

9

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.519.674


BUITRAGO MEDINA

APELLIDOS

GERSSON FREDDY

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1973

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA B+ G.S. RH M SEXO

08-AGO-1991 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA RODRIGUEZ



A-3109400-01294455-M-0079519674-20220505 0079059011A.T. 8919415919

ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL  
REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, EXISTE UNA PETICIÓN EN TRÁMITE, LA CUAL PUEDE AFECTAR EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN EL MISMO.

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO  
UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS  
LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA  
Sigla: BBVA SEGUROS DE VIDA  
Nit: 800.240.882-0  
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00613651  
Fecha de matrícula: 9 de septiembre de 1994  
Último año renovado: 2024  
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2024

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 9 # 72 21 P 8  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico: mariaelena.torres@bbva.com  
Teléfono comercial 1: 6012191100  
Teléfono comercial 2: No reportó.  
Teléfono comercial 3: No reportó.  
  
Dirección para notificación judicial: Cr 9 # 72 21 P 8  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico de notificación: judicialesseguros@bbva.com  
Teléfono para notificación 1: 6012191100  
Teléfono para notificación 2: No reportó.  
Teléfono para notificación 3: No reportó.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 0900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de Santafé de Bogotá, inscrita el 30 de mayo de 1996 bajo el No. 539.670 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de COMPAÑIA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA por el de la GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales, la GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Por Escritura Pública No. 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de Santafé de Bogotá, inscrita el 17 de junio de 1999 bajo el No. 00684591 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de la GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales, la GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES., por el de BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Por Escritura Pública No. 04664 del 13 de julio de 2000 de la Notaría 29 de Santafé Bogotá D.C., inscrita el 14 de agosto de 2000 bajo el número 00740833 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES, por el de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A y podrá denominarse para la administración de riesgos PROFESIONALES BBVA SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES S.A.

Por Escritura Pública No. 0319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

veintinueve de Bogotá D.C., inscrita el 25 de enero de 2001 bajo el número 00761962 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales BBVA SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES S.A., por el de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Por Escritura Pública No. 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría veintinueve de Bogotá D.C., inscrita el 11 de abril de 2002 bajo el número 822050 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por el de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Por Escritura Pública No.1764 de la Notaría 45 de Bogotá D.C., del 01 de abril de 2004, inscrita el 05 de abril de 2004 bajo el número 928179 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A y podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A, por el de: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA.

**ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

Mediante Oficio No. 2171 del 6 de diciembre de 2016, inscrito el 15 de diciembre de 2016 bajo el No. 00157956 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Dosquebradas Risaralda, comunico que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual de Johan Hernando Perez Mejia y otra contra BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1055 del 19 de septiembre de 2018, inscrito el 1 de octubre de 2018 bajo el No. 00171477 del libro VIII, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Espinal (Tolima), comunicó que en el proceso verbal No. 2018-00065-00 de Angela Marcela Cardenas Rojas contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA COLOMBIA-BBVA COLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mediante Oficio No. 1468 del 31 de octubre de 2018, inscrito el 16 de Mayo de 2019 bajo el No. 00176338 del libro VIII, el Juzgado 1 Promiscuo Municipal de El Banco (Magdalena), comunicó que en el proceso verbal sumario de responsabilidad civil contractual No. 47-245-40-89-001-2018-133-00, de: Regina Asilant de Mendes, contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 149 del 23 de enero de 2020, inscrito el 31 de Enero de 2020 bajo el No. 00182865 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil Municipal de Santa Marta (Magdalena), comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 2019-00492 de: Dalgy Smith Paola Faride Gutierrez Chinchilla, Contra: BBVA COLOMBIA SA y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0118 del 1 de abril de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), inscrito el 25 de Abril de 2022 con el No. 00197035 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual No. 73001-31-03-001-2022-00051-00 de Flor Alba Calderón Moreno C.C. 28718655, Fabián Mauricio Suárez Calderón C.C. 93136730, Juan José Suárez Calderón C.C. 1234646, Julián Francisco Suárez Calderón C.C. 1105672849, Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT 800240882-0, BANCO BBVA COLOMBIA S.A. NIT 860003020-1.

Mediante Oficio No. 0603-22 del 18 de abril de 2022, el Juzgado 54 Civil Municipal de Bogotá D.C., inscrito el 19 de Mayo de 2022 con el No. 00197439 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal No. 11001400305420210000800 de Diego Alfonso Reyes Murcia C.C. 93298680 - sucesor de la deudora y asegurada: Esperanza Murcia Finilla (Q.E.P.D) C.C. 28815958 contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT 800240882-0.

Mediante Oficio No. 0308 del 18 de julio de 2022, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), inscrito el 23 de Agosto de 2022 con el No. 00199141 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso de Responsabilidad Civil Extracontractual No.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

73001-31-03-001-2022-00051-00 de Flor Alba Calderón Moreno C.C. 28.718.655, Fabian Mauricio Suárez Calderón C.C. 93.136.730, Juan José Suárez Calderón C.C. 1.234.646.259, Julián Francisco Suárez Calderón C.C. 1.105.672.849 Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0, BANCO BBVA COLOMBIA S.A. NIT. 860.003.020-1.

Mediante Oficio No. 649 del 24 de junio de 2022, el Juzgado Dieciocho Civil Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 30 de Agosto de 2022 con el No. 00199297 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil contractual No. 760013103018-2022-00110-00 de Carolina Cardenas Jaramillo C.C. 31.713.150 y Elizabeth Cardenas Jaramillo C.C. 38.556.016, Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 1279 del 13 de septiembre de 2022 el Juzgado 3 Civil Del Circuito De Bucaramanga (Santander), inscrito el 23 de Septiembre de 2022 con el No. 00200273 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil No. 680013103003-2022-00045-00 de Gloria Marín C.C 37.923.080, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A NIT. 800.240882-0, BANCO BBVA DE COLOMBIA NIT. 860.003020-1, SEGUROS BBVA COLOMBIA S.A NIT. 800.226.098-4.

Mediante Auto del 02 de agosto 2022, el Juzgado 3 Civil Municipal de Cúcuta (Norte Santander), inscrito el 26 de Septiembre de 2022 con el No. 00200316 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal Sumario Responsabilidad Civil Contractual No. 540014003003-2022-00209-00 de Ana Amalia Rincon Florez, contra de BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA S.A. NIT. 860.003.020-1 BBVA COLOMBIA SUCURSAL CÚCUTA y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 975 del 12 de octubre de 2022, el Juzgado 18 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 21 de Noviembre de 2022 con el No. 00201384 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 760013103018-2022-00110-00 de Carolina Cárdenas Jaramillo C.C. 31.713.150 Elizabeth Cárdenas Jaramillo C.C. 38.556.016, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A NIT. 800.240.882-0.



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mediante Oficio No. 1222 del 24 de noviembre de 2022, el Juzgado 2 Civil Del Circuito de Barrancabermeja (Santander), inscrito el 29 de Noviembre de 2022 con el No. 00201554 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo de responsabilidad civil contractual No. 2022-00187-00 de Luz Stella Villarreal Martinez C.C. 63.455.480, Laura Melissa Mendoza Villarreal C.C. 1.098.814.657 y Elvis Fernando Mendoza Villarreal C.C. 1.005.241.217 contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0, y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A NIT. 860.003.020-1.

Mediante Oficio No. 3266/113001-40-03-012-2022-00520-00 del 14 de diciembre de 2022 el Juzgado 12 Civil Municipal Del Distrito Judicial de Cartagena de Indias (Bolívar), inscrito el 23 de Enero de 2023 con el No. 00202667 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal sumario No. 113001-40-03-012-2022-00520-00 de Lilia Bertha Padilla Correa C.C. 45.446.193, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 936 del 31 de marzo de 2023, el Juzgado 53 Civil Municipal de Bogotá D.C., inscrito el 25 de Abril de 2023 con el No. 00205914 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal No. 11001400305320220114200 de Flavia Margarita Cortes Hernández C.C. 52.125.111, Contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 0776 del 04 de mayo de 2023, el Juzgado 06 Civil del Circuito de Cúcuta (Norte de Santander), inscrito el 16 de Mayo de 2023 con el No. 00206302 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 54001-3153-006-2023-00038-00 de Ana Sofia Ortega Rodríguez C.C. 1.005.027.500 y Leinnys Guislen Rodríguez Páez C.C. 37.198.226, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hija Mariangel Ortega Rodríguez, quienes actúan como herederas y cónyuge del señor Rafael Alexander Ortega Vera (q.e.p.d), contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 1287 del 30 de junio de 2023, el Juzgado 6 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), inscrito el 29 de Agosto de 2023 con



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
el No. 00208973 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil contractual No. 73-001-31-03-006-2023-00017-00 de Jenny Figueroa Duarte CC. 41.746.156, Diana Jimena Gonzalez Figueroa CC. 65.634.673, Luis Enrique Gonzalez Figueroa CC. 1.110.511.898, Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA NIT 8002408820.

Mediante Oficio No. 1214 del 02 de octubre de 2023, el Juzgado 19 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 12 de Octubre de 2023 con el No. 00211406 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 760013103019-2023-00196-00 de Carolina Bolaños Baeza C.C. 29.181.285, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 2091.

**OBJETO SOCIAL**

El objeto social de la sociedad consiste en la celebración de contrato de seguros de vida, accidentes, incapacidad, enfermedad, renta vitalicia, pensión, de jubilación y vejez y otros que según la ley pueda celebrar, ya sea en forma individual o colectiva asumiendo como aseguradora o reaseguradora los riesgos que de acuerdo con la ley colombiana o de país extranjero donde estableciere sus negocios puedan ser objeto de dichas conveniencias y convenciones, dentro del giro del negocio de seguros la compañía podrá ejecutar válidamente los actos o contratos tendientes a la cumplida realización de su objeto social, a la inversión y administración de su capital y reservas en concordancia con las prescripciones legales. La sociedad podrá celebrar y ejecutar toda clase de contratos de seguros, coaseguros, reaseguros, retrocesiones seguros previsionales y otros contratos de seguros que permita la legislación nacional a fin de cubrir los riesgos y pérdidas patrimoniales y personales de las

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
personas como consecuencia de las situaciones antes anotadas dentro y fuera del país. Para el logro de su objeto social podrá efectuar la adquisición de los activos necesarios para el giro ordinario de sus negocios y la enajenación de los bienes; la creación de establecimientos de comercio y la prenda, arrendamiento, administración y demás operaciones análogas relacionadas con los mismos; en desarrollo de su objeto social la sociedad podrá recibir dinero en mutuo a interés con garantía o sin ella; así como el giro, otorgamiento aceptación, garantía o negociación de títulos valores. Se entenderán incluidos en el objeto social los actos directamente relacionados con el mismo así como los que tengan por finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o contractuales derivados de la existencia y actividad de la compañía. En todo caso, la sociedad podrá realizar todas las operaciones que permita la ley a las compañías de seguros de vida.

**CAPITAL**

**\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor	: \$54.000.000.000,00
No. de acciones	: 283.102.242,27
Valor nominal	: \$190,74

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor	: \$18.937.417.107,28
No. de acciones	: 99.281.949,00
Valor nominal	: \$190,74

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor	: \$18.937.417.107,28
No. de acciones	: 99.281.949,00
Valor nominal	: \$190,74

**NOMBRAMIENTOS**

**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES  
CARGO

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

Primer Renglon	Jorge Matuk Chijner	P.P. No. AAG481121
Segundo Renglon	Andres Carrandi	P.P. No. C35062134
	Esmenjaud	
Tercer Renglon	Cristina Querejeta Soto	P.P. No. AA513521
Cuarto Renglon	Myriam Cala Leon	C.C. No. 63302203
Quinto Renglon	Hernan Felipe Guzman	C.C. No. 93086122
	Aldana	

SUPLENTE  
CARGO

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

Primer Renglon	Jose Alejandro Dueñas	C.C. No. 80133538
	Betancourt	
Segundo Renglon	Julian Andres	C.C. No. 80196911
	Hernandez Pacheco	
Tercer Renglon	Monica Osorno Chaparro	C.C. No. 29116738
Cuarto Renglon	Monica Zamudio Medina	C.C. No. 53070221
Quinto Renglon	Carlos Mario Garavito	C.C. No. 80090447
	Colmenares	

Por Acta No. 40 del 15 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de agosto de 2022 con el No. 02870027 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES  
CARGO

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

Primer Renglon	Jorge Matuk Chijner	P.P. No. AAG481121
Segundo Renglon	Andres Carrandi	P.P. No. C35062134
	Esmenjaud	
Tercer Renglon	Cristina Querejeta Soto	P.P. No. AA513521
Cuarto Renglon	Myriam Cala Leon	C.C. No. 63302203



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**SUPLENTE**

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Jose Alejandro Dueñas Betancourt	C.C. No. 80133538
Segundo Renglon	Julian Andres Hernandez Pacheco	C.C. No. 80196911
Tercer Renglon	Monica Osorno Chaparro	C.C. No. 29116738

Por Acta No. 41 del 31 de marzo de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de agosto de 2023 con el No. 03003422 del Libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES**

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Quinto Renglon	Hernan Felipe Guzman Aldana	C.C. No. 93086122

**SUPLENTE**

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto Renglon	Monica Zamudio Medina	C.C. No. 53070221
Quinto Renglon	Carlos Mario Garavito Colmenares	C.C. No. 80090447

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 40 del 15 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de mayo de 2022 con el No. 02839143 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	ERNST & YOUNG AUDIT S.A.S	N.I.T. No. 860008890 5

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Documento Privado del 10 de mayo de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de junio de 2022 con el No. 02847713 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Mayra Alejandra Cortes Casas	C.C. No. 1018462243 T.P. No. 231902-T

Por Documento Privado del 25 de octubre de 2023, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de febrero de 2024 con el No. 03062500 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Jorge Andres Rodriguez Pozo	C.C. No. 79884672 T.P. No. 108251-T

**PODERES**

Por Escritura Pública No. 3753 del 31 de agosto de 2022, otorgada en la Notaría 21 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 28 de Septiembre de 2022, con el No. 00048284 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Alba Clemencia García Pinto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.267.690, para que: A) Represente a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A Y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y se comprometa en nombre de las mismas ante las diferentes entidades u organismos vinculados o adscritos a la rama judicial, cualquiera que sea su denominación a nivel de la República de Colombia, cuando sea requerida para efectos de asistir a diligencias de conciliación, interrogatorio de parte, ratificación de denuncias y demás diligencias judiciales o administrativas, cualquiera que sea su denominación en materia civil, comercial, administrativa, laboral y penal dentro de toda clase de procesos que se diriman en estas áreas del derecho. La apoderada queda expresamente facultada para actuar conjunta o separadamente ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado de la rama ejecutiva y sus organismos vinculados o adscritos; de la rama judicial y de la rama legislativa del poder público; en cualquier petición, requerimiento u oficio, actuación, diligencia o proceso,

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
así como para desistir, renunciar a términos, conciliar, confesar, transigir, recibir, disponer, presentar recursos, aportar pruebas y todas aquellas medidas encaminadas a hacer valer los derechos de las sociedades que representa. B) Se autoriza expresamente a la doctora Alba Clemencia García Pinto, para que cuando se presenten citaciones a diligencias simultaneas en diferentes despachos y no sea posible cumplirlas, la sustituya a otro abogado para que vele por nuestros derechos y cumpla con las obligaciones judiciales en forma oportuna y eficaz con el fin de dar celeridad a las actuaciones judiciales donde seamos requeridos. C) En general para que asuma la personería del poderdante cuando se estime conveniente y necesario previa autorización del mismo, de tal modo que en ningún caso quede sin representación a los diferentes despachos judiciales, administrativos y centros de conciliación y/o arbitraje.

**REFORMAS DE ESTATUTOS**

**ESTATUTOS:**

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
0900	17-V--1996	47 STAFE BTA.	30-V--1996 NO.539670
1699	15-IV-1997	55 STAFE BTA.	8-V--1997 NO.584008

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0009599 del 4 de septiembre de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00648576 del 9 de septiembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0011116 del 8 de octubre de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00653368 del 16 de octubre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0004032 del 9 de junio de 1999 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00684591 del 17 de junio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0004664 del 13 de julio de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00740833 del 14 de agosto de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0000319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00761962 del 25 de enero de 2001 del Libro IX



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05  
Recibo No. BA24020721  
Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

E. P. No. 0003025 del 27 de abril de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00780984 del 11 de junio de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0004091 del 6 de junio de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00780775 del 8 de junio de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0004091 del 6 de junio de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00784890 del 9 de julio de 2001 del Libro IX
Cert. Cap. del 5 de septiembre de 2001 de la Revisor Fiscal	00794018 del 13 de septiembre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0002665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00822050 del 11 de abril de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0002665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00822109 del 11 de abril de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0003267 del 12 de junio de 2003 de la Notaría 20 de Bogotá D.C.	00886967 del 3 de julio de 2003 del Libro IX
E. P. No. 0001764 del 1 de abril de 2004 de la Notaría 45 de Bogotá D.C.	00928179 del 5 de abril de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0002343 del 18 de abril de 2008 de la Notaría 45 de Bogotá D.C.	01211609 del 7 de mayo de 2008 del Libro IX
E. P. No. 6204 del 9 de octubre de 2012 de la Notaría 32 de Bogotá D.C.	01680023 del 9 de noviembre de 2012 del Libro IX
E. P. No. 2059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría 32 de Bogotá D.C.	01730575 del 15 de mayo de 2013 del Libro IX

**SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL**

Por Documento Privado del 1 de febrero de 2010 de Representante Legal, inscrito el 11 de febrero de 2010 bajo el número 01361360 del libro IX, se comunicó que se ha configurado una situación de control por parte de la sociedad matriz: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA, respecto de las siguientes sociedades

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
subordinadas:

- COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS FINANCIEROS S.A.S

Domicilio: Bogotá D.C.

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

Certifica:

Por Documento Privado No. 0000001 del 19 de julio de 2005 de Representante Legal, inscrito el 27 de julio de 2005 bajo el número 01003274 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA S A

Presupuesto: No reportó

Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

**\*\*Aclaración Situación de Control\*\***

Se aclara la Situación de Control inscrita con el número de registro 1361360 del libro IX, en que la sociedad de la referencia matriz comunica que ejerce Situación de Control sobre la sociedad COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS FINANCIEROS S.A subordinada, en el sentido de indicar que esta se configuro desde el 09 de diciembre de 2009.

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 6512

**ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A Y PODRA USAR INDISTINTAMENTE LA DENOMINACION BBVA SEGUROS DE VIDA
Matrícula No.:	00744622
Fecha de matrícula:	30 de octubre de 1996
Último año renovado:	2024
Categoría:	Sucursal
Dirección:	Carrera 9 # 72 21 Piso 8
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

**TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Ingresos por actividad ordinaria \$ 1.097.288.491.716  
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : 6512

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 22 de abril de 2021. Fecha de envío de información a Planeación : 5 de febrero de 2024. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.



