RUI - 34954 y OBSP-20 - 1.627-RUI - 34954 respectivamente.

Lo anterior basados en que la póliza de seguro de vida en grupo deudores No. 994.000.000.002 tiene como objeto amparar los deudores del Banco GNB Sudameris contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, cuya realización pueda aparejarle al Banco un perjuicio económico.

En este caso, es preciso señalar que el asegurado firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de la solicitud individual de seguro, requerida por el Banco GNB Sudameris para el trámite del crédito solicitado, el 15 de febrero de 2019, y en ella manifestó no padecer ni haber padecido ninguna enfermedad.

Ahora bien, teniendo en cuenta el párrafo anterior, nos remitimos a que el 08 de octubre de 2018, la Junta Médico Laboral No.1198, otorgó una calificación de la disminución de la capacidad laboral del 19%, circunstancia que se produce con anterioridad a al ingreso a la **OBSP-24 - 612-RUI - 34954**

póliza; además, en noviembre de 2019 califican las siguientes patologías: Lumbago mecánico y artrosis de rodilla ambas diagnosticadas en junio de 2018 e hipoacusia con diagnóstico de diciembre de 2018.

Así las cosas, todas las patologías están diagnosticadas con anterioridad al ingreso, sin haberse manifestado dentro de la solicitud de seguro firmada y diligenciada el 15 de febrero de 2019.

Conforme lo enunciado, se procedió con el análisis de la solicitud de indemnización, encontrándola improcedente, teniendo en cuenta lo estipulado por el artículo 1054 del código de comercio, el cual establece:

*“Denomínese riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.”*

De otra parte, el artículo 1073 del código de comercio establece sobre la responsabilidad del asegurador según el inicio del siniestro lo siguiente:

*“Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.*

*Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”*

Conforme lo enunciado, es claro entonces que la configuración de la pérdida de la capacidad laboral del asegurado superior al 50%, se causó en un 19% con anterioridad de la vigencia de la póliza contratada, siendo éste un hecho cierto que de acuerdo con los postulados jurídicos precitados no constituye riesgo y es por ende ajeno al contrato de seguro.

Ciertamente, la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. Para el presente caso, el señor Yair Leandro Rodríguez Giraldo tenía antecedentes importantes de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

**OBSP-24 - 612-RUI - 34954**

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”

En tanto, el artículo 1039 del mismo código, prevé:

“El seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable. En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. (...)”

De acuerdo con los postulados jurídicos anteriormente enunciados, señalamos que se omitió informar sus importantes antecedentes médicos, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumentaba las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos dictámenes constituyen un factor de riesgo, presentándose así un nexo causal entre las circunstancias no mencionadas en la declaración de asegurabilidad y el origen de la incapacidad total y permanente en reclamación.

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

“El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se

**OBSP-24 - 612-RUI - 34954**

hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpa del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se indaga en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Así las cosas, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa lamenta informarle que, en esta ocasión, no puede atender favorablemente su solicitud indemnizatoria de conformidad con los argumentos aquí expuestos, procediendo así con la ratificación de la objeción del reclamo y declinando el pago pretendido por el mismo.

Con toda atención,

*Manuel Guillermo Rueda Serrano*

## **GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Copia SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS  
Intermediario: AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORREDORES DE SEGUROS

Elaboró: AVBEJARANO  
Revisó: NIMORALES  
Aprobó: NIMORALES

*Es importante mencionar que podrá acudir directamente al Defensor del Consumidor Financiero, quien resolverá sus inquietudes dentro del marco de sus funciones, información que encontrará inmersa en el presente escrito.*