Cámara de Comercio de Bogotá  
Registro Único Empresarial

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 15 de abril de 2024 Hora: 10:19:05

Recibo No. BA24020721

Valor: \$ 7,900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2402072179B95

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a  
[www.ccb.org.co/certificadosselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadosselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la  
imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera  
ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la  
autorización impartida por la Superintendencia de Industria y  
Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD**



ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 220649  
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO

**LUGAR Y FECHA:** FLORENCIA 11 DE DICIEMBRE DE 2023

**INTERVIENEN:**

Doctor	<u>CT. JONATHAN ANDRES ARIAS ARISTIZABAL</u> Médico de Sanidad
Doctor	<u>CT. ARLEY GREGORIO SUAREZ RINCON</u> Médico de Sanidad
Doctor	<u>TE. ROSEMBERG HANS SOTO DEL VILLAR</u> Médico 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:

-MEDICINA FAMILIAR-ORTOPEDIA-OTORRINOLARINGOLOGIA-  
DERMATOLOGIA-ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON  
OXIMETRIA)-RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE  
MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)-RESONANCIA MAGNETICA DE  
ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)-  
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE-  
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE-  
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE-  
AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON  
ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]-  
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA

**I. IDENTIFICACIÓN:** Grado CR (R). Código 79519674 Apellidos y Nombres Completos: BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY - CC. No. 79519674 DE BOGOTÁ, D.C. (CUNDINAMARCA) ARMA: ARTILLERIA - FECHA DE NACIMIENTO: 27 DE JULIO DE 1973 - NATURAL DE BOGOTÁ, D.C. (CUNDINAMARCA) - Edad 50 años - Ciudad y Residencia Actual: CARRERA 5 N° 17 SUR-18 DE GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA) - TEL: 3222532928 - CUENTA DE AHORROS # 400200846 DE BBVA COLOMBIA

**II. CAUSAL DE CONVOCATORIA:**

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **PATOLOGÍAS QUE AMERITAN LA JUNTA MÉDICA.(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. 2363 DE FECHA 5 DE OCTUBRE DE 1999 CON DCL ( 18% )**



- Tribunal Médico

SI X NO     

TRIBUNAL MEDICO No. 3063 DE FECHA 27 DE FEBRERO DE 2007 QUE MODIFICO CON DCL ( 0% ) SOBRE LA JUNTA MEDICA No. 2363 DE FECHA 5 DE OCTUBRE DE 1999

B. Antecedentes del Informativo

SIN INFORMATIVOS ADMINISTRATIVOS POR LESIÓN

#### IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

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

Fecha: 26/04/2023 Servicio: MEDICINA FAMILIAR

FECHA INICIO: PACIENTE DE 49 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ASMA EN LA INFANCIA MANEJADO CON INHALADORES CON MEJORA DE SINTOMAS EN LA ADOLESCENCIA, Y REINICIO DE SINTOMAS A LOS 42 AÑOS. CON MANEJO MEDICO EN CASA CON SALBUTAMOL Y BECLOMETASONA INHALADOR.

REFIERE ULTIMA EXACERBACION POSTERIOR A EPISODIO DE COVID EN FLORENCIA EN 2021. NO REQUIRIO HOSPITALIZACION. MANEJADO CON AISLAMIENTO EN CASA.

ADICIONALMENTE CON DISLIPIDEMIA MIXTA DESDE 2005. MANEJADO CON DIETA Y CON HIPOLIPEMIANTE. SIGNOS Y SINTOMAS: 1. FICHA MEDICA

2. HC DE FLORENCIA POR COVID EN 2021. CON EXACERBACION DE EPISODIO DE BRONCOOBSTRUCCION POR ASMA LEVE INTERMITENTE.

3. EXAMENES SYNLAB: 21/04/2023:

COL OT: 338

TRIGLICERIDOS: 238

GLICEMIA 89 HDL: 71

VLDL: 48 LDL: 219 ETIOLOGIA: FUNCIONAL TRATAMIENTOS VERIFICADOS: 1. SALBUTAMOL INHALADOR EN CASO DE CRISIS

2. BECLOMETASONA INHALADOR EN CASO DE CRISIS

3. ATORVASTATINA TAB 20 MG CADA DIA ESTADO ACTUAL: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

TALLA: 173 PESO: 76

FC 68 FR 18 TA: 130/76

NORMOCEFALO

MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREDADOS

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO. NO MASAS NO MEGALIAS

EXTREMIDADES SIN EDEMAS. PULSOS POSITIVOS. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG

NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

DIAGNOSTICO: ASMA. NO ESPECIFICADA. HIPERLIPIDEMIA MIXTA. 1. ASMA LEVE INTERMITENTE

2. DISLIPIDEMIA MIXTA SECUELAS: 1. EPISODIOS DE BRONCOESPASMO A REPETICION PRONOSTICO: 1. BUENO CON TRATAMIENTO CONDUCTA A SEGUIR: 1. CONTINUAR CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA

2. ALTA POR MEDICINA FAMILIAR

3. JUNTA MEDICA (INT) 95553.

Fecha: 21/11/2023 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA INICIO: DOLOR COLUMNA CERVICAL Y TORACICA DESDE 2012

DOLOR RODILLA DERECHA DESDE 1998

DOLOR LUMBAR DESDE 2010

DOLOR TOBILLO DERECHO 2014 SIGNOS Y SINTOMAS: A/E: COLUMNA CERVICAL DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION.

RM MUESTRA ARTROSIS C5-C6 Y C6-C7

COLUMNA TORACICA DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION.

RM NO MUESTRA CAMBIOS

COLUMNA LUMBAR DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION



RM ARTROSIS FACETARIA L5-S1

RODILLA DERECHA MOVILIDAD 0-135° FLEXION

RM MUESTRA FRACTURA ANTIGUA DE ROTULA Y CONDROMALACIA.

TOBILLOS: DOLOR AL INVERSION FASCITIS BILATERAL

RM MUESTRA GANGLION Y RUPTURA LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR

ETIOLOGIA: ENFERMEDAD GENERAL TRATAMIENTOS VERIFICADOS: FISIOTERAPIA

AINES ESTADO ACTUAL: LIMITACION FUNCIONAL DOLOROSA COLUMNA CERVICAL

LIMITACION FUNCIONAL DOLOROSA COLUMNA TORACICA

LIMITACION FUNCIONAL DOLOROSA COLUMNA LUMBAR

LIMITACION FUNCIONAL DOLOROSA RODILLA DERECHA Y TOBILLO

DIAGNOSTICO: 1) CERVICALGIA M542

2) DORSALGIA CRONICA M545

3) LUMBALGIA CRONICA M545

4) OTROS TRASTORNOS INTERNO DE LA RODILLA M238

5) OTAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DEL TOBILLO Y DEL PIE M216 SECUELAS: LIMITACION

FUNCIONAL DOLOROSA COLUMNA CERVICAL, COLUMNA TORACICA COLUMNA LUMBAR,

RODILLA DERECHA Y TOBILLO. PRONOSTICO: RESERVADO CONDUCTA A SEGUIR: TERAPIA

FISICA. (EXT) 218969.

Fecha: 14/04/2023 Servicio: OTORRINOLARINGOLOGIA

FECHA INICIO: REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN

CONSISTENTE EN TINNITUS OCASIONAL BILATERAL DE PREDOMINIO EN OÍDO IZQUIERDO DE

LEVE INTENSIDAD. REFIERE EXPOSICIÓN A RUIDO POR ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS EN SU

CARRERA MILITAR. REFIERE SÍNTOMAS ATÓPICOS NAALES CONSISTENTES EN RINORREA Y

SALVAS DE ESTORNUDOS DE FORMA INTERMITENTE CON EL FRIO. SIGNOS Y SINTOMAS:

TINNITUS BILATERAL DE PREDOMINIO EN OÍDO IZQUIERDO. RINORREA Y SALVAS DE

ESTORNUDOS. CONGESTIÓN NASAL. AUDIOMETRIA TONAL SERIADA CON SENSIBILIDAD

AUDITIVA FUNCIONAL CONSERVADA BILATERAL CON DESCENSO LEVE EN FRECUENCIAS ALTAS.

ETIOLOGIA: POSIBLE TRAUMA ACÚSTICO. PATOLOGÍA ALÉRGICA NASAL TRATAMIENTOS

VERIFICADOS: LORATADINA OCASIONAL ESTADO ACTUAL: SINTOMÁTICO CON TINNITUS

BILATERAL Y SÍNTOMAS ATÓPICOS NAALES DE FORMA INTERMITENTE DIAGNOSTICO:

TINNITUS, RINITIS ALÉRGICA. NO ESPECIFICADA. TINNITUS Y RINITIS ALÉRGICA SECUELAS:

TINNITUS Y SÍNTOMAS ATÓPICOS NAALES PRONOSTICO: INDETERMINADO CONDUCTA A

SEGUIR: CUIDADOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA. CONTINUAR EN CONTROLES AMBULATORIOS POR

OTORRINO. (INT) 95552.

Fecha: 11/08/2023 Servicio: DERMATOLOGIA

FECHA INICIO: SEPTIEMBRE 1998. PACIENTE REFIERE QUE SE ENCONTRABA EN UN

ENTRENAMIENTO TROTANDO. CAE SOBRE LA RODILLA Y SUFRE RUPTURA DE LIGAMENTOS POR

LO CUAL ES INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE.

REFIERE NO HABER TENIDO LEISHMANIASIS CUTÁNEA. SIGNOS Y SINTOMAS: TRAUMATISMO.

CICATRIZ QUIRÚRGICA. ETIOLOGIA: RUPTURA DE LIGAMENTOS. TRATAMIENTOS VERIFICADOS:

REPARACIÓN QUIRÚRGICA. OSTEOSINTESIS. ESTADO ACTUAL: DERMATOSIS LOCALIZADA EN

ZONA DE RODILLA IZQUIERDA CARACTERIZADA POR CICATRIZ DE 10 POR 0.5 CM ATRÓFICA Y

EUCROMICA OTRA CONTIGUA A ESTA DE 5 POR 0.5 CM DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE

LA ANTERIOR. DIAGNOSTICO: FIBROSIS Y AFECIONES CICATRICIALES DE LA PIEL. 1. CICATRICES

DESCRITAS EN EL ESTADO ACTUAL SECUNDARIAS A REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR CAÍDA

DESDE SU PROPIA ALTURA.

2. REFIERE NO HABER TENIDO LEISHMANIASIS CUTÁNEA. SECUELAS: CICATRICES CORPORALES.

PRONOSTICO: BUENO. CONDUCTA A SEGUIR: ALTA POR DERMATOLOGÍA. CONCEPTO CERRADO.

(INT) 105047.

Fecha: 27/03/2023 Servicio: ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)

CONCLUSION:

1. EL ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO MUESTRA CAMBIOS EN LA ARQUITECTURA DE SUEÑO DADOS

POR DISMINUCION EN LA EFICIENCIA DE SUEÑO. AUMENTO EN EL INDICE DE

MICRODESPERTARES Y DISMINUCION EN EL PORCENTAJE DE SUEÑO PROFUNDO.

2. APNEA OBSTRUCTIVA DE SUEÑO CON IAH:20.1/HORA (MODERADO)

3. LA SATURACION OXIGENO PROMEDIO FUE DE 88%



Fecha: 03/04/2023 Servicio: RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)

INTENSIDAD DE SEÑAL ANORMAL DE PLANO HORIZONTAL QUE COMPROMETE EL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO INTERNO. PROCESO INFLAMATORIO INTERSTICIAL SIN DESGARRO EN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR SIN ALTERACION.

RELACION ARTICULAR FEMOROTIBIAL Y PATELOFEMORAL CONSERVA. LIGAMENTOS COLATERALES SIN ALTERACION.

INTENSIDAD DE SEÑAL OSEA NORMAL

MINIMA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE A NIVEL DE LA BASURA SUPRAPATELAR. FOSA POPLITEA LIBRE

Fecha: 03/04/2023 Servicio: RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)

RNM TOBILLO DERECHO:

CONCLUSION: IMAGEN SUGESTIVA DE GANGLION EN EL DORSO ENTRE EL TERCER Y CUARTO METATARSIANOS.

RNM TOBILLO IZQUIERDO:

CONCLUSION: HALLAZGOS QUE SUGIEREN RUPTURA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR.

SIGNOS DE FASCITIS PLANTAR.

Fecha: 03/04/2023 Servicio: RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

HALLAZGOS:

EN TODO EL SEGMENTO EXAMINADO ESTAN CONSERVADAS LAS RELACIONES DEL CANAL Y SU CONTENIDO SIN EVIDENCIA DE EFECTOS COMPRESIVOS A PARTIR DE ELEMENTOS OSEOS O DEL DISCO INTERVERTEBRAL.

EL CONO MEDULAR Y LAS RAICES DE LA CAUDA MEQUINA SE RECONOCEN SIN ALTERACIONES.

ACENTUACION DE LA LORDOSIS FISIOLÓGICA LUMBOSACRA. Y LIGEROS CAMBIOS DE OSTEOARTROSIS FACETARIA BILATERAL E HIPERTROFIA DE LIGAMENTOS AMARILLOS EN L4-5 Y L5-S1. SIN EFECTOS EN EL CANAL Y SUS RELACIONES EN REPOSO.

Fecha: 03/04/2023 Servicio: RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE

CONCLUSION:

EN EL REPOSO. EL PRESENTE EXAMEN NO EVIDENCIA EFECTOS EN EL CANAL Y SUS RELACIONES.

Fecha: 03/04/2023 Servicio: RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE

LIGERA OSTEOCONDROSIS INTERVERTEBRAL Y UNICOARTRITIS EN C5-C6 Y C6-C7

Fecha: 05/04/2023 Servicio: AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]

OD: 250/10 500/15 1000/15 2000/15 3000/15 4000/10 6000/25 8000/30

OI: 250/25 500/20 1000/20 2000/15 3000/10 4000/10 6000/25 8000/25

OD: 250/25 500/30 1000/20 2000/15 3000/10 4000/10 6000/30 8000/30

OI: 250/30 500/20 1000/20 2000/15 3000/10 4000/15 6000/20 8000/25

OD: 250/20 500/20 1000/15 2000/15 3000/10 4000/10 6000/15 8000/30

OI: 250/20 500/20 1000/15 2000/15 3000/10 4000/10 6000/20 8000/25

Fecha: 13/10/2023 Servicio: ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA

DIAGNOSTICO:

HIATO INCOMPETENTE



ESOFAGITIS GRADO A  
GASTROPATÍA ERITEMATOSA ANTRO CORPORAL  
XANTOMA GÁSTRICO  
GASTROPATÍA EROSIVA DEL FONDO GÁSTRICO  
COMPLICACIONES: NINGUNA.

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

## **V. SITUACIÓN ACTUAL**

### **A. ANAMNESIS**

ASISTE SEÑOR CORONEL RETIRADO A REALIZACION DE JUNTA MEDICA DE RETIRO, CON OAP DE RETIRO NO.0057 DEL 16/01/2023. USUARIO REFIERE TALALGIA BILATERAL, GONALGIA BILATERAL, CERVICALGIA Y LUMBALGIA QUE SE EXACERBA CON LA ACTIVIDAD FISICA DE ALTO IMPACTO TALES COMO CORRER, TROTAR, MONTAR BICICLETA Y AL ESTAR EN UNA MISMA POSICION DURANTE TIEMPO PROLONGADO, REFIERE ADEMAS ANTECEDENTE PATOLOGICO DE ASMA, RINITIS ALERGICA Y APNEA DEL SUEÑO, REFIERE TOMAR ANTIHISTAMINICOS PARA DISMINUIR LOS SINTOMAS TOPICAS Y AGONISTA ¿2 ADRENÉRGICO PARA NEUTRALIZAR LAS CRISIS POR ASMA; TAMBIEN INDICA PRESENTAR EPIGASTRALGIA URENTE CON REFLUJO GASTROESOFAGICO; REFIERE TOMAR OMEPRAZOL Y MILANTA QUE DISMINUYEN LOS SINTOMAS, MAS SIN EMBARGO COMENTA QUE PERSISTE; REFIERE ESTAR EN SEGUIMIENTO Y CONTROLES ANUALES POR ESPECIALISTA GASTROENTEROLOGO. SE PONE EN CONOCIMIENTO LOS CONCEPTOS QUIEN INDICA ENTENDER Y ACEPTAR

### **B. EXAMEN FÍSICO**

INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN APOYO ORTOPEDICO, CONCIENTE ORIENTADO EN TRES ESFERAS SE MUESTRA COLABORADOR CON LENGUAJE COHERENTE NO IDEAS DELIRANTES NO ACTITUD ALUCINANTE, C/C PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA, DOLOR A LA MOVILIZACION Y FLEXOEXTENSION DEL CUELLO, C/P: SIMETRICO EXPANSIBLE SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. ABD: DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MEGALIAS, GU: NORMOCONFIGURADOS EXT: DOLOR A LA MOVILIZACION Y FLEXOEXTENSION DE AMBAS RODILLAS, CON LEVE ROCE PATELOFEMORAL, LEVE INESTABILIDAD EN AMBAS RODILLAS, BUENA POTENCIA MUSCULAR, LIGERA LIMITACION FUNCIONAL EN AMBAS RODILLAS, DOLOR A LA MOVILIZACION Y FLEXOEXTENSION DE AMBOS TOBILLOS, CON LEVE LIMITACION AL APOYO EN EL PIE IZQUIERDO, COLUMNA NO RADICULOPATIA FLEXION DE TRONCO III/IV, DOLOROSO A LA MOVILIZACION, LASEGUE NEGATIVO, SNC: NO DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE, PIEL: DERMATOSIS LOCALIZADA EN ZONA DE RODILLA IZQUIERDA CARACTERIZADA POR CICATRIZ DE 10 POR 0.5 CM ATRÓFICA Y EUCROMICA OTRA CONTIGUA A ESTA DE 5 POR 0.5 CM DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE LA ANTERIOR. NO LESIONES ACTIVAS EN PIEL

## **VI. CONCLUSIONES**

### **A- DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:**

- 1). LIGEROS CAMBIOS DE OSTEOARTROSIS FACETARIA BILATERAL E HIPERTROFIA DE LIGAMENTOS AMARILLOS EN L4-5 Y L5-S1, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA, QUE DEJA COMO SECUELA:  
A) LUMBALGIA CRONICA
- 2). OSTEOCONDROSIS INTERVERTEBRAL Y UNICOARTRITIS EN C5-C6 Y C6-C7, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, QUE DEJA COMO SECUELA:  
A) CERVICALGIA CRONICA
- 3). LESION DEL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO INTERNO ASOCIADO A PROCESO INFLAMATORIO INTERSTICIAL Y MINIMA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE A NIVEL DE LA BURSA SUPRAPATELAR EN RODILLA DERECHA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE RODILLA DERECHA, QUE DEJA COMO SECUELA:  
A) GONALGIA DERECHA CRONICA CON ALTERACION FUNCIONAL DE LA RODILLA



- 4).RINITIS ALERGICA, VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, EN MANEJO CON ANTIHISTAMINICOS, CON HISTORIA CLINICA QUE CONFIRMA SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ESPECIALIDAD TRATANTE DURANTE SERVICIO ACTIVO, CON SINTOMAS ATOPICOS NAALES PERMANENTES Y INTERMITENTES, EN EL MOMENTO CONTROLADO.
- 5).APNEA DEL SUEÑO, VALORADO TENIENDO EN CUENTA POLISOMNOGRAFIA QUE REPORTO IAH:20.1/HORA, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE
- 6).EXAMEN DE AUDICION NORMAL, VALORADO TENIENDO EN CUENTA AUDIOMETRIA TONAL SERIADA, CON RANGOS AUDITIVOS FUNCIONALES 19 DB OIDO IZQUIERDO Y 16 DB OIDO DERECHO, SIN SECUELAS
- 7).RUPTURA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR ASOCIADO A SIGNOS DE FASCITIS PLANTAR EN TOBILLO IZQUIERDO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO , QUE DEJA COMO SECUELA:  
A) TALALGIA IZQUIERDA CRONICA ASOCIADA A LEVE REPERCUSION FUNCIONAL EN LA DINAMICA DEL PIE
- 8).ASMA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, QUE HA PERSISTIDO CON EPISODIOS DE BRONCOESPASMO A REPETICION , EN MANEJO CON INHALADORES AGONISTA B2 ADRENÉRGICO, EN MANEJO Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE DURANTE SERVICIO MILITAR ACTIVO, CONTROLADO
- 9).DISLIPIDEMIA MIXTA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO
- 10).TINNITUS , VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, SIN HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO DURANTE SERVICIO ACTIVO QUE CONFIRME QUE CORRESPONDA A UNA AFECCION ORGANICA REBELDE AL TRATAMIENTO,SIN SECUELAS
- 11).GASTROPATÍA ERITEMATOSA Y EROSIVA, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE
- 12).HIATO INCOMPETENTE, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, EN EL MOMENTO SIN REPERCUSION SOMATICA, SUSCEPTIBLE DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE
- 13).ESOFAGITIS GRADO A, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, QUE HA REQUERIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DISPEPTICA, NO CONTROLADO
- 14).DORSALGIA CRONICA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLER MAGNETICA QUE REPORTO SIN ALTERACIONES, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO
- 15).CICATRICES SECUNDARIAS A REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA, VALORADO POR DERMATOLOGIA, OCASIONADAS POR LESION YA CALIFICADA EN JML NO.2363 DEL 05/10/1999 Y TML NO.3063 27/02/2007
- 16).GANGLION EN EL DORSO ENTRE EL TERCER Y CUARTO METATARSIANOS DE PIE DERECHO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO , SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO FIN DE LA TRANSCRIPCION.

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

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

NO APTO, ESTA JUNTA NO SE PRONUNCIA SOBRE REUBICACIÓN LABORAL POR TRATARSE DE UN RETIRO

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

LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CINCUENTA Y UNO PUNTO VEINTITRÉS POR CIENTO (51.23%) DEL (100%) RESTANTE YA QUE TIENE TRIBUNAL MEDICO N°. 3063 DE FECHA 27 DE FEBRERO DE 2007 QUE MODIFICO CON DCL ( 0% ) SOBRE LA JUNTA MEDICA N°. 2363 DE FECHA 5 DE OCTUBRE DE 1999 Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (51.23%).

**D- Imputabilidad del Servicio**

AFECCIÓN-1. ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) LITERAL (B). AFECCIÓN-2. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-3. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-4. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-5. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). CONCLUSION-6. NO SE CLASIFICA COMO LESIÓN NI AFECCIÓN POR NO PRESENTAR PATOLOGÍA.

AFECCIÓN-7. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-8. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-9. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-10. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-11. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-12. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-13. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-14. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). CONCLUSION-15. NO SE CLASIFICA COMO LESIÓN NI AFECCIÓN POR NO PRESENTAR PATOLOGÍA. AFECCIÓN-16. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A).

**E- Fijación de los correspondientes índices.**

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DECRETO 0094 DEL 11 DE ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR:  
1A) NUMERAL 1-062, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)- 2A) NUMERAL 1-042, LITERAL (A) INDICE DOS (2)- 3A) NUMERAL 1-191 INDICE SIETE (7)- 4A) NUMERAL 2-002, LITERAL (A) INDICE SEIS (6)- 5A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 6A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 7A) NUMERAL 1-206, LITERAL (A) INDICE TRES (3)- 8A) NUMERAL 2-007, LITERAL (A) INDICE CUATRO (4)- 9A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 10A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 11A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 12A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 13A) NUMERAL 8-026, LITERAL (A) INDICE CUATRO (4)- 14A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 15A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 16A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN-

**NOTA:**

**DESGLOSE LITERALES**

NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
1-A	1-062	LITERAL B	5	10%
2-A	1-042	LITERAL A	2	6.3%
3-A	1-191	LITERAL A	7	12.14%
4-A	2-002	LITERAL A	6	8.59%
5-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	LITERAL A	0	0%
6-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	LITERAL N	0	0%
7-A	1-206	LITERAL A	3	4.72%
8-A	2-007	LITERAL A	4	4.95%
9-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	LITERAL A	0	0%
10-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	LITERAL A	0	0%
11-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	LITERAL A	0	0%
12-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	LITERAL A	0	0%



NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
13-A	8-026	Literal A	4	4.53%
14-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
15-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	Literal N	0	0%
16-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%

TOTAL ACUMULADO POR LITERALES

ACUMULADO LITERAL A = 41.23%

ACUMULADO LITERAL B = 10%

ACUMULADO LITERAL C = 0%

ACUMULADO LITERAL D = 0%

PUEDE DESEMPEÑARSE EN LA VIDA CIVIL SEGUN SU CAPACIDAD LABORAL RESIDUAL

**TERMINADO**

## 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.

  
CT. JONATHAN ANDRES ARIAS  
ARISTIZABAL  
Médico de sanidad

  
CT. ARLEY GREGORIO SUAREZ RINCON  
Médico de sanidad

  
TE. ROSEMBERG HANS SOTO DEL VILLAR  
Médico 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**

## IX. NOTIFICACIÓN:

El acta de Junta Médica No 220649 de fecha 11 DE DICIEMBRE DE 2023 se notifica en forma personal y/o electrónica *al señor CR. BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY* en BOGOTÁ, D.C. el día 27 DE FEBRERO DE 2024. 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 \_\_\_\_\_  
Notificador  REVISÓ 

SP. CASIANO ALEXANDER CARDENAS LEON  
NOTIFICADOR

CT. WILMER ADRIAN MELO ARAUJO  
REVISOR

"FE EN LA CAUSA"

Carrera 46 No. 20B -99 PUENTE ARANDA - EDIFICIO - COPER  
Linea telefonica 4261489 opción 2 - Página web [www.disanejercito.mil.co](http://www.disanejercito.mil.co)  
Correo electrónico: [disaneje@ejercito.mil.co](mailto:disaneje@ejercito.mil.co)

**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 después 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: \_\_\_\_\_



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

**NOTIFICACIÓN**

DE LAS CONCLUSIONES DEL ACTA DE JUNTA MÉDICA, SEGÚN LO DETERMINADO EN EL ARTÍCULO 69 DE LA LEY 1437 DEL 18 DE ENERO DE 2011.

EN BOGOTÁ, D.C. A LOS 27 DE FEBRERO DE 2024 SE NOTIFICA DE LAS CONCLUSIONES DEL ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL DEFINITIVA NO 220649 DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DE 2023 CORRESPONDIENTE A CR. BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY CC 79519674.

**CONCLUSIONES**

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

1).LIGEROS CAMBIOS DE OSTEOARTROSIS FACETARIA BILATERAL E HIPERTROFIA DE LIGAMENTOS AMARILLOS EN L4-5 Y L5-S1, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA, QUE DEJA COMO SECUELA:

A) LUMBALGIA CRONICA

2).OSTEOCONDROSIS INTERVERTEBRAL YUNCOARTRITIS EN C5-C6 Y C6-C7, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, QUE DEJA COMO SECUELA:

A) CERVICALGIA CRONICA

3).LESION DEL CUERNO POSTERIOR DEL MENISCO INTERNO ASOCIADO A PROCESO INFLAMATORIO INTERSTICIAL Y MINIMA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE A NIVEL DE LA BURSA SUPRAPATELAR EN RODILLA DERECHA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE RODILLA DERECHA, QUE DEJA COMO SECUELA:

A) GONALGIA DERECHA CRONICA CON ALTERACION FUNCIONAL DE LA RODILLA

4).RINITIS ALERGICA, VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, EN MANEJO CON ANTIHISTAMINICOS, CON HISTORIA CLINICA QUE CONFIRMA SEGUIMIENTO Y CONTROL POR ESPECIALIDAD TRATANTE DURANTE SERVICIO ACTIVO, CON SINTOMAS ATOPICOS NAALES PERMANENTES Y INTERMITENTES, EN EL MOMENTO CONTROLADO.

5).APNEA DEL SUEÑO, VALORADO TENIENDO EN CUENTA POLISOMNOGRAFIA QUE REPORTO IAH:20.1/HORA, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE

6).EXAMEN DE AUDICION NORMAL, VALORADO TENIENDO EN CUENTA AUDIOMETRIA TONAL SERIADA, CON RANGOS AUDITIVOS FUNCIONALES 19 DB OIDO IZQUIERDO Y 16 DB OIDO DERECHO, SIN SECUELAS

7).RUPTURA DEL LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR ASOCIADO A SIGNOS DE FASCITIS PLANTAR EN TOBILLO IZQUIERDO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO IZQUIERDO , QUE DEJA COMO SECUELA:

A) TALALGIA IZQUIERDA CRONICA ASOCIADA A LEVE REPERCUSION FUNCIONAL EN LA DINAMICA DEL PIE

8).ASMA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, QUE HA PERSISTIDO CON EPISODIOS DE BRONCOESPASMO A REPETICION , EN MANEJO CON INHALADORES AGONISTA B2 ADRENÉRGICO, EN MANEJO Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE DURANTE SERVICIO MILITAR ACTIVO, CONTROLADO

9).DISLIPIDEMIA MIXTA, VALORADO POR MEDICINA FAMILIAR, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO

10).TINNITUS , VALORADO POR OTORRINOLARINGOLOGIA, SIN HISTORIA CLINICA DE SEGUIMIENTO DURANTE SERVICIO ACTIVO QUE CONFIRME QUE CORRESPONDA A UNA AFECCION ORGANICA REBELDE AL TRATAMIENTO,SIN SECUELAS

11).GASTROPATÍA ERITEMATOSA Y EROSIVA, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO POR ESPECIALIDAD TRATANTE

12).HIATO INCOMPETENTE, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS, EN EL MOMENTO SIN REPERCUSION SOMATICA, SUSCEPTIBLE DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD TRATANTE

13).ESOFAGITIS GRADO A, VALORADO TENIENDO EN CUENTA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, QUE HA REQUERIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA DISPEPTICA, NO CONTROLADO

14).DORSALGIA CRONICA, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA QUE REPORTO SIN ALTERACIONES, SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO

15).CICATRICES SECUNDARIAS A REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA, VALORADO POR DERMATOLOGIA, OCASIONADAS POR LESIÓN YA CALIFICADA EN JML NO.2363 DEL 05/10/1999 Y TML NO.3063 27/02/2007

16).GANGLION EN EL DORSO ENTRE EL TERCER Y CUARTO METATARSIANOS DE PIE DERECHO, VALORADO POR ORTOPEDIA TENIENDO EN CUENTA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO , SUSCEPTIBLE DE MANEJO Y SEGUIMIENTO MEDICO FIN DE LA TRANSCRIPCION.

**B- CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES O AFECCIONES Y CALIFICACIÓN DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA PARA EL SERVICIO**

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

NO APTO, ESTA JUNTA NO SE PRONUNCIA SOBRE REUBICACIÓN LABORAL POR TRATARSE DE UN RETIRO

**C- EVALUACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL**

Carrera 46 No. 20B -99 PUENTE ARANDA - EDIFICIO - COPER

Línea telefónica 4261489 opción 2 - Página web [www.disanejercito.mil.co](http://www.disanejercito.mil.co)

Correo electrónico: [disaneje@ejercito.mil.co](mailto:disaneje@ejercito.mil.co)

LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CINCUENTA Y UNO PUNTO VEINTITRÉS POR CIENTO (51.23%) DEL (100%) RESTANTE Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (51.23%).

#### **D- IMPUTABILIDAD DEL SERVICIO**

AFECCIÓN-1. ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) LITERAL (B). AFECCIÓN-2. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-3. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-4. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-5. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). CONCLUSION-6. NO SE CLASIFICA COMO LESIÓN NI AFECCIÓN POR NO PRESENTAR PATOLOGÍA. AFECCIÓN-7. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-8. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-9. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-10. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-11. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-12. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-13. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). AFECCIÓN-14. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A). CONCLUSION-15. NO SE CLASIFICA COMO LESIÓN NI AFECCIÓN POR NO PRESENTAR PATOLOGÍA. AFECCIÓN-16. ENFERMEDAD COMÚN (EC) LITERAL (A).

#### **E- FIJACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES ÍNDICES**

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DECRETO 0094 DEL 11 DE ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR: 1A) NUMERAL 1-062, LITERAL (A) INDICE CINCO (5)- 2A) NUMERAL 1-042, LITERAL (A) INDICE DOS (2)- 3A) NUMERAL 1-191 INDICE SIETE (7)- 4A) NUMERAL 2-002, LITERAL (A) INDICE SEIS (6)- 5A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 6A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 7A) NUMERAL 1-206, LITERAL (A) INDICE TRES (3)- 8A) NUMERAL 2-007, LITERAL (A) INDICE CUATRO (4)- 9A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 10A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 11A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 12A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 13A) NUMERAL 8-026, LITERAL (A) INDICE CUATRO (4)- 14A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 15A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN- 16A) NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN-

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

CT. JONATHAN ANDRES ARIAS ARISTIZABAL

CT. ARLEY GREGORIO SUAREZ RINCON

TE. ROSEMBERG HANS SOTO DEL VILLAR

NOTIFICACION DEL ACTA DE JUNTA MEDICA, SEGUN LO DETERMINADO EN EL ARTICULO 69 DE LA LEY DEL 18 DE ENERO DE 2011, AL CORREO ELECTRONICO [gersson.buitrago27@gmail.com](mailto:gersson.buitrago27@gmail.com) AUTORIZADO POR EL TITULAR DEL DERECHO.

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN SE CONSIDERARÁ SURTIDA AL FINALIZAR EL DÍA SIGUIENTE AL DE LA ENTREGA DEL AVISO EN EL LUGAR DE DESTINO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO 69 DE LA LEY 1437 DEL 18 DE ENERO DEL 2011



**SP. CASIANO ALEXANDER CARDENAS LEON**

**TRAMITACION JUNTAS MEDICAS**





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR

AUTORIZACION PARA SER NOTIFICADO POR CORREO ELECTRONICO

La notificación por medio electrónicos SE ENTENDERÁ surtida a partir de la fecha y hora en que quedo disponible en la bandeja de entrada del correo electrónico señalado.

Por lo anterior, DECLARO ser el único responsable de revisar el buzón del correo electrónico registrado y la omisión en ningún momento invalidará el trámite de la comunicación realizada por este medio, como lo indica la ley 527 de 1999, en su artículo 21 " (...) Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones" (...) ARTICULO 21. PRESUNCION DE RECEPCION DE UN MENSAJE DE DATOS. Cuando el iniciador recepcione acuse recibo del destinatario, se presumirá que éste ha recibido el mensaje de datos.  
Esa presunción no implicará que el mensaje de datos corresponda al mensaje recibido. Cuando en el acuse de recibo se indique que el mensaje de datos es recepcionado cumple con los requisitos técnicos convenidos o enunciados en alguna norma técnica aplicable, se presumirá que ello es así.

LA JUNTA MEDICA, SERÁ REALIZADA EL DIA 26 MES 05 DE 2023 Y SE NOTIFICARÁ AL CORREO ELECTRONICO  
CORREO ELECTRONICO gusson.buitrago29@gmail.com

QUE USTED NOS PROPORCIONA DE SU PUÑO Y LETRA, DENTRO DE LOS 120 DIAS SIGUIENTES DE LA REALIZACION DE LA JUNTA MEDICA LABORAL.

En constancia

Medico remitente junta medico laboral

Firma del paciente:

APELLIDOS Y NOMBRES Buitrago Medina Gusson Freddy  
CC. No 99519614 DE Bogotá TELEFONO 3122532928

AUTORIZACION PARA SER NOTIFICADO POR CORREO ELECTRONICO

La notificación por medio electrónicos SE ENTENDERÁ surtida a partir de la fecha y hora en que quedo disponible en la bandeja de entrada del correo electrónico señalado.

Por lo anterior, DECLARO ser el único responsable de revisar el buzón del correo electrónico registrado y la omisión en ningún momento invalidará el trámite de la comunicación realizada por este medio, como lo indica la ley 527 de 1999, en su artículo 21 " (...) Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones" (...) ARTICULO 21. PRESUNCION DE RECEPCION DE UN MENSAJE DE DATOS. Cuando el iniciador recepcione acuse recibo del destinatario, se presumirá que éste ha recibido el mensaje de datos.  
Esa presunción no implicará que el mensaje de datos corresponda al mensaje recibido. Cuando en el acuse de recibo se indique que el mensaje de datos es recepcionado cumple con los requisitos técnicos convenidos o enunciados en alguna norma técnica aplicable, se presumirá que ello es así.

LA JUNTA MEDICA, SERÁ REALIZADA EL DIA \_\_\_\_ MES \_\_\_\_ DE 2023 Y SE NOTIFICARÁ AL CORREO ELECTRONICO  
CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

QUE USTED NOS PROPORCIONA DE SU PUÑO Y LETRA, DENTRO DE LOS 120 DIAS SIGUIENTES DE LA REALIZACION DE LA JUNTA MEDICA LABORAL.

En constancia

Medico remitente junta medico laboral

Firma del paciente:

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
CC. No \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_



**NOTIFICACIÓN JUNTA MÉDICA LABORAL**

2 mensajes

Mensajería Electrónica Notificacionjml <notificacionjml@buzonejercito.mil.co>  
Para: gersson.buitrago27@gmail.com

27 de febrero de 2024, 9:37

BOGOTÁ DC, 27 DE FEBRERO 2024

Señor: CR ® BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY CC 79519674

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 [notificacionjml@buzonejercito.mil.co](mailto:notificacionjml@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,

**SP. CARDENAS LEON ALEXANDER**

Suboficial Notificador JML

e-mail: [notificacionjml@buzonejercito.mil.co](mailto:notificacionjml@buzonejercito.mil.co)

"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.


#### *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 los 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 comuniqué 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 incluir 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.

---

 **Junta Medica 220649.pdf**  
710K

---

**Gersson Buitrago** <gersson.buitrago27@gmail.com>  
Para: anpego25@hotmail.com

24 de julio de 2024, 12:10

[El texto citado está oculto]

[El texto citado está oculto]

"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.

#### *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 los 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 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 incluir 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.



Libre de virus.[www.avast.com](http://www.avast.com)



**Junta Medica 220649.pdf**  
710K



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **79.519.674**, adquirió la obligación No. **0013-0994-30-9600023497** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro Vida Deudor No. **02 246 0000001096**, certificado No. **0013-0994-38-4000175982**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$39,097,558.79
Incapacidad total y permanente	\$39,097,558.79

\$53'300  
24/05/22

La póliza fue emitida con fecha 24/05/2022 y actualmente se encuentra vigente, (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: S.S

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

-Artículo 1068 del Código de Comercio. -Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucia Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co) o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."





BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **79.519.674**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9623854791** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro Vida Deudor No. **02 260 0000017149**, certificado No. **0013-0158-60-4019508748**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$190,000,000.00
Incapacidad total y permanente	\$190,000,000.00

16/09/21

La póliza fue emitida con fecha 16/09/2021 y actualmente se encuentra vigente, (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: S.S

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

-Artículo 1068 del Código de Comercio. -Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucia Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co) o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **79.519.674**, adquirió la obligación No. **0013-0206-00-9600476483** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro Vida Deudor No. **02 245 0000078313**, certificado No. **0013-0206-16-4001810425**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$17,133,188.61
Incapacidad total y permanente	\$17,133,188.61

La póliza fue emitida con fecha 04/05/2023 y actualmente se encuentra vigente, (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: S.S

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

-Artículo 1068 del Código de Comercio. -Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucia Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co) o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."



**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO  
DEUDORES BANCASEGUROS**

**AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA "LA COMPAÑÍA", CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

**EXCLUSIONES**

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

**CONDICIONES GENERALES**

**CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR**

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

**CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO**

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

**CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS**

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, "LA COMPAÑÍA" concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, "LA COMPAÑÍA" tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y "LA COMPAÑÍA" quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

**CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS**

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

**CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

Si el Tomador avisa por escrito a "LA COMPAÑÍA" para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA COMPAÑÍA" o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑÍA" todas las primas adeudadas en esa fecha.

"LA COMPAÑÍA" devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

**CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por "LA COMPAÑÍA".

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por "LA COMPAÑÍA", la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce 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 inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑÍA" sólo estará obligada 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.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD**

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

#### **CLÁUSULA OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

#### **CLÁUSULA NOVENA - RENOVACIÓN**

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD**

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite "LA COMPAÑÍA", con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD**

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de "LA COMPAÑÍA", el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por "LA COMPAÑÍA".
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

"LA COMPAÑÍA" o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a "LA COMPAÑÍA".

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos



legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑÍA" dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com  
Línea nacional: 018000934020  
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como:

Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación. En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción.  
ITP: Dictamen de calificación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES**

"LA COMPAÑÍA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑÍA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑÍA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a "LA COMPAÑÍA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN**

"LA COMPAÑÍA" se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN**

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA-  
NOTIFICACIONES**

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas de las partes de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA-  
DISPOSICIONES LEGALES**

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA-  
OBLIGACIONES DEL TOMADOR /  
ASEGURADO**

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA-  
DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

**1. AMPAROS**

**1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

**2. CONVERTIBILIDAD**

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.



## ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre "LA COMPAÑÍA" y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

### AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

### CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

### CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual "LA COMPAÑÍA" informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

### CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.

Guadalajara de Buga, 4 de marzo de 2024

Señores.

**SEGUROS BBVA**

Carrera 9 # 72-21 Piso 8

Correo Electrónico: siniestros.co@bbvaseguros.com

Línea 6013077121

Bogotá- Cundinamarca

REF: **DERECHO DE PETICIÓN DE INFORMACION EN INTERÉS PARTICULAR.**

**GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA**, mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Guadalajara de Buga (V.), identificado con la cedula de ciudadanía número **79.519.674** de **Bogotá (Cundinamarca)**, por medio del presente escrito, me permito interponer **Derecho Constitucional de Petición** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, en los siguientes términos:

### **HECHOS**

1. En el mes de noviembre del año 2021 aproximadamente, adquirí un crédito de libranza, el cual se identifica con el No. **00130158009623854791**, con la entidad financiera **BANCO BBVA**, por un valor de **CIENTO NOVENTA MILLONES DE PESOS MCTE. (\$190.000.000)**.
2. Con ocasión al crédito mencionado anteriormente, se suscribió una Póliza de Seguro de Vida, tal como se evidencia en el extracto de libranza con periodo de corte 2024-02-13. Dicho seguro cuenta con una cobertura por Incapacidad Total y Permanente, cuando sea



dictaminada por ente competente y corresponda al 50% de la pérdida de capacidad de forma total y permanente.

3. En el mes de abril del año 2022, adquirí un crédito de consumo identificado el cual se identifica con el No. **00130994009600022689**, con la entidad financiera **BANCO BBVA**, por un valor de **CUARENTA MILLONES PESOS MCTE. (\$40.000.000)**.
4. En virtud del crédito mencionado en numeral 3, se suscribió una Póliza de Seguro de Vida, tal como se evidencia en el extracto de crédito con periodo de corte 01-02-2024. Dicho seguro cuenta con una cobertura por Incapacidad Total y Permanente, cuando sea dictaminada por ente competente y corresponda al 50% de la pérdida de capacidad de forma total y permanente.
5. Seguidamente, en el mes de junio del año 2022, a través de una compra de cartera adquirí un crédito de consumo, el cual se identifica con el No. **00130994009600023497**, con la entidad financiera **BANCO BBVA**, por un valor de **CINCUENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES DE PESOS MCTE. (\$53.259.393)**.
6. Debido al crédito mencionado en numeral 5, se suscribió una Póliza de Seguro de Vida, tal como se evidencia en el extracto de crédito con periodo de corte 04-02-2024. Dicho seguro cuenta con una cobertura por Incapacidad Total y Permanente, cuando sea dictaminada por ente competente y corresponda al 50% de la pérdida de capacidad de forma total y permanente.
7. En el mes de mayo del año 2023, adquirí un crédito de consumo identificado con el No. **00130206009600476483**, con la entidad financiera **BANCO BBVA**, por un valor de **DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE. (\$18.900.000)**.
8. A causa del crédito mencionado en numeral 7, se suscribió una Póliza de Seguro de Vida, tal como se evidencia en el extracto de crédito con periodo de corte 13-02-2024. Dicho seguro cuenta con una cobertura por Incapacidad Total y Permanente, cuando sea dictaminada por ente competente y corresponda al 50% de la pérdida de capacidad de forma total y permanente.



9. Aproximadamente el mes de julio del año 2022, el **BANCO BBVA**, me otorgó una Tarjeta de Crédito VISA INFINITE, identificada con el No. **492489\*\*\*\*\*2173** registrada con el contrato No. **0001309945000217289**.
10. En virtud de la obtención de la tarjeta de Crédito descrita anteriormente, fue expedida una Póliza Seguro de Vida Individual, tal como se evidencia en el extracto de la tarjeta de crédito con fecha de corte 15-02-2024, que se adjunta a la presente. Dicho seguro cuenta con una cobertura por Incapacidad Total y Permanente, cuando sea dictaminada por ente competente y corresponda al 50% de la pérdida de capacidad de forma total y permanente.
11. El día 11 de diciembre de 2023 la DIRECCION DE SANIDAD - EJERCITO NACIONAL - FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA, profirió el Acta de Junta Médica Laboral No. **220649**, en la cual me determinan una disminución de mi capacidad laboral en un 51,23%, como se refleja en su página No. 6, punto C, así:  
 "...  
**C- Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.**  
 LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CINCUENTA Y UNO PUNTO VEINTITRÉS POR CIENTO (51.23%) ...".
12. Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se tiene que al encontrarme con una disminución de la capacidad laboral del 51,23%, esto es superior al 50%, y que actualmente cuento con 50 años, la Aseguradora debe cancelar a la entidad financiera **BANCO BBVA**, la totalidad de los créditos adquiridos con mencionada entidad.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

1. Bajo Artículo **1602** del Código Civil establece que todo contrato es ley para las partes, y a su vez, el Art. **1045** del mismo código, consagra que uno de los elementos esenciales del contrato de seguro es el **riesgo asegurable**.
2. El Código de Comercio en su artículo **1058**, Sentencia **C-232 /1997** M.P. Jorge Arango Mejía; que a su letra expresa:



...". 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 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 inculpable 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..."

3. Bajo sentencia **T-738 -2011...**" Para la Sala, este comportamiento de las accionadas como entidades pertenecientes al sistema financiero (...), evidencia una vez más la utilización de la posición dominante, tanto en el contrato de mutuo como en el de seguros cuando, amparadas en la aparente legalidad de la literalidad de las cláusulas de los documentos con que se instrumentaron los contratos de crédito hipotecario y el de seguros respectivamente, actuando en sus condiciones de acreedora sin satisfacción de su crédito por parte de la ejecutante y de no obligada al pago de indemnización por terminación del amparo vida ante la no cancelación de las primas, por parte de la aseguradora, se propicia la terminación formal de la vía ejecutiva, en la que como se dijo, ya no era factible debatir las controversias que podían llevar a que la obligada al pago de la deuda fuera la aseguradora, lo que obviamente liberaba a la accionante de esa carga. Es para la Sala entonces, un comportamiento con el que sin permitir que fuera la justicia la que decidiera el asunto, se causó a la accionante el riesgo inminente de perder su vivienda, que como se ha considerado en esta providencia, para ella hace parte de su mínimo vital..."



4. Bajo pronunciamiento de la Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia T-1018/10 de 09 de diciembre de 2010, Referencia: expediente: T-2006481, Magistrado Ponente: Nilson Pinilla Pinilla, señaló: "...*El seguro de vida grupo deudores que ofrecen las compañías de seguros, debe garantizar al asegurado que sus deudas por todas las líneas de crédito que haya utilizado están amparadas por la respectiva póliza, con lo cual se evita afectar el patrimonio familiar y el de sus codeudores, al sobrevenir fallecimiento o **Incapacidad Permanente**, resultando necesario señalar que los contratos de seguros llegan a tener incidencia frente a derechos fundamentales y han de precaver su afectación, en lo pertinente...*".
5. Mediante sentencia T-772 de 2003, la Corte definió el mínimo vital como una pre-condición para el ejercicio de los derechos y libertades de la persona, la cual es transversal para asegurar la digna subsistencia del ser humano y de su familia, especialmente en lo relacionado con su alimentación, vestido, educación, vivienda y seguridad social. Y como es mi caso del cual yo sostengo a 3 personas más, de las cuales 01 son menores de edad.

## PETICIONES

Conforme a lo expuesto anteriormente, y dado que se configura el siniestro en el evento de la pérdida de mi capacidad laboral superior al CINCUENTA POR CIENTO (50%), solicito muy respetuosamente cancelar a la entidad financiera **BANCO BBVA**, la totalidad de los créditos adquiridos con la mencionada entidad bancaria, así:

1. Cancelar el crédito de libranza, el cual se identifica con el No. **00130158009623854791**, esto es **CAPITAL- INTERESES CORRIENTES- INTEREES MORA-GASTOS Y HONORARIOS DE COBRANZA SI LOS HUBIERA, PRIMAS DE SEGURO Y CUALQUIER OTRA QUE ESTE A MI CARGO.**
2. Cancelar el crédito de consumo identificado con el No. el cual se identifica con el No. **00130994009600022689**, esto es **CAPITAL- INTERESES CORRIENTES- INTEREES MORA-GASTOS Y HONORARIOS DE COBRANZA SI LOS HUBIERA, PRIMAS DE SEGURO Y CUALQUIER OTRA QUE ESTE A MI CARGO.**



3. Cancelar el crédito de consumo, el cual se identifica con el No. **00130994009600023497**, esto es **CAPITAL- INTERESES CORRIENTES- INTEREES MORA-GASTOS Y HONORARIOS DE COBRANZA SI LOS HUBIERA, PRIMAS DE SEGURO Y CUALQUIER OTRA QUE ESTE A MI CARGO.**

4. Cancelar el crédito de consumo identificado con el No. **00130206009600476483**, esto es **CAPITAL- INTERESES CORRIENTES- INTEREES MORA-GASTOS Y HONORARIOS DE COBRANZA SI LOS HUBIERA, PRIMAS DE SEGURO Y CUALQUIER OTRA QUE ESTE A MI CARGO.**

5. Cancelar el contenido en la Tarjeta de Crédito VISA INFINITE, identificada con el No. **492489\*\*\*\*\*2173** registrada con el contrato No. **0001309945000217289** esto es **CAPITAL- INTERESES CORRIENTES- INTEREES MORA-GASTOS Y HONORARIOS DE COBRANZA SI LOS HUBIERA, PRIMAS DE SEGURO Y CUALQUIER OTRA QUE ESTE A MI CARGO.**

6. Me sean reintegrados los dineros cancelados con posterioridad a la fecha de la expedición del Acta de Junta Medica Laboral No. 220649, esto es el 11 de diciembre de 2023, correspondientes a las cuotas de los Créditos de Libranza, Consumo y Tarjeta de Crédito, objetos de la presente petición.

## ANEXOS

### DE CARÁCTER DOCUMENTAL.

1. Copia de mi cedula de ciudadanía.
2. Copia del Extracto de Libranza con fecha corte 2024-02-13.
3. Copia del Extracto de Credito de Consumo No. **00130994009600022689** con fecha de corte 01-02-20124.
4. Copia del Extracto de Credito de Consumo No. **00130994009600023497** con fecha de corte 04-02-20124.
5. Copia del Extracto de Credito de Consumo No. **00130206009600476483** con fecha de corte 13-02-20124.
6. Copia del Extracto de la Tarjeta de Crédito VISA INFINITE, identificada con el No. **492489\*\*\*\*\*2173** con fecha de corte 15-02-20124.
7. Acta de Junta Médica Laboral No. **220649** de fecha 11 de diciembre de 2023, expedida por la DIRECCION DE SANIDAD – EJERCITO NACIONAL – FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA.

8. Certificación Bancaria BBVA cuenta de Ahorros No. 400200846.

### V. NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones a través de mi correo electrónico gersson.buitrago27@gmail.com; en mi lugar de residencia Carrera 5 # 17SUR - 18 Guadalajara de Buga (Valle del Cauca). Teléfono celulares No 3222532928.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gersson', is written over a large, empty oval shape that serves as a placeholder for a stamp or seal.

**GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA**  
C.C. No. 79.519.674 de Bogotá.





Gersson Buitrago <gersson.buitrago27@gmail.com>

## Notificación de Estado de Solicitud BBVA: Pagado

4 mensajes

CRM BBVA <clientes@bbvaseguros.com.co>

13 de marzo de 2024, 17:18

Para: gersson.buitrago27@gmail.com, gersson.biitrago27@gmail.com



Bogotá D.C. Miércoles 13 de Marzo de 2024

Señor (a)

GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA

Reciba un cordial saludo por parte de BBVA Seguros.

En atención a tu solicitud relacionada con tu reclamación de tu seguro, nos permitimos confirmar que tu trámite ha sido aprobado y se procederá con el pago, el cual se verá reflejado en máximo 5 días hábiles, a partir de la presente notificación.

Para mayor información, te puedes comunicar a nuestra línea exclusiva 601 3077121 opción 2 y si requieres información de nuestros productos y servicios, puedes ingresar a nuestra página web [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co).

### Datos de contacto Defensor del consumidor financiero BBVA Seguros:

Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.

Mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co)

Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387

En BBVA Seguros, queremos hacer tu vida más sencilla.

### BBVA Seguros Colombia S.A

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

## Notificación de Estado de Solicitud BBVA: Objetado

CRM BBVA &lt;clientes@bbvaseguros.com.co&gt;

20 de marzo de 2024, 14:36

Para: gersson.buitrago27@gmail.com, gersson.buitrago27@gmail.com



Bogotá D.C. Miércoles 20 de Marzo de 2024

Señor (a)

GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA

Reciba un cordial saludo por parte de BBVA Seguros.

En atención a tu solicitud relacionada con la reclamación de tu seguro, nos permitimos informar que tu trámite ha sido objetado por los motivos señalados en la comunicación anexa.

Adjunto encontraras comunicado detallando el motivo de la objeción.

Para mayor información, se puede comunicar a nuestra línea exclusiva 601 3077121 opción 2 o ingrese a nuestra página web [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co).

### Datos de contacto Defensor del consumidor financiero BBVA Seguros:

Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.

Mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co)

Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387

En BBVA Seguros, queremos hacer tu vida más sencilla.

### BBVA Seguros Colombia S.A

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia



Bogotá., 20 de marzo de 2024

Señor (a)

GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA

[gersson.buitrago27@gmail.com](mailto:gersson.buitrago27@gmail.com)

REF.	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	AFFECTADO	GERSSON FREDDY BUITRAGO MEDINA
	CEDULA	79519674
	PÓLIZA	VGDB-162/VGDB-291/VGDB-292
	SINIESTRO	VGDB-32021/VGDB-32022/VGDB-32023
	OBLIGACIÓN	00130158009623854791 16/09/2021
		00130206009600476483 04/05/2023
		00130994009600023497 24/05/2022

Respetado Señor(a):

En atención a su solicitud, relacionada sobre la reclamación relativa el amparo de Incapacidad Total y Permanente, nos permitimos informar que no es procedente atender favorablemente su requerimiento y manifestarle las siguientes precisiones:

De acuerdo con registros médicos de Dirección General de Sanidad Militar, evidenciamos que el asegurado en referencia, tenía antecedentes médicos y patologías previas afectaban su pre-sanidad, para lo cual registra, antecedente quirúrgico sufre rotura de ligamentos en rodilla septiembre 1998, gonalgia derecha, dorsalgia, lumbalgia, cervicgia y talalgia bilateral 03/04/2023, además, antecedente de asma desde la infancia 12/02/2021 y dislipidemia de larga data desde el 2005, 09/09/2020, tinnitus ocasional bilateral 9 años de evolución 05/04/2023; lo anterior son hechos relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo **normal**.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado esté faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.



*El artículo 1058 del Código de Comercio establece que 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 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.*

Adicionalmente, el Artículo 1158 del código de comercio estipula "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".

De otra parte, con independencia de que la causa de incapacidad, haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio.

Las anteriores circunstancias llevaron a la Compañía Aseguradora a declinar el pago del seguro de vida deudores por reticencia, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, de acuerdo a lo anterior BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., se permite objetar la presente reclamación, reservándonos las causales y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordialmente,



**BBVA Seguros de Vida Colombia S.A**

**Nit: 800.240.882-0.**

Línea exclusiva siniestros: 601 3077121

[siniestros.co@bbva.com](mailto:siniestros.co@bbva.com)

**BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia**

ARB

Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:  
Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.  
Mail: [defensoria.bbva@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbva@bbva.com.co)  
Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387





**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS**

FOLIO: 1

HISTORIA CLINICA: 79519674

INGRESO: 2660563

NOMBRE DEL PACIENTE: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA F. DE INGRESO: 12/02/16 09:19

<b>DATOS PERSONALES</b>		<b>FECHA DE REGISTRO:</b> 12/02/2016 10:19:00 a. m.	
Identificación:	79519674	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento:	27/07/1973	Edad en atención:	42 Años \ 6 Meses \ 17 Días
Dirección:	CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101	Estado Civil:	Casado
Procedencia:	BOGOTA	Teléfono:	3245315 - 3104700569 - 3136568595
		Ocupación:	TENIENTE CORONEL
<b>DATOS DE AFILIACIÓN</b>			
Entidad:	FUERZAS MILITARES	Régimen:	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL	Nivel - Estrato:	ESTRATO GENERAL
<b>DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 1 (Fecha: 12/02/2016 10:19 a. m.)</b>			
Responsable:	JANETH GOMEZ	Teléfono Resp:	3136568595
Dirección Resp:		N° Ingreso:	2660563
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Fecha:	12/02/16 09:19:17
		Causa Externa:	Enfermedad_General

ANTECEDENTES			
TIPO	FECHA	OBSERVACIONES	
Médicos	12/02/2016	FIEBRE DEL CHIKUNGUNYA. MALARIA, EN DOS OCASIONES.	
Quirúrgicos	12/02/2016	CIRUGIA EN RODILLA IZQUIERDA, POR FRACTURA DE ROTULA.	
Alérgicos	12/02/2016	NO REFIERE.	
Traumáticos	12/02/2016	FRACTURA ROTULA IZQUIERDA, REQUIRIO CIRUGIA.	
Familiares	12/02/2016	NO REFIERE.	
Farmacológicos	12/02/2016	ACETAMINOFEN, OCASIONAL.	
Tóxicos	12/02/2016	Ninguno	NO REFIERE.

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

"ME GOLPIE LA RODILLA IZQUIERDA".  
 INFORMANTE: PACIENTE.  
 CONFIABILIDAD: ACEPTABLE.

**ENFERMEDAD ACTUAL**

CUADRO CLINICO DE +/- 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONTUSION EN RODILLA IZQUIERDA, POSTERIOR A SALTO APROXIMADO A 30 cm DE ALTURA. PACIENTE REFIERE ARTRALGIA LOCAL, CON LIMITACION PARCIAL PARA LA FLEXION DE LA RODILLA DADO EXACERBA LA INTENSIDAD DEL DOLOR. PACIENTE REFIERE EDEMA EN RODILLA COMPROMETIDA, PERO ESTE HA CEDIDO. PACIENTE REFIERE MANEJO CON TRAMADOL y ACETAMINOFEN, SIN ENCONTRAR MEJORIA DESEADA. PACIENTE REFIERE CONSULTA HASTA LA FECHA DE HOY, DADO TUVO QUE SER EVACUADO DEL AREA DE OPERACIONES.

**REVISION POR SISTEMAS**

PACIENTE NIEGA OTROS SINTOMAS DE RELEVANCIA CLINICA DURANTE ESTA VALORACION.

**SIGNOS VITALES**

T.A.: 120 / 80 F.C.: 74 F.R.: 19 T°: 36,5 PESO: 0 TALLA: 0 IMC: 0  
 T.A.M.: 93,333330 SATURACION: 97

**GLASGOW****APERTURA DE OJOS**

4 Espontanea

**RESPUESTA VERBAL**

5 Orientada

**RESPUESTA MOTORA**

6 Obedece Ordenes

**GLASGOW: 15**

pp

Profesional: NAVARRO ARAUJO MARCOS ELIAS

Registro profesional: 1043001655

Residente:

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



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS**

FOLIO: 1

HISTORIA CLINICA: 79519674

INGRESO: 2660563

NOMBRE DEL PACIENTE: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA F. DE INGRESO: 12/02/16 09:19

**EXAMEN FISICO**

CABEZA Y CUELLO: NORMAL  
 TORAX: NORMAL  
 ABDOMEN: NORMAL  
 GENITOURINARIO: NORMAL  
 EXTREMIDADES: ANORMAL  
 OSTEOMUSCULAR: ANORMAL  
 NEUROLOGICO: NORMAL  
 PIEL: NORMAL  
 EXAMEN MENTAL: NORMAL

PACIENTE CON ARTRALGIA EN RODILLA IZQUIERDA, SIN LIMITACION FUNCIONAL. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR 2 SEGUNDOS. PULSOS ARTERIALES CONSERVADOS EN TONO/AMPLITUD. PACIENTE SIN EDEMAS.  
 PACIENTE CON HALLAZGOS DESCRITOS EN RODILLA IZQUIERDA, SIN SIGNOS CLINICOS QUE SUGIERAN COMPROMISO MENISCAL, PERO SI HALLAZGO QUE SUGIERE POSIBLE COMPROMISO EN LIGAMENTO COLATERAL INTERNO Y ZONA DE INSERCIÓN DEL CUADRICEPS CRURAL. PACIENTE SIN SIGNOS CLINICOS QUE SUGIERAN RADICULOPATIA AGUDA APARENTE.

**ANÁLISIS Y CONDUCTA**

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES DESCRITOS, ENTRE LOS CUALES DESTACA FRACTURA ROTULA IZQUIERDA. PACIENTE CON CUADRO MEDICO ACTUAL EN RELACION A CONTUSION EN RODILLA IZQUIERDA, ACOMPAÑADO DE DOLOR LOCAL. PACIENTE CON HALLAZGOS QUE PUEDEN SUGERIR LEVE COMPROMISO EN LIGAMENTO COLATERAL INTERNO DE DICHA RODILLA, Y TENDINITIS DEL CUADRICEPS CRURAL. SE CONSIDERA INGRESAR PACIENTE PARA MANEJO ANALGESICO, SE SOLICITARA RADIOGRAFIA CORRESPONDIENTE Y VALORACION POR SERVICIO DE ORTOPEDIA COMO PARTE DEL MANEJO MEDICO INTEGRAL. PACIENTE REFIERE COMPRENDER Y ACEPTAR.

**DIAGNOSTICO**

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M255	DOLOR EN ARTICULACION		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo
S800	CONTUSION DE LA RODILLA		<input type="checkbox"/>	Presuntivo

**MEDICAMENTOS**

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
4	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% X 500ml	PASAR BOLO IV DE 1000cc AHORA, CONTINUAR A 70cc/HR.
1	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	APLICAR 1 AMP IV AHORA.
1	TRAMADOL (CLORHIDRATO) 50mg/mL	APLICAR 1 AMP IV AHORA, LENTA y DILUIDA.
1	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	APLICAR MEDIA AMP IV AHORA.
1	KETOPROFENO 100mg/2ml	APLICAR 1 AMP IV AHORA.

**INDICACIONES MEDICAS**

Urgencias\_Observacion

**OBSERVACION**

OBSERVACION. NADA VIA ORAL, HASTA NUEVA ORDEN. VER MEDICAMENTOS. S/S RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA. VALORACION ORTOPEDIA. CSV y AC.

**EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS**

NOMBRE	OBSERVACIONES
RADIOGRAFIA BRAZO PIERNA RODILLA FEMUR HOMBRO OMOPLATO	- Rx RODILLA IZQUIERDA AP y LAT. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FRACTURA PATELAR. PACIENTE CON TRAUMA CONTUSO EN RODILLA, EN FECHA RECIENTE. PACIENTE CON ARTRALGIA LOCAL.

**DETALLE DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA**

Consecutivo N°: 375784 Folio: Ingreso:

pp

Profesional: NAVARRO ARAUJO MARCOS ELIAS

Registro profesional: 1043001655

Residente:

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



12/02/2016

Página 3/3



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS**

**FOLIO: 1**

**HISTORIA CLINICA: 79519674**

**INGRESO: 2660563**

**NOMBRE DEL PACIENTE: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA F. DE INGRESO: 12/02/16 09:19**

**Fecha y hora Solicitud:**

**Área de Servicio:**

**Diagnóstico:**

**Motivo:**

**Observaciones:**

**DETALLE DE RESPUESTA A INTERCONSULTA**

**Médico que responde:** 1043001655 - NAVARRO ARAUJO MARCOS ELIAS

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

**Diagnóstico** M255 DOLOR EN ARTICULACION

**Anamnesis**

**Signos vitales**

**Presión Arterial**

**Frecuencia Cardíaca**

**Frecuencia Respiratoria**

**Temperatura**

**Saturación**

**Glasgow**

**Examen Físico**

**Análisis y Plan**

*ff*

**Profesional:** NAVARRO ARAUJO MARCOS ELIAS

**Registro profesional:** 1043001655

**Residente:**

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

**Fecha de Impresión** viernes, 13 de enero de 2023



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Pagina 1/2

Número de Folio: 2

Fecha de Folio: 12/02/2016 2:00 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2660563

Fecha de Ingreso: 12/02/2016 9:19 a. m.

DATOS PERSONALES

FECHA DE REGISTRO: 12/02/2016 2:00:59 p. m.

Identificación: 79519674

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 27/07/1973 Edad: 42 Años \ 6 Meses \ 17 Días

Estado Civil: Casado

Dirección: CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101

Teléfono: 3245315 - 3104700569 - 3136568595

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: TENIENTE CORONEL

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: FUERZAS MILITARES

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL

Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable: JANETH GOMEZ

Teléfono y Dirección: 3136568595

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Cama :

SUBJETIVO:

RESPUESTA A INTERCONSULTA DR SANCHEZ

PACIENTE DE 42 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE TRAUMA EN VALGO DE LA RODILLA IZQUIERDA, CON POSTERIR DOLOR INFLAMACION Y LIMITACION FUNCIONAL.

EXAMEN FISICO:

RODILLA IZQUIERDA: DOLOR SOBRE CARA MEDIAL EN TRAYECTO DE LCM, LACHMAN Y CAJON ANTERIOR NEGATIVOS. EDEMA LEVE

SIGNOS VITALES

PA 120 / 80 FC 72 FR 17 T 36

SATURACION 94 GLASGOW 15 /15

INFORMACION CIRUGÍA

¿Requiere cirugía?:

NO

RESOLUCIONES PEDIATRIA

PATOLOGÍA TERMINAL

PACIENTE PATOLOGÍA TERMINAL

PARACLINICOS:

Profesional: SANCHEZ URBINA JOSE IGNACIO

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro profesional: 13275702

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión: viernes, 13 de enero de 2023





HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Pagina 2/2

Número de Folio: 2

Fecha de Folio: 12/02/2016 2:00 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2660563

Fecha de Ingreso: 12/02/2016 9:19 a. m.

CONSIDERO PACIENTE CON RX QUE NO DEMUESTRAN FRACTURAS, ARTROSIS PATELOFEMORAL, SE INMOVILIZA CON BULTOSO Y SE DARA SALIDA CON RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA, CONTROL EN 2 SEMANAS POR CONSULTA EXTERNA.  
ANALGESICOS

**DIAGNOSTICO**

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
S836	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA		<input type="checkbox"/>	Presuntivo
S836	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

**MEDICAMENTOS**

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
21	NAPROXENO	TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS
3	VENDA ELASTICA 5x5	.
3	ALGODON LAMINADO 4X5	.

**INTERCONSULTAS**

**Médico Solicitante:** 13275702 - SANCHEZ URBINA JOSE IGNACIO  
**Área Solicitante:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**Diagnostico:** S836 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA  
**Especialidad Interconsultada:** MEDICINA GENERAL  
**Motivo:** VALORACION EN 2 SEMANAS EN DISPENSARIO  
**Observaciones:**  
**Médico Solicitante:** 13275702 - SANCHEZ URBINA JOSE IGNACIO  
**Área Solicitante:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**Diagnostico:** S836 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA  
**Especialidad Interconsultada:** FISIOTERAPIA  
**Motivo:** REALIZAR 10 SESIOENS DE TERAPIA FISICA  
**Observaciones:**

Profesional: SANCHEZ URBINA JOSE IGNACIO

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro profesional: 13275702

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
MEDICINA NUCLEAR**

FOLIO: 3

**HISTORIA CLINICA:** 79519674

INGRES 2730245

O:

**NOMBRE DEL PACIENTE:** GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA F. DE 22/03/16 11:44  
**INGRESO:**

**DATOS PERSONALES**

FECHA DE REGISTRO: 22/03/2016 11:44:26 a. m.

**Identificación:** 79519674**Sexo:** Masculino**Fecha Nacimiento:** 27/07/1973 Edad en atención: 42 Años \ 7 Meses \ 25 Días**Estado Civil:** Casado**Dirección:** CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101**Teléfono:** 3245315 - 3104700569 - 3136568595**Procedencia:** BOGOTA**Ocupación:** TENIENTE CORONEL**DATOS DE AFILIACIÓN****Entidad:** FUERZAS MILITARES**Régimen:** Regimen\_Simplificado**Plan Beneficios:** DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL**Nivel - Estrato:** ESTRATO GENERAL**Fuerza:** 03 EJERCITO NACIONAL**Cama:****DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 3**

(Fecha: 22/03/2016 11:44 a. m.)

**Responsable:****Teléfono Resp:****Dirección Resp:****N°** 2730245 **Fecha:** 22/03/16 11:44:21**Ingreso:****Finalidad Consulta:** No\_Aplica**Causa Externa:** Enfermedad\_General**H. CITA:****H. LLEGADA PTE:****H. ELABORACION:****No. ESTUDIO:****ESTUDIOS:****PROYECCIONES:****TIEMPO DE CAMARA:****OBSERVACION:****MATERIAL:****DISTRIBUIDOR:****DOSIS:****H. INYECCION:****H. ADQUI.****H. SALIDA****ESTUDIOS ANTERIORES:****DATOS CLÍNICOS:****MEDICACION ACTUAL:****OBSERVACIONES:**





NUBIA ROJAS RODRIGUEZ

52331859

MEDICO TRATANTE:

FIRMA Y SELLO: \_\_\_\_\_

BACTERIOLOGO:

FIRMA Y SELLO: \_\_\_\_\_

Fecha de Impresión    viernes, 13 de enero de 2023



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION**  
**ONCOLOGIA**

Página 1/4

Número de Folio: 4

Fecha de Folio: 13/04/2016 3:54 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2796197

Fecha de Ingreso: 13/04/2016 3:54 p. m.

**DATOS PERSONALES**

**FECHA DE REGISTRO:** 13/04/2016 3:54:35 p. m.

Identificación: 79519674

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 27/07/1973 Edad: 42 Años \ 8 Meses \ 17 Días

Estado Civil: Casado

Dirección: CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101

Teléfono: 3245315 - 3104700569 - 3136568595

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: TENIENTE CORONEL

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: FUERZAS MILITARES

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL

Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

**DATOS DEL INGRESO**

Responsable:

Teléfono y Dirección:

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Cama :

**SUBJETIVO:**

ONCOLOGIA

VALORACION PRIMERA VEZ

EDAD: 42 AÑOS

PROCEDENTE: BUGA ( VALLE )

RESIDENTE: TOLEMAIDA

OCUPACION: TENIENTE CORONEL

ACOMPAÑANTE: MADRE ANA CECILIA MEDINA

MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE REMITIDO POR MEDICINA INTERNA HALLAZGOS GAMAGRAFIA OSEA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CON ARTRALGIAS GENERALIZADAS NO DOLOR OSEO NIEGA PERDIDA DE PESO, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO DISNEA NO DOLOR ABDOMINAL NI SINTOMAS GASTROINTESTINALES - DOLOR REGION FRONTAL IZQUIERDA INTENSIDAD LEVE. EN FEBRERO 2016 PRESENTA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA SE DOCUMENTA ESGUINCE RODILLA IZQUIERDA - SE INDICA ESTUDIO CON GAMAGRAFIA OSEA DADA SINTOMATOLOGIA ADICIONAL DESCRITA - REPORTE 23 MARZO-16 PRESENCIA DE DOS LESIONES BLASTICAS DE ASPECTO BENIGNO A EVALUAR CON ANTECEDENTES DE TRAUMA LA PRIMARA LOCALIZADA EN ARCO SUPRACILIAR IZQUIERDO Y LA SEGUNDA EN CUELLO FEMORAL DERECHO - CAMBIOS ARTRODEGENERATIVOS.

**ANTECEDENTES**

PATOLOGICOS: RINITIS ALERGICA NIEGA OTROS

QUIRURGICOS: OSTESINTESIS MII FRACTURA ROTULA AÑO 1998

TOXICOALERGICOS: TABAQUISMO HASTA EL AÑO 2004 (10 AÑOS 10 CIG DIA)

FAMILIARES: NEGATIVOS

**EXAMEN FISICO:**

Profesional: NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

HEMATO ONCOLOGIA

Registro profesional: 52426486

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023





**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION**  
**ONCOLOGIA**

Pagina 2/4

**Número de Folio: 4**

**Fecha de Folio: 13/04/2016 3:54 p. m.**

**Historia clínica:** 79519674

**Nombre del paciente:** GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

**Ingreso:** 2796197

**Fecha de Ingreso:** 13/04/2016 3:54 p. m.

TA: 110/70 FC: 80 FR: 16 PESO: 78.5 KG TALLA: 172  
AFEBRIL CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS  
CUELLO SIN MASAS NO ADENOPATIAS  
C/P RSCS RITMICOS NO AGREGADOS PULMONARES  
ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO NO MASAS  
EXTREMIDADES NO EDEMAS  
NEUROLOGICO ALERTA SIN SIGNOS DE FOCALIZACION

**SIGNOS VITALES**

PA 110 / 70 FC 70 FR 16 T 0

SATURACION 0 GLASGOW 0 /15

**INFORMACION CIRUGÍA**

**¿Requiere cirugía?:** NO

**RESOLUCIONES PEDIATRIA**

**PATOLOGÍA TERMINAL**

**PACIENTE PATOLOGÍA TERMINAL**

**PARACLINICOS:**

Profesional: NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

HEMATO ONCOLOGÍA

Registro profesional: 52426486

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
ONCOLOGIA

Pagina 3/4

Número de Folio: 4

Fecha de Folio: 13/04/2016 3:54 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2796197

Fecha de Ingreso: 13/04/2016 3:54 p. m.

LABORATORIOS

10 MARZO-16

CH WBC 7650 N: 52% L: 35% HB: 15 PLAQ: 3400000

ACIDO URICO: 5.1

RA TEST: MENOR 8.0

ANT DNA: MENOR 12.3 NEGATIVO

ANALISIS: PACIENTE DE 42 AÑOS CON HISTORIA DE POLIARTRALGIAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION - CON HALLAZGO INCIDENTAL EN GAMAGRAFIA OSEA DE DOS LESIONES BLASTICAS DE ASPECTO BENIGNO A EVALUAR PROBABLE ORIGEN TRAUMATICO. PACIENTE SIN SINTOMAS ASOCIADOS. ANTECEDENTE TRAUMA POR CAIDA (PARACAIDAS)

PLAN

SS RX CRANEO - RX CADERA

VALORACION ORTOPEDIA - REUMATOLOGIA

SS CREATININA - CALCIO - LDH

PROTEINAS TOTALES Y DIFERENCIAL

CONTROL ONCOLOGIA CON PARACLINICOS

DIAGNOSTICO

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M158	OTRAS POLIARTROSIS		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
CALCIO COLORIMETRICO (SUERO)	1
DESHIDROGENASA LACTICA LDH	CONTROL
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	SEGUIMIENTO
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOG	SEGUIMIENTO
RADIOGRAFIA PELVIS CADERA ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	RX CADERA COMPARATIVA. RX CRANEO SIMPLE.
RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	RX CRANEO SIMPLE. RX CADERA COMPARATIVA.
PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	
PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	

INTERCONSULTAS

Profesional: NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

HEMATO ONCOLOGIA

Registro profesional: 52426486

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023





HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
ONCOLOGIA

Pagina 4/4

73

Número de Folio: 4

Fecha de Folio: 13/04/2016 3:54 p. m.

Historia clínica: 79519674

Ingreso: 2796197

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Fecha de Ingreso: 13/04/2016 3:54 p. m.

Médico Solicitante

52426486 - NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

Área Solicitante:

HEMATOLOGIA

Diagnostico:

M158 - OTRAS POLIARTROSIS

Especialidad Interconsultada:

HEMATO ONCOLOGIA

Motivo:

CONTROL CON REPORTES.

Observaciones:

Médico Solicitante

52426486 - NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

Área Solicitante:

HEMATOLOGIA

Diagnostico:

M158 - OTRAS POLIARTROSIS

Especialidad Interconsultada:

ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Motivo:

VALORACION.

Observaciones:

Médico Solicitante

52426486 - NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

Área Solicitante:

HEMATOLOGIA

Diagnostico:

M158 - OTRAS POLIARTROSIS

Especialidad Interconsultada:

REUMATOLOGIA

Motivo:

VALORACION Y MANEJO.

Observaciones:

Profesional: NIÑO CEPEDA CLAUDIA PATRICIA

HEMATO ONCOLOGIA

Registro  
profesional:

52426486

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Pagina 1/3

Número de Folio: 5

Fecha de Folio: 06/05/2016 3:17 p. m.

Historia clínica: 79519674  
Ingreso: 2872925

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA  
Fecha de Ingreso: 06/05/2016 3:17 p. m.

**DATOS PERSONALES**

**FECHA DE REGISTRO:** 6/05/2016 3:17:08 p. m.

Identificación: 79519674 Sexo: Masculino  
Fecha Nacimiento: 27/07/1973 Edad: 42 Años \ 9 Meses \ 10 Días Estado Civil: Casado  
Dirección: CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101 Teléfono: 3245315 - 3104700569 - 3136568595  
Procedencia: BOGOTA Ocupación: TENIENTE CORONEL

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: FUERZAS MILITARES Régimen: Regimen\_Simplificado  
Plan Beneficios: DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

**DATOS DEL INGRESO**

Responsable: Teléfono y Dirección:  
Finalidad Consulta: No\_Aplica Causa Externa: Enfermedad\_General  
Cama :

**SUBJETIVO:**

CONSULTA ORTOPEDIA ONCOLOGICA DR BERNAL PRIMERA VEZ

OCUPACION: TENIENTE CORONEL

MOTIVO DE CONSULTA: "TENGO DOLOR EN LAS ARTICULACIONES"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ARTRALGIAS GENERALIZADAS, QUE SE EXACERBAN EN MOMENTOS DE ACTIVIDAD FISICA Y CON TEMPERATURAS BAJAS, QUIEN ES VALORADO POR MEDICO INTERNISTA EN TOLEMAIDA, QUIEN SOLICITA GAMMAGRAFIA OSEA, LA CUAL ES VALORADA POR ONCOLOGA EN ABRIL DEL 2016, QUIEN CONSIDERA PERTINENTE VALORACION POR SERVICIO DE ORTOPEDIA ONCOLOGICA POR LESIONES OSTEOLASTICAS (OBSERVADAS EN GAMMAGRAFIA) EN ARCO SUPRACILIAR IZQUIERDO Y CUELLO FEMORAL DERECHO. TRAE ADEMAS A LA CONSULTA RX DE CRANEO Y PELVIS DERECHA

**ANTECEDENTES:**

- PATOLOGICOS: RINITIS ALERGICA
- FARMACOLOGICOS: GLUCOSAMINE 2 SOBRES DE 1500/DIA
- QUIRURGICOS: CERCLAJE DE ROTULA EN EL AÑO 1998
- ALERGICOS: NIEGA
- FAMILIARES: MADRE CON ARTROSIS

REVISION POR SISTEMAS: NIEGA PERDIDA DE PESO, FIEBRE NOCTURNA, DIAFORESIS. DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMALES

**EXAMEN FISICO:**

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA  
EXTREMIDADES SUPERIORES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES. ARCOS DE MOVIMIENTOS DE LAS ARTICULACIONES DE HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPOFALANGICAS E INTERFALANGICAS CONSERVADAS. REFIERE LEVE DOLOR A LA PALPACION EN ARTICULACIONES.  
EXTREMIDADES INFERIORES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES. EN REGION ROTULIANA IZQUIERDA SE OBSERVA CICATRIZ POR ANTECEDENTE QUIRURGICO DESCRITO. LIMITACION PARA LA FLEXION TOTAL ACTIVA DE RODILLA IZQUIERDA, DE APROXIMADAMENTE 20°. DEMAS ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS.

Profesional: BERNAL GOMEZ ALVARO HERNANDO

ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Registro profesional: 75082052

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023





HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Pagina 2/3

Número de Folio: 5

Fecha de Folio: 06/05/2016 3:17 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2872925

Fecha de Ingreso: 06/05/2016 3:17 p. m.

SIGNOS VITALES

PA 1 / 1 FC 1 FR 1 T 1

SATURACION 1 GLASGOW 1 /15

INFORMACION CIRUGÍA

¿Requiere cirugía?: NO

RESOLUCIONES PEDIATRIA

PATOLOGÍA TERMINAL

PACIENTE PATOLOGÍA TERMINAL

PARACLINICOS:

PACIENTE CON CUADRO DE POLIARTRALGIAS, CONSULTA REMITIDO DE SERVICIO DE ONCOLOGIA, POR HALLAZGOS DE LESIONES AL PARECER OSTEOLASTICAS EN REGION SUPRACILIAR IZQUIERDA Y CUELLO DE FEMUR DERECHO EN GAMMAGRAFIA OSEA. SE REVISAN RADIOGRAFIAS DE CRANEO Y CADERA DERECHA, EN DONDE NO SE EVIDENCIAN LESIONES NI COMPROMISOS DE LAS CORTICALES QUE PUEDAN EN FUTURO GENERAR FRACTURAS. SE CONSIDERA HALLAZGOS DE GAMMAGRAFIA INCIDENTALS, SECUNDARIOS QUIZAS A LESIONES TRAUMATICAS LEVES. SE CONSIDERA AL MOMENTO PACIENTE AL MOMENTO NO REQUIERE ALGUN MANEJO ESPECIALIZADO U OTRO EXAMEN. SE CONSIDERA CITA CONTROL EN 6 MESES CON NUEVAS RADIOGRAFIAS DE CRANEO Y CADERA DERECHA.

DIAGNOSTICO

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M158	OTRAS POLIARTROSIS		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	PA Y LATERAL
RADIOGRAFIA PELVIS CADERA ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y RX DE CADERA DERECHA COXO FEMORALES	

INTERCONSULTAS

Profesional: BERNAL GOMEZ ALVARO HERNANDO

ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Registro profesional: 75082052

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Pagina 3/3

**Número de Folio: 5**

**Fecha de Folio: 06/05/2016 3:17 p. m.**

**Historia clínica:** 79519674

**Ingreso:** 2872925

**Nombre del paciente:** GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

**Fecha de Ingreso:** 06/05/2016 3:17 p. m.

**Médico Solicitante**

75082052 - BERNAL GOMEZ ALVARO HERNANDO

**Área Solicitante:**

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**Diagnostico:**

M158 - OTRAS POLIARTROSIS

**Especialidad Interconsultada:**

ORTOPEDIA ONCOLOGICA

**Motivo:**

CITA CONTROL EN 6 MESES

**Observaciones:**

Profesional: BERNAL GOMEZ ALVARO HERNANDO

ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Registro  
profesional: 75082052

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023





HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
REUMATOLOGIA

Pagina 1/2

Número de Folio: 6

Fecha de Folio: 20/05/2016 12:20 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2904196

Fecha de Ingreso: 20/05/2016 12:20 p. m.

DATOS PERSONALES

FECHA DE REGISTRO: 20/05/2016 12:20:29 p. m.

Identificación: 79519674

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 27/07/1973 Edad: 42 Años \ 9 Meses \ 24 Días

Estado Civil: Casado

Dirección: CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101

Teléfono: 3245315 - 3104700569 - 3136568595

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: TENIENTE CORONEL

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: FUERZAS MILITARES

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL

Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono y Dirección:

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Cama :

SUBJETIVO:

REUMATOLOGIA PRIMERA VEZ

EDAD: 42 AÑOS

PROCEDENTE: BUGA ( VALLE )

RESIDENTE: TOLEMAIDA

OCUPACION: TENIENTE CORONEL

ACOMPAÑANTE: MADRE ANA CECILIA MEDINA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CON ARTRALGIAS DE GRANDES ARTICULACIONES (TOBILLOS- RODILLAS- HOMBROS) Y ARTICULACIONES DE MANOS. REFIERE EPISODIOS DE SINOVITIS EN MANOS. POR DICHO DOLOR LE FUE SOLICITADA GAMMAGRAFIA OSEA QUE FUE REPORTADA CON PRESENCIA DE LESIONES BLASTICAS DE ASPECTO BENINGO LOCALIZADA EN ARCO SUPRACILIAR IZQUIERDO Y LA SEGUNDA EN CUELLO FEMORAL DERECHO.-

ANTECEDENTES PERSONALES

MEDICOS: RINITIS ALERGICA

TOXICOS: TABACO DURANTE 14 AÑOS.- 5-6CIGARRILLOS DIA --- SUSPENDIO CONSUMO HACE 12 AÑOS

TRAUMATICOS: FRACTURA DE ROTULA IZQUIERDA 1998.-

OCUPACIONALES: PARACAIDISTA.-- TRAUMA CRANEANO IZQUIERDO (AGOSTO 1996).- AL PARECER RECIBIO TAMBIEN IMPACTO EN CADERAS EN ESA OPORTUNIDAD

FAMILIARES: PADRE: ARTROSIS

EXAMEN FISICO:

EXAMEN FISICO

TA: 110/70 FC: 80 FR: 16 PESO: 78.5 KG TALLA: 172

AFEBRIL CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS

CUELLO SIN MASAS NO ADENOPATIAS

C/P RSCS RITMICOS NO AGREGADOS PULMONARES

ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO NO MASAS

EXTREMIDADES ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. DOLOR A LA PALPACION DE EPICONDILO LATERAL IZQUIERDO Y MEDIAL DERECHO.

NO ENTESITIS AQUILEANA O TALAR TINNEL FANNEL NEGATIVOS

NEUROLOGICO ALERTA SIN SIGNOS DE FOCALIZACION

*VBell*

Profesional: BELLO GUALTERO JUAN MANUEL

REUMATOLOGIA

Registro 79612718

profesional:

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
REUMATOLOGIA

Pagina 2/2

Número de Folio: 6

Fecha de Folio: 20/05/2016 12:20 p. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 2904196

Fecha de Ingreso: 20/05/2016 12:20 p. m.

SIGNOS VITALES

PA 110 / 70 FC 78 FR 18 T 36

SATURACION 94 GLASGOW 15 /15

INFORMACION CIRUGÍA

¿Requiere cirugía?: NO

RESOLUCIONES PEDIATRIA

PATOLOGÍA TERMINAL

PACIENTE PATOLOGÍA TERMINAL

PARACLINICOS:

LABORATORIOS

10 MARZO-

16

CH WBC 7650 N: 52% L: 35% HB: 15 PLAQ: 3400000

ACIDO URICO: 5.1

RA TEST: MENOR 8.0

ANT DNA: MENOR 12.3 NEGATIVO

18/04/2016: ANAS. NEGATIVOS.- LDH, 145 PROTEINAS TOTALES Y DIFERENCIALES: NORMALES.-

ANALISIS: PACIENTE DE 42 AÑOS CON HISTORIA DE POLIARTRALGIAS DE 1 AÑO DE EVOLUCION - CON HALLAZGO INCIDENTAL EN

GAMAGRAFIA OSEA DE DOS LESIONES BLASTICAS DE ASPECTO BENIGNO A EVALUAR PROBABLE ORIGEN TRAUMATICO, CON

ANTECEDENTE DE TRAUMA DURANTE SALTO EN PARACAIDAS EN AÑO 1996 RECIBIENDO IMPACTO EN AREAS DESCRITAS.

CONSIDERAMOS QUE EN EL MOMENTO EL PACIENTE NO CURSA CON CLINICA COMPATIBLE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA O

AUTOINMUNE ARTICULAR.- SE CONSIDERA CUADRO DE CCAS MECANICAS.- SE DAN INDICACIONES DE AHORRO ARTICULAR. SE REMITE A

TERAPIA FISICA, Y FISIATRIA Y SE DA DE ALTA POR EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

DIAGNOSTICO

CODIGO

NOMBRE

OBSERVACIONES

PRINCIPAL TIPO

M259

TRASTORNO ARTICULAR, NO ESPECIFICADO



Presuntivo

*VB*

Profesional: BELLO GUALTERO JUAN MANUEL

REUMATOLOGIA

Registro  
profesional:

79612718

Residente CC:

Residente NOMBRE:

AÑO RESIDENCIA:

ESPECIALIDAD:

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023





HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
NEUMOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA

Pagina 1/4

Número de Folio: 7

Fecha de Folio: 24/03/2021 7:50 a. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 6646206

Fecha de Ingreso: 24/03/2021 7:30 a. m.

DATOS PERSONALES

FECHA DE REGISTRO: 24/03/2021 7:50:42 a. m.

Identificación: 79519674

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 27/07/1973 Edad: 47 Años \ 7 Meses \ 27 Días

Estado Civil: Casado

Dirección: CALLE 23 C NO 69 D-24 APT0101

Teléfono: 3245315 - 3104700569 - 3136568595

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: TENIENTE CORONEL

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: FUERZAS MILITARES

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: DIGSA 2021 EJERCITO NACIONAL

Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono y Dirección:

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Cama :

SUBJETIVO:

CF

Profesional: GIL TORRES PABLO RAMON

NEUMOLOGIA

Registro profesional: 1110452764

Residente CC: 1

Residente NOMBRE: Gil

AÑO RESIDENCIA: 1 ESPECIALIDAD: 1

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
NEUMOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA

Página 2/4

Número de Folio: 7

Fecha de Folio: 24/03/2021 7:50 a. m.

Historia clínica: 79519674  
Ingreso: 6646206

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA  
Fecha de Ingreso: 24/03/2021 7:30 a. m.

NEUMOLOGÍA

Atiendo a paciente mediante llamada telefónica. El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la consulta no presencial de conformidad con las normas de emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020).

Procedencia: Florencia, Meta  
Ocupación: Coronel del EJC

Diagnósticos:

1. Dorsalgia derecha en estudio
- Contractura muscular?
2. Asma controlada (ACT: 24/25) (VEF 1 post: 3.29 L - 87%)
3. Rinitis alérgica
4. Dislipidemia
5. SAHOS?

Tratamiento:

Salbutamol 2 puff bid  
Cetirizina a necesidad  
Acetaminofen  
Agua de alcachofa

Anamnesis: refiere cuadro de inicio en la infancia de crisis sibilantes durante la infancia que remitieron en la adolescencia con posterior reaparición de dolor dorsal derecho punzante con la respiración profunda hace dos meses en asocio a episodios de disnea y disnea. Niega notar nuevos episodios de sibilancias.

Menciona empeoramiento del dolor con los cambios de posición.

Menciona de larga data roncopatía nocturna con despertares con ahogo en la madrugada y somnolencia diurna excesiva.

Otros antecedentes:

- Qx: osteosíntesis de rótula izquierda.
- Tóx: extabaquismo de 4 paquetes año. Exposición a humo de leña en la infancia hasta los 11 años.
- Alérg: negativo.
- Vacunas: negativo.

EXAMEN FÍSICO:

Mucosas rosadas, húmedas.  
Cuello sin alteraciones.  
Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos o galope.  
Ruidos respiratorios conservados, sin agregados.  
Presenta dolor a la palpación de la región dorsal derecha a nivel del VII arco costal posterior.  
Abdomen y extremidades sin alteraciones.  
Neurológico sin déficit.

SIGNOS VITALES

PA 142 / 88 FC 86 FR 18 T 0 PESO Kg: 77 TALLA cms: 172 SATURACION 94 GLASGOW 0 /15

INFORMACION CIRUGÍA

¿Requiere cirugía?: NO

Profesional: GIL TORRES PABLO RAMON

NEUMOLOGIA

Registro profesional: 1110452764

Residente CC: 1

Residente NOMBRE: Gil

AÑO RESIDENCIA: 1 ESPECIALIDAD: 1

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023





HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
HISTORIA CLÍNICA  
EVOLUCION  
NEUMOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA

Página 3/4

Número de Folio: 7

Fecha de Folio: 24/03/2021 7:50 a. m.

Historia clínica: 79519674

Nombre del paciente: GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

Ingreso: 6646206

Fecha de Ingreso: 24/03/2021 7:30 a. m.

RESOLUCIONES PEDIATRIA

NUMERO CONTROL NUTRICIONAL PACIENTE < 18 AÑOS: 0

PATOLOGÍA TERMINAL

PACIENTE PATOLOGÍA TERMINAL

PARACLINICOS:

-Espirometría del 23.03.21 sin alteraciones, con respuesta parcial al broncodilatador (Cambio 320 ml en absoluto, 11%).

-TACAR del 11.03.21 con complejo de Ranke bilateral, tres granulomas calcificados: dos en campo pulmonar derecho y uno en izquierdo. Sin alteraciones parenquimatosas.

Paciente con cuadro de asma controlada solo con alivador y rinitis alérgica, además síntomas respiratorios durante el sueño quien viene presentando dolor mecánico dorsal derecho reproducible a la palpación. Cuenta con espirometría con respuesta parcial al broncodilatador y TACAR sin alteraciones en el parénquima pulmonar. Por el momento dejo budesonida formoterol a necesidad, suspendo salbutamol, adiciono mometasona y dejo vacunación para influenza. Formulo meloxicam por 10 días y valoración por fisiatría. Control en 4 meses con polisomnograma basal.

DIAGNOSTICO

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA.		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

MEDICAMENTOS

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
20	MELOXICAM 7.5mg	Tomar dos tabletas cada día por 10 días.
4	MOMETASONA FUROATO 50mcg/dosis ENVASE X 200 dosis	Realizar 2 puff en cada fosa nasal cada día.
4	VACUNA CONTRA INFLUENZA TIPO B	Aplicar IM en mayo de 2021.

FR

Profesional: GIL TORRES PABLO RAMON

NEUMOLOGIA

Registro profesional: 1110452764

Residente CC: 1

Residente NOMBRE: Gil

AÑO RESIDENCIA: 1 ESPECIALIDAD: 1

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**HISTORIA CLÍNICA**  
**EVOLUCION**  
**NEUMOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA**

Página 4/4

**Número de Folio: 7**

**Fecha de Folio: 24/03/2021 7:50 a. m.**

**Historia clínica:** 79519674

**Nombre del paciente:** GERSSON FREDY BUITRAGO MEDINA

**Ingreso:** 6646206

**Fecha de Ingreso:** 24/03/2021 7:30 a. m.

4 BUDESONIDA+FORMOTEROL (160+4.5 mcg) /PUFF ENVASE X 200 dosis Realizar un puff cada 12 horas solo de rescates en caso de tos, ahogo o sibilancias. Lavarse la boca tras cada inhalación.

**EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS**

NOMBRE	OBSERVACIONES
ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO	POLISOMNOGRAMA BASAL

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

NOMBRE	OBSERVACIONES
CONSULTA ESPECIALIZADA CONTROL NEUMOLOGIA	En 4 meses.
CONSULTA ESPECIALIZADA PRIMERA VEZ MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	IDx: dorsalgias.

CF

Profesional: GIL TORRES PABLO RAMON

NEUMOLOGIA

Registro profesional: 1110452764

Residente CC: 1

Residente NOMBRE: Gil

AÑO RESIDENCIA: 1 ESPECIALIDAD: 1

Relación Docencia / Servicio

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

Fecha de Impresión viernes, 13 de enero de 2023



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 <b>Buitrago Medina Gareson Freddy</b>		2—Grado <b>Ninguno</b>	3—Cédula o T. I. <b>730127-00047 Barranquilla</b>
4—Dirección de la residencia habitual <b>Cra 60B Nº 0-44</b>		5—Motivo del examen <b>Ingreso</b>	6—Fecha del examen <b>17 de junio 1991</b>
7—Sexo <b>Masculino</b>	8—Raza <b>Mestiza</b>	9—Nombre de los padres y residencia habitual <b>Cecilia Medina Cra 60B Nº 0-44 Rafael Buitrago</b>	10—Lugar de nacimiento <b>Bogotá</b>
11—Fecha de nacimiento <b>27 7 73</b> Día Mes Año		12—Total años de servicio Militar Civil	13—Unidad o repartición donde se hace el examen <b>Dispensario Sanidad militar</b>
14—Cargo que aspira <b>Cadete</b>		15—Cómo juzga el examinado su salud? <b>Buena</b>	

## 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	49	Buena			Tuberculosis		X	
Madre	38	Buena			Sífilis		X	
Esposa					Diabetes		X	
Hermanos	13	Buena			Cáncer		X	
	12	Buena			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		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		<b>MUJERES</b> SI NO		
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		Uso 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 adicto a narcóticos	X		Palpitaciones	X		Ciclo actual		
Uso aparato ortopédico	X		Perturbaciones de la vista	X		Ha tenido flujos vaginales		
Sangra excesivamente por extrac-	X		Perturbaciones de la garganta	X		Menstruaciones irregulares		
ciones dentales o pequeñas heridas	X		Bronquitis crónica	X		Fecha última menstruación		
Erisipela	X		Tumores	X				
Dolor o inflamación articulares	X		Fracturas	X		Menstruación		
Que empleos ha tenido en los 3 últimos años?			En cuál permaneció más tiempo. Meses			Cuál es su oficio actual		
Ninguno			Ninguno			Estudiante		
						<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Excesiva		
						<input checked="" type="radio"/> Es Ud. derecho <input type="radio"/> Es Ud. zurdo		

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.		<input checked="" type="checkbox"/>
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		<input checked="" type="checkbox"/>
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		<input checked="" type="checkbox"/>
e) Por otras razones de orden médico, es inhábil?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido herido? Qué clase de arma? Qué sitio de la herida?		<input checked="" type="checkbox"/>
Se le ha negado algún seguro de vida?		<input checked="" type="checkbox"/>
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?		<input checked="" type="checkbox"/>
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.		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? Qué otra enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

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

Nombre del examinado - Letra de imprenta

Garsson Freddy Buitrago M.

17 de Junio 1941.

FECHA Y LUGAR

*[Firma]*  
FIRMA DEL EXAMINADO



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 <b>BOITRAGO MEDINA GELSON FREDDY</b>		2-Grado <b>TENIENTE</b>	3-Cédula o T. I. <b>79'519.674</b>
4-Dirección de la residencia habitual <b>Casa Fiscal A02 Batallon Galon</b>		5-Motivo del examen <b>Ascenso</b>	6-Fecha del examen
7-Sexo <b>M</b>	8-Etad <b>1</b>	9-Nombre de los padres y residencia habitual <b>Reyes Boitrago Cra 68B No 0-44</b> <b>Ana Cecilia Medina Cra 68B No 0-44</b>	
11-Fecha de nacimiento <b>Dia 27 Mes 07 Año 73</b>		12-Total años de servicio <b>6 años 9 meses</b> Militar <input checked="" type="checkbox"/> Civil	10-Lugar de nacimiento <b>Bojoto</b>
14-Cargo que aspira		13-Unidad o repartición donde se hace el examen <b>BATALLON DE ARTILLERIA No 5 GALAN</b>	
		15-Cómo juzga el examinado su salud? <b>Buena</b>	

## 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	58	Buena			Tuberculosis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Madre	48	Buena			Sifilis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Esposa	19	Buena			Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hermanos	22	Buena			Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	
	21	Buena			Enfermedades del riñón		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades del corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	
Hijos					Enfermedades del estómago		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Rumatismo		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Alergias		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Epilepsia		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Suicidios		<input checked="" type="checkbox"/>	
					Enfermedades mentales (locos)		<input checked="" type="checkbox"/>	

## 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"/>	Ferunculosis		<input checked="" type="checkbox"/>
Asma		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la nariz		<input checked="" type="checkbox"/>	Cojeras		<input checked="" type="checkbox"/>
Tox ferina		<input checked="" type="checkbox"/>	Resfriados frecuentes		<input checked="" type="checkbox"/>	Mareos de carro, tren, avion, mar		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones del oido		<input checked="" type="checkbox"/>	Ictericia		<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de la memoria		<input checked="" type="checkbox"/>
Perturbaciones de las vias digestiv.		<input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcoh. en exco		<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. u otros		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha sido acónambulo		<input checked="" type="checkbox"/>
Apandicitis		<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia o ataques		<input checked="" type="checkbox"/>	MUJERES	SI	NO
Hemorroides o enferm. 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 venereas		<input checked="" type="checkbox"/>	Usa aparatos para oír		<input checked="" type="checkbox"/>	den crepito 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 narcoticos		<input checked="" type="checkbox"/>	Palpitaciones		<input checked="" type="checkbox"/>	Ciclo actual		
Usa aparato ortopedico		<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbaciones de la vista		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por extra-		<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 menstruación		
Erisipela		<input checked="" type="checkbox"/>	Tumores		<input checked="" type="checkbox"/>			
Dolor o inflamacion 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 ultimos 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

a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	NO
b) Es sensible a productos químicos, solivo, 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 seños completos 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 rasfriados? 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

osteosintesis Rodilla izquierda

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

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL EXAMINADO



REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES  
FICHA MÉDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1 - Apellidos y nombres completos <b>BUITRAGO MEDINA GERSON FREDDY</b>			2 - Grado o cargo <b>TENIENTE</b>		3 - Identificación G. C. L. M., etc. <b>79'519674</b>	
4 - Dirección del domicilio - Ciudad <b>CASA FISCAL A02 Batallon Galon (Socorro)</b>			5 - Causa del examen <b>Ascenso</b>		6 - Fecha del examen	
7 - Sexo <b>M</b>	8 - Nacionalidad <b>Colombiano</b>	9 - Tiempo de servicio <b>6 años 9 meses</b>	10 - Fuerza (Ejér., Arm., Fac.) <b>EJERCITO</b>		11 - Unidad o repartición <b>BATALLON DE ARTILLERIA GALON</b>	
12 - Fecha de nacimiento <b>27 de julio 1913</b>		13 - Lugar de nacimiento <b>Bogotá</b>		14 - Nombre y dirección del pariente más cercano <b>Univanny Villegas Aulestica (esposa) Batallon Galon</b>		
15 - Dependencia médica donde se practica el examen <b>Batallon de Artilleria N° 5 Galon</b>			16 - Cargo a que aspira o promueve <b>CAPITAN</b>		OBSERVACIONES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anot. NE si no sea evaluado.
<input checked="" type="checkbox"/>		17 - Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
	<input checked="" type="checkbox"/>	18 - Nariz
<input checked="" type="checkbox"/>		19 - Senos (Max. front., mastoides)
<input checked="" type="checkbox"/>		20 - Boca y garganta
<input checked="" type="checkbox"/>		21 - Oído en general
<input checked="" type="checkbox"/>		22 - Timpanos
<input checked="" type="checkbox"/>		23 - Ojos (en general)
<input checked="" type="checkbox"/>		24 - Oftalmológico examen
<input checked="" type="checkbox"/>		25 - Pupilas
<input checked="" type="checkbox"/>		26 - Movilidad ocular
<input checked="" type="checkbox"/>		27 - Pulmones y tórax
<input checked="" type="checkbox"/>		28 - Corazón y grandes vasos
<input checked="" type="checkbox"/>		29 - Sist. vascular periférico y linfático
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	30 - Abdomen y vísceras
<input checked="" type="checkbox"/>		31 - Ano y recto
<input checked="" type="checkbox"/>		32 - Sistema endocrino
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33 - Gárito urinario
<input checked="" type="checkbox"/>		34 - Extremidades superiores
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	35 - Extremidades inferiores
<input checked="" type="checkbox"/>		36 - Pies
<input checked="" type="checkbox"/>		37 - Columna vertebral y esqueleto en genl.
	<input checked="" type="checkbox"/>	38 - Señales, cicatrices, tatuajes
<input checked="" type="checkbox"/>		39 - Piel y uñas
<input checked="" type="checkbox"/>		40 - Neurología
<input checked="" type="checkbox"/>		41 - Psiquiatría

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

30. Hernia umbilical de 0.5 cms.

33. Varicocele 6I.

38. Tabuya MSD "ancha"

Quitar rodillo izquierdo de 1.10 cms.

Quitar a suelto frontal de 0.8 cms.

18. Ligera curvatura septal de tabique nasal.

36. Débil flexión rodillo izquierdo a 150°.

PARA MUJER	42 - Pelvis	Vagina	Rectal	43 - Enfermedades que haya tenido en el servicio
------------	-------------	--------	--------	--

O Caries - + Obturadas - 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 o inferiores respectivamente														Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias					
														Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado, genl. de la boca		
DERECHO														Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Buena	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
IZQUIERDO														Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				

PRUEBAS DE LABORATORIO

45 - ORINA				46 - Rayos X pulmones, fecha, lugar, No. radioscopía, resultado.		47 - Serología respectiva las pruebas empleadas y resultados	
Albúmina	Azúcar	Sedimento				NO REACTIVA	
48 - Moco y linfa	49 - Tipo de sangre y factor Rh			50 - Otras pruebas			
	B(+)			Glicemia: 77 mg/dl.			

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 1.73 mts	52 - Color cabello castaño claro	53 - Color ojos vape.	54 - Raza blanco	55 - Temperatura 36°C.
56 - Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)		57 - Pulso		
Sentado Sist. 120 Diast. 80	Acostado Sist. 110 Diast. 70	De pie 3 minutos Sist. Diast.	Sentado 72 x'	Des. ejérc. 2 minutos después Acostado 72 x'
58 - Visión a distancia		59 - Refracción	60 - Visión de cerca 0.5m	
Derecho 20/ 15	Corrige a 20/	Por lent. Est. N Cil.	Corrige a con	
Izquierdo 20/ 30	Corrige a 20/ 20	Por lent. Est. N -1.25 D	Corrige a con	
61 - Heteroforias (especificar la distancia)	Ex.	Ex.	Hip. Dch.	Hip. Izq.
62 - Acomodación Derecho	Izquierdo	63 - Visión de color	64 - Percepción de profundidad	Sin corregir Con correc.
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)
Audición Normal	250	500	1000	2000
	256	512	1024	2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512
				1024
				2028
				3000
				4000
				8000
				256
				512



REPÚBLICA DE COLOMBIA - SANIDAD F.F. MILITARES

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 <b>OUTRAGO MEDINA GRESSON</b>		2- Grado <b>Captan</b>	3- Cédula o T.I. <b>79'519.674</b>
4- Dirección de la residencia habitual <b>Chibac N° 69D24 INT4 APT 104</b>		5- Motivo del examen <b>Ascenso</b>	6- Fecha de examen <b>31 agosto 2006</b>
7- Sexo <b>M</b>	8- Raza <b>Mestizo</b>	9- Nombre de los padres y residencia habitual <b>Kayao Outrago - Cecilia Medina Chibac N° 69D24 APT 104 INT4</b>	10- Lugar de nacimiento <b>Bogotá</b>
11- Fecha de nacimiento <b>Día 27 Mes 07 Año 73</b>		12- Total años de servicio <b>14 1/2 años</b>	13- Unidad o repartición donde se hace el examen <b>Escuela de las Armas y los Servicios</b>
14- Cargo que aspira <b>Kayao</b>		15- Cómo juzga el examinado su salud? <b>Buena</b>	

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	64	Bueno			Tuberculosis		X	
Madre	54	Buena			Sifilis		X	
Esposa	25	Buena			Diabetes		X	
Hermanos	28	Buena			Cáncer		X	
	27	Buena			Enfermedades del riñón		X	
					Enfermedades del corazón		X	
Hijos	06	Buena			Enfermedades del estómago		X	
	1 año	Buena			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	Costras		X
Tox 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 menopausia		
Micciones frecuentes o dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratado 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		
Erupción		X	Bronquitis crónica		X			
Dolor o inflamación articulares		X	Tumores		X	Menstruación		
			Fracturas		X	Normal		
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?			En cuál permaneció más tiempo, Meses			Es Ud. derecho	X	
						Es Ud. zurdo		

Alumno EAS

## 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 internado 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

Osteoartritis Rodilla izquierda

## 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

Gersson Portiago Medina

31-agosto-2006

FECHA Y LUGAR

FIRMA DEL EXAMINADO



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 170	52- Color cabello Negro	53- Color ojos Ojos verdes	54- Raza Mestiza	55- Temperatura
---------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------------	-----------------

56- Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)	57- Pulso 72
---	-----------------

Sentado Sist. 110 Diast. 80	Acostado Sist. Diast. 3 minutos	Sentado Des. ejérc. 2 minutos después	Acostado Después 3 m. de pie
-----------------------------------	--	---	---------------------------------

58- Visión a distancia Derecho 20/20 Corriges a 20/20 Izquierdo 20/20 Corriges a 20/20	59- Refracción Por lent. Est. N Cil. -0.50X0 Corriges a con Por lent. Est. N Cil. -1.50X0 Corriges a con	60- Visión de cerca
--	--	---------------------

61- Heteroforias (especifique la distancia) Es. 100cm Ex. Hip. Dch. Hip. Izq. Pm. Div. Pm. Conv. P. C. P. D.
--

62- Acomodación Derecho Izquierdo	63- Visión de color	64- Percepción de profundidad Sin corregir Con correcc.
---	---------------------	---

65- Campo visual	66- Visión nocturna	67- Lente roja	68- Tensión intraocular
------------------	---------------------	----------------	-------------------------

69- Capacidad Auditiva Hipo 3405 Normo 8000 S 345 0 6-6 d/s 110	70- AUDIOMETRIA 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 296 512 1024 2028 3896 4096 8192 Derecho 10 5 5 5 0 5 5 Izquierdo 5 5 10 5 5 15 10	71- Psicología y Psicomotor (especifique las pruebas, usadas y el puntaje obtenido) Entrevista Clínica No evidencia Indicators Clínicos al momento de la valoración ROSARIO SANABRIA E. Psicóloga Jista 22-4221 REG. 2/11
---	---	--

72- OBSERVACIONES: Auscultación bilateral dentro de parámetros de normalidad  
ML 14-09-06 tiene IME # 1998 (Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)  
pedra. (IME # 027-1998) linap. relat y permanente. No Apto para patrullaje  
Se reconvocan Agentes Administrativos  
Firma: JCL 187

Recomendaciones (Indique los exámenes de especialistas que sean necesarios)

Si NO es apto enumérense los defectos que lo incapacitan	Dejese en Blanco (Escriba nombre y número de la Unidad de Servicio en la parte superior)	ASPECTOS FISICOS				
		Paquls	Cabeza	ExSup	Const.	Exint
		CONDICION FISICA				
		Aptitud completa	Aptitud con Defectos	Aptitud para los servicios	NO Apto	

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO u Oficial de Sanidad Odont (Indíquese cual)	Firma: JCL 187
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Ofc. San.	Firma: JCL 187
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Ofc. San.	Firma: VICTORIA DIAZ O. FONDODIOLÓGICA U. DEL ROSARIO
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor	Firma: VICTORIA DIAZ O. Médico Cirujano FOM
	No. de hojas adicionales

REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES

FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1- Apellidos y nombres completos <b>BUTRAGO MEDINA GRESSON</b>			2- Grado o cargo <b>CAPITAN</b>		3- Identificación C.C., L.M., etc. <b>72019.674</b>	
4- Dirección del domicilio - Ciudad <b>Calle 23C N° 69024 Apto 104 INT 4</b>			5- Causa del examen <b>Aconsejo</b>		6- Fecha del examen <b>31 agosto 2006</b>	
7- Sexo <b>M</b>	8- Nacionalidad <b>Colombiano</b>	9- Tiempo de servicio <b>14 1/2 años</b>	10- Fuerza (Ejército, Arm., Fae.) <b>Ejército</b>		11- Unidad o repartición <b>EAS</b>	
12- Fecha de nacimiento <b>27 julio 1973</b>		13- Lugar de nacimiento <b>Bogotá</b>		14- Nombre y dirección del pariente más cercano <b>Cecilia Medina Calle 23C N° 69024 Apto 104 INT 4</b>		
15- Dependencia médica donde se practica el examen <b>Dispensario Doite</b>			16- Cargo a que aspira o promueve <b>Mayor</b>		OBSERVACIONES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anot. NE si no se evaluó
<input checked="" type="checkbox"/>		17- Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
<input checked="" type="checkbox"/>		18- Nariz
		19- Senos (Max. front., mastoides)
<input checked="" type="checkbox"/>		20- Boca y garganta
<input checked="" type="checkbox"/>		21- Oído en general
		22- Timpano
<input checked="" type="checkbox"/>		23- Ojos en general
<input checked="" type="checkbox"/>		24- Oftalmológico (examen)
<input checked="" type="checkbox"/>		25- Pupilas
<input checked="" type="checkbox"/>		26- Movilidad ocular
<input checked="" type="checkbox"/>		27- Pulmones y tórax
<input checked="" type="checkbox"/>		28- Corazón y grandes vasos
<input checked="" type="checkbox"/>		29- Sist. vascular periférico y linfáticos
<input checked="" type="checkbox"/>		30- Abdomen y vísceras
<input checked="" type="checkbox"/>		31- Ano y recto
<input checked="" type="checkbox"/>		32- Sistema endocrino
<input checked="" type="checkbox"/>		33- Génito urinario
<input checked="" type="checkbox"/>		34- Extremidades superiores
<input checked="" type="checkbox"/>		35- Extremidades inferiores
<input checked="" type="checkbox"/>		36- Piel
<input checked="" type="checkbox"/>		37- Columna vertebral y esqueleto en genl.
	<input checked="" type="checkbox"/>	38- Señales, cicatrices, tatuajes
<input checked="" type="checkbox"/>		39- Piel y faringe
<input checked="" type="checkbox"/>		40- Neurología
<input checked="" type="checkbox"/>		41- Psiquiatría
PARA MUJER		42- Pélvis
		Vagina
		Rectal

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).

$$14 \frac{16}{16} = 14 \frac{1}{15}$$

38 Cicatriz. recibido 29.

43- Enfermedades que haya tenido en el servicio

44- Dentiadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de las dentas superiores e inferiores respectivamente

DERECHO										IZQUIERDO										Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado genl. de la boca				
A	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
A	A	O	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

PRUEBAS DE LABORATORIO

Albúmina		Azúcar		ORINA	45- Rayos X, pulmones, fecha, lugar, No. radioscopia, resultado	47- Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)
				Sedimento		
46- Moco y líafa				49- Tipo de sangre y factor Rh	50- Otras pruebas	No realiza.





ESCUELA MILITAR DE CADETES  
"GENERAL JOSÉ MARÍA CÓRDOVA"



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 <b>Buitrago Medina Perisson</b>			2. Grado <b>Capitan</b>		3. Cédula o T.I. <b>79 519.674</b>	
4. Dirección de la residencia habitual <b>Casa Fiscal A4 Brigada N° 17 Carepa (Antioquia)</b>			5. Motivo del examen <b>Asceuso</b>		6. Fecha del examen	
4(a). Teléfonos donde se puede ubicar para solucionar alguna inconsistencia						
Tel. 1. <b>3103706432</b>		Tel. 2.		Tel. 3.		
7. Sexo <b>M</b>		8. Raza <b>B</b>		9. Nombre de los padres y residencia habitual <b>Rafael Buitrago y Cecilia Medina</b>		
10. Lugar de Nacimiento <b>Bogotá</b>		11. Fecha de nacimiento Día <b>27</b> Mes <b>07</b> Año <b>73</b>				
12. Total años de servicio Militar <b>X 15 años</b> Civil		13. Unidad o repartición donde se hace el examen <b>DMGEM</b>				
14. Cargo que aspira <b>Mayor.</b>			15. Como juzga el examinado su salud <b>Buena.</b>			

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD EN QUE MURIO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre	65	Buena			Tuberculosis		X	
Madre	54	Buena			Sífilis		X	
Esposa	25	Buena			Diabetes		X	
Hermanos	28	Buena			Cáncer		X	
	27	Buena			Enfermedades del riñón		X	
					Enfermedades del corazón		X	
Hijos	6	Buena			Enfermedades del estómago		X	
	06 meses	Buena			Reumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsias		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales		X	

HISTORIA MÉDICO 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	Lotería		X	Pérdida de la memoria		X
Perturbaciones de las vías digestivas		X	Cáncer		X	Adicto a bebidas alcohol, en exc.		X
Coto		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad hueso, articul. u otros		X	Ha sido sonámbulo		X
Apandicitis		X	Epilepsia o ataques		X	MUJERES		
Hemorroides o enfermedad del recto		X	Depresión o angustia		X	Edad de la menarquía		
Micciones frecuentes o dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratada por algún		
Enfermedades venéreas		X	Usa aparatos para oír		X	desorden propio del sexo		
Parálisis		X	Ha intentado suicidio		X	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquilo		X	Tuberculosis		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto o narcóticos		X	Palpitaciones		X	Ciclo actual		
Usa aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Ha tenido flujos vaginales		
Sangra excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas		X	Perturbaciones de la garganta		X	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		X	Bronquitis crónica		X	Fecha última menstruación		
Dolor o inflamación articulaciones		X	Tumores		X	Menstruación	Normal	Excesiva
Fracturas		X			X			
Qué empleo ha tenido en los tres (3) últimos años?			En cuál permaneció más tiempo. Meses			Cuál es oficio actual?		
						Es usted derecho		
						X		
						Es usted zurdo		



**FICHA MÉDICA**  
(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos <b>BUTRAGO MEDINA ORESSON</b>				2. Grado o cargo <b>Capitan</b>		3. Identificación C.C. o L.M. <b>79519674</b>	
4. Dirección del domicilio - Ciudad <b>Caja Fiscal A4 Brigada N° 17 Cuapa CANTOYUCA</b>				5. Causa del examen <b>ACCESO</b>		6. Fecha del examen	
7. Sexo <b>M</b>		8. Nacionalidad <b>Colombiano</b>		9. Tiempo de servicio <b>15 años</b>		10. Fuerza (EJC - ARM - FAC) <b>Ejército</b>	
11. Unidad o repartición <b>BATAION A.S.P.C. N° 17</b>		12. Fecha de nacimiento <b>27 de Julio 1973</b>		13. Lugar de nacimiento <b>Bogotá</b>		14. Nombre y dirección del pariente más cercano <b>Wiviana Villaguz Avelar Caja Fiscal A4 Brigada N° 17.</b>	
15. Dependencia médica donde se practica el examen <b>DMGEM</b>				16. Cargo a que aspira o promueve <b>Mayor</b>		OBSERVACIONES:	

EVALUACIÓN CLÍNICA		NOTA Describir cada anomalía detalladamente. (Anótese cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem 72 y adicione hojas si es necesario.)
Normal	Anormal	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Nariz
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Senos (Max. Front. mastoides)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Boca y garganta
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Oído en general
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Timpanos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ojos en general
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Oftalmológico examen
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Pupilas
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Movilidad ocular
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Pulmones y tórax
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Corazón y grandes vasos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Sist. Vascular periféricos y linfáticos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Abdomen y vísceras
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Ano y recto
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Sistema endocrino
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Gánito urinario
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Extremidades superiores
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Extremidades inferiores
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Pies
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Columna vertebral y esqueleto en gral
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	38. Señales, cicatrices, tatuajes
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Piel y faneras
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Neurología
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Psiquiatría
PARA MUJER		43. Enfermedades que haya tenido en el servicio
<input type="checkbox"/>	42. Pelvis	
<input type="checkbox"/>	Vagina	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rectal

<input type="checkbox"/> Caries	<input type="checkbox"/> Obturadas	<input checked="" type="checkbox"/> No tratables	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> T para tratamiento	<input type="checkbox"/> II Prótesis fija	<input type="checkbox"/> ( ) 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
A	+	+	+	+	3	2	1	1	2	3	+	+	+	+	A	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
+	A	+	+	+	5	4	3	2	1	1	2	3	+	+	+	A	Anormal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

PRUEBAS DE LABORATORIO			
45. ORINA		46. Rayos X, pulmones, fecha, lugar, No. Radioscopia, resultado	
Albúmina	Azúcar	47. Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NO REACTIVA.</b>	
48. Moco y lífa		49. Tipo de sangre y factor RH	
<input type="checkbox"/>		<b>B RH (+).</b>	
50. Otras pruebas		<input type="checkbox"/>	

M 16/16 = 14/15.  
OTM izquierdo anormal

CICATRIZ EN MEDALLÓN FRONTAL Y LINEAL TRANSVERSA EN BOCA IZQUIERDA.



MÁRQUESE SI O NO, SI SE MARCA "SI" DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	<del>NO</del>	
Es sensible a productos químicos, polvo, luz de sol, etc.		X	
Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos ?		X	
Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		X	
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		Osteosintesis Rodilla izquierda.
Ha estado interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso de 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 usted 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 pendientes 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

GERSSON BARRABO MEDINA

Fecha y lugar

Firma del examinado

CT. Buitrago Medina Gerson

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 1.73	Peso kilos 73	52. Color cabello Castaño claro	53. Color ojos Azules	54. Raza B	55. Temperatura 37°C.				
56. Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)					57. Pulso				
Sentado	Sist. 120 Diast. 90	Acostado	Sist. / Diast. /	De pie	Sist. / Diast. /	Sentado	Des ejérc. 72x1	Acostado	Después 3 m. de pie
58. Visión a distancia			59. Refracción			60. Visión de cerca			
Derecho 20 / 25 <sup>+</sup> Corrige a 20 / 20			Por lent. Est. -0.25 -0.50 x 160°			Corrige a J1 / con			
Izquierdo 20 / 50 <sup>+</sup> Corrige a 20 / 20			Por lent. Est. N -1.75 x 5°			Corrige a J1 / con			
61. Histeriorias (especifíquese a distancia)	Es.	Ex.	Hip. Och.	Hip. Izq.	Pnm. Div.	Pnm. Conv.	P. C.	P. D.	
		Ex. 10/10					nasal		
62. Acomodación Derecho	Izquierdo	63. Visión de color	64. Percepción de profundidad			Sin corregir / Con corregir			
						Asqgm / Corrige 20/20			
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).	
Ears 16-07		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	
		258	512	1024	2025	3896	4096	8192	
15 dB Derecho		20	20	10	15	10	10	15	25
17 dB Izquierdo		20	10	25	15	10	10	15	30
72. OBSERVACIONES									
(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)									
Resumen de defectos y diagnóstico (Enumere los diagnósticos con el Nro. del ítem)									
26 Feb 107 Mt. Aplazado / #4376 de Ortopedia, tiene JML de Oct de 1999 donde fue declarado No apto x trauma en rótula Izquierda con									
Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)									
Fractura tratada con material que deja como secuela movimientos de rodilla izq. Dct 18° lateral "B" Neu Tribunal Medica #3063 Enero 107									
Si NO es apto enumérense los defectos que lo incapacitan									
SS. Valoración x Cir. Maxilo-facial (Alteuación ATH izq) 15 Feb 107									
Apto para Aviero según									
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTÓLOGO u Oficina de Sanidad Odont. (Indíquese cual)					Firma:				
JAIRO RUEDA BUENAO					[Firma]				
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina de Ofc. San.					Firma:				
M. S. Maemolpo C					[Firma]				
Grado y nombre a máquina o en letra imprenta del Ofc. San.					Firma:				
Pd Victoria B. Russell					[Firma]				
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor					Firma:				
GUSTAVO A. LÓPEZ C.					[Firma]				
					No. de hojas adicionales				

ASPECTOS FISICOS

Estad. Organo

Declarado Apto no

CONDICIÓN

Aptitud para los servicios

No apto

2481

1932008

2481

1932008

2481

1932008

2481

1932008

2481

1932008

2481

1932008





APTO

EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO  
FICHA MÉDICA UNIFICADA

21 FEB. 2012

DATOS PERSONALES

FECHA



APELLIDOS Y NOMBRES Buitrago Medina Garsson Freddy			SEXO M
GRADO Mayor	ARMA Artillería	UNIDAD MILITAR Dirección Operaciones	CÉDULA 79519674
FECHA DE NACIMIENTO 27-jul-1973	LUGAR DE NACIMIENTO Bogotá	PROCEDENTE DE Bogotá	
ESTADO CIVIL	NOMBRE DEL CÓNYUGE	NOMBRE DE LOS PADRES Luz Buitrago - Cecilia Medina	
	NÚMERO DE HIJOS 02	EDAD DE LOS HIJOS 11-05	
LUGAR DE RESIDENCIA Bogotá	DIRECCIÓN calle 23c N° 69d24 Apto 104 int 4	TELÉFONO 8042386	GRUPO SANGUÍNEO RH B+
EPS	ESM-DONDE SE REALIZA HC		
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)	ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)		
ESCOLARIDAD <input checked="" type="checkbox"/> BÁSICA SECUNDARIA <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> POSGRADO	RELIGIÓN Católica.	ETNIA: blanca, negra, meztiza, oriental, indígena

DATOS OCUPACIONALES

MOTIVO DEL EXAMEN Ascenso	PROFESIÓN Militar	
MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO CAMBIO DE ARMA DD/MM/AA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA	
CARGO (ASPIRA O ACTUAL) Teniente Coronel	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO 4 años 30 meses	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 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 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)
	paludismo en 2 Oportunidades

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

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			
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIOS	+	1998	Microscopio Ocular Modelo 739
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: _____ CUÁL: _____					
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 \_\_\_\_\_

*Gerson Buitrago Medina*

EXAMEN CLÍNICO

ESTATURA 173	PESO 74X	PULSO 74X	TENSIÓN ARTERIAL 120/80	TEMPERATURA 36.5
--------------	----------	-----------	-------------------------	------------------

(marque con una x) FECHA DEL EXAMEN: \_\_\_\_\_

ÓRGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
CABEZA, 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 VÍSCERAS			
ANO Y RECTO			
SISTEMA ENDOCRINO			
GENITO-URINARIO			
EXTREMIDADES SUPERIORES			
EXTREMIDADES INFERIORES			
COLUMNA VERTEBRAL			
PIEL Y ANEXOS			
NEUROLOGÍA			
TACTO RECTAL			
TACTO VAGINAL (mujeres)			



APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

CONTEXTURA	CARA				
	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input type="checkbox"/> OBESA <input checked="" type="checkbox"/> ROBUSTA <input checked="" type="checkbox"/> ATLÉTICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA PESO 74 kg.	<input type="checkbox"/> REDONDO <input type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input checked="" type="checkbox"/> ALBINO <input 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 checked="" type="checkbox"/> DESVIACIÓN IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA	<input checked="" type="checkbox"/> GRANDE <input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA

<b>COLOR</b> <input type="checkbox"/> MIEL <input checked="" type="checkbox"/> CAFÉS <input type="checkbox"/> GRISES <input type="checkbox"/> AZULES <input type="checkbox"/> VERDES <b>TAMAÑO</b> <input type="checkbox"/> GRANDES <input checked="" type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<b>OJOS</b> <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	<b>BARBA</b> SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CAPILARIDAD:</b> <input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADA <b>PARTICULARIDAD</b> <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	<b>BIGOTE</b> SI _____ NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>CAPILARIDAD</b> <input 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
	FORMA	
<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	<input type="checkbox"/> LACIO <input type="checkbox"/> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/>		
CICATRICES	<input checked="" type="checkbox"/>		
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  
☐ MARCAPASOS

☐ TORNILLOS

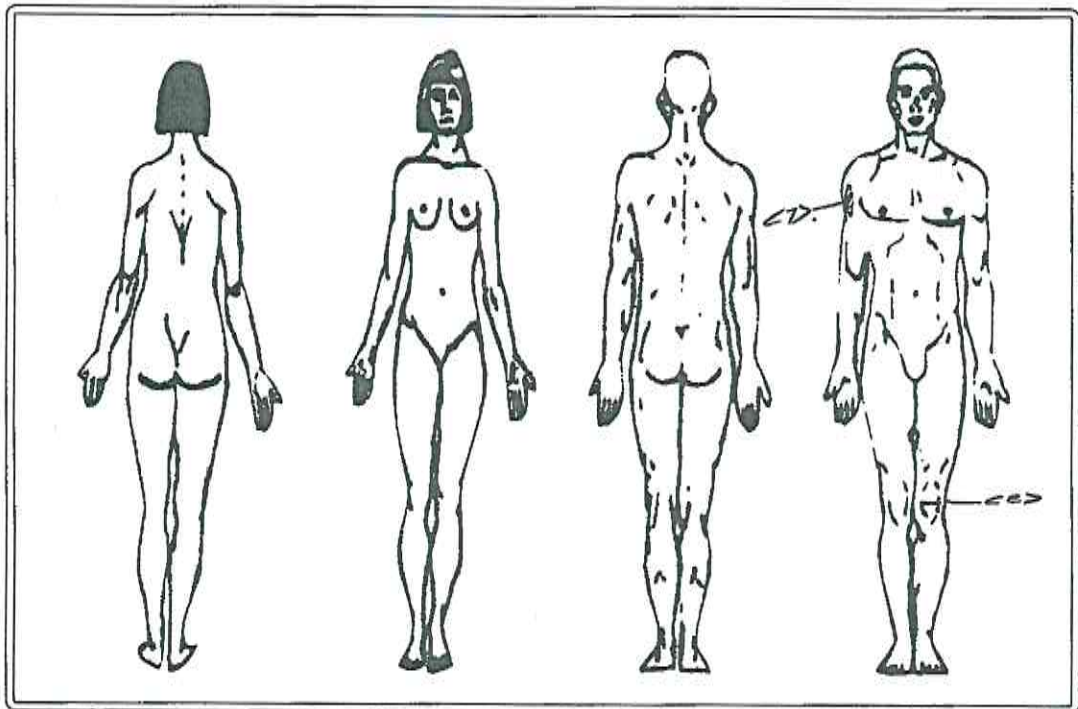
☐ PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO

#### 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: \_\_\_\_\_

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

MÉDICO ELABORÓ: \_\_\_\_\_

RM: 1376

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

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

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

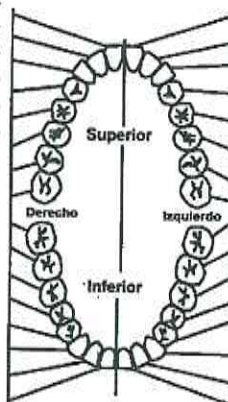
AA AUSENTE ANTIGÜO ESPACIO  
 AR AUSENTE RECIENTE  
 CC CARIES+SUPER+G SEVERIDAD  
 DC DESTRUCCIÓN CORONAL  
 DL DESGASTE LEVE  
 DM DESGASTE MODERADO  
 DS DESGASTE SEVERO  
 EP ENFERMEDAD PERIODONTAL  
 FA FRACTURA ANTIGÜA+SUPERFICIE  
 FR FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE  
 HI HIPOPLASIA  
 PG PIGMENTACIÓN  
 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  
 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



O OCLUSAL  
P PALATINO  
V VESTIBULAR

AG 5A	MALGAMA+SUPERFICIE	11
3A		12
5R		13
A670MD		14
A670		15
0670D		16
P070D		17
AA		18
A640		48
AA		47
A670	Canesú	48
5A		45
5A		44
5A		43
5A		42
5A		41



21 SA  
22 SA  
23 SA  
24  $OE+O$   
25  $OE+O$   
26  $AB+OP$   
27  $AB+OP$   
28 AA  
29  $AB+O$   
30  $AB+O$   
31  $AB+OV$   
32  $OE+O$   
33  $AB+O$   
34 SA  
35 SA  
36 SA  
37 SA  
38 SA  
39 SA  
40 SA  
41 SA  
42 SA  
43 SA  
44 SA  
45 SA  
46 SA  
47 SA  
48 SA  
49 SA  
50 SA  
51 SA  
52 SA  
53 SA  
54 SA  
55 SA  
56 SA  
57 SA  
58 SA  
59 SA  
60 SA  
61 SA  
62 SA  
63 SA  
64 SA  
65 SA  
66 SA  
67 SA  
68 SA  
69 SA  
70 SA  
71 SA  
72 SA  
73 SA  
74 SA  
75 SA  
76 SA  
77 SA  
78 SA  
79 SA  
80 SA  
81 SA  
82 SA  
83 SA  
84 SA  
85 SA  
86 SA  
87 SA  
88 SA  
89 SA  
90 SA  
91 SA  
92 SA  
93 SA  
94 SA  
95 SA  
96 SA  
97 SA  
98 SA  
99 SA  
100 SA

MUCOSA: normal  
 SURCO YUGAL: normal  
 FRENILLOS: normal  
 PISO DE BOCA: normal  
 PALADAR BLANDO: normal  
 ZONA RETROMOLAR: normal  
 EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: normal

PALADAR BLANDO: normal  
TORUS: normal  
MAXSUPERIOR FORMA: normal  
MAXINFERIOR FORMA: normal  
CLASIFICACIÓN MOLAR: Clase I  
MORDIDA CRUZADA: SI      NO   x    
OBSERVACIONES:

TAMAÑO: normal HALLAZGO: normal  
TAMAÑO: normal HALLAZGO: normal  
CLASIFICACIÓN CANINA: clase I  
MORDIDA ABIERTA: SI ☐ NO ☒

LÍNEA MEDIA DENTAL PALADAR

— COINCIDE  
— PARABOIDE

~~/~~ DESVIADA DERECHA  
~~/~~ EN U

— DESVIADA IZQUIERDA  
— CERRADO

SI OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB	ABRASIÓN	AF	ABFRACCIÓN	PL	PLACA ORTOPEDIA
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

Calculus supra y sub yung. vales; manchas per clinto.

**ODONTÓLOGO ELABORÓ:**

RM: 25172

OJO	VISIÓN A DISTANCIA		REFRACCIÓN		VISIÓN DE CERCA	
DERECHO	20/20	CORRIGE A 20/20	POR LENT.	ESF. CLL	Neuko.	CORRIGE A 28 CON ON
IZQUIERDO	20/50	CORRIGE A 20/20	POR LENT.	ESF. CLL	N-17X6	CORRIGE A 38 CON ON
HETEROFORIA	ES: —		EX: —		HIP. DCH. — HIP. IZQ. —	
	PRIM.DIV. —		PRM.COM. —		P.C. <u>1000</u> P.D. —	
ACOMODACIÓN	—		VISIÓN DE COLOR		PERCEPCIÓN PROFUNDIDAD	
DERECHO	IZQUIERDO	Al. Rep lute	40" de Brw		SIN CORREGIR CON CORREC. —	
CAMPO VISUAL		VISIÓN NOCTURNA		LENTE ROJO		TENSIÓN INTRAOCULAR
Novel		—		—		14mm Hg

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

TEST ISHIHARA (CONCEPTO): \_\_\_\_\_

Presencia de la letra 44 en el fondo verde.

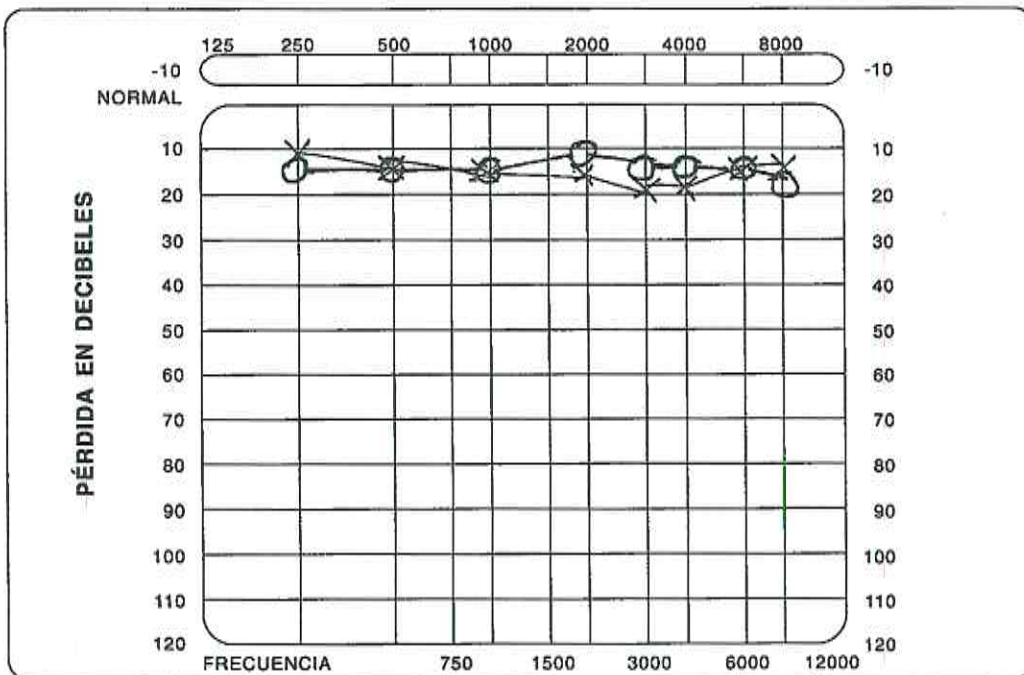
OPTÓMETRA: Dña. Jairo Lopez REGISTRO: Dr. John Alexander López M.  
Optómetra Especialista  
Cuidado Primario Ocular  
T.P. 79685740

OTOSCOPIA OÍDO DER. N EXAMEN AUDIOLÓGICO OÍDO IZQ. N

WEBER AUDIOMÉTRICO

500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz

### AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES: Audición dentro de límites normales.

### CONVENCIONES

Convenciones	OD	OI
	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: Dra. Claudia Ximena Lugo O. REGISTRO: P203505  
FONOAUDIOLOGA  
UNL M.B. - REG. No. PRO3505



APELLIDOS Y NOMBRES:

Botrigo Nedra Gerson

REÚNE PERFIL

☒ NO REÚNE PERFIL

JUSTIFICACIÓN:

PSICOLOGÍA

M.V. Arango

- No existen psicopatologías a la par.
- Realiza actividades propias de su profesión.
- No hay evidencia de falta moral, deslealtad o de suicidio.
- Existe nivel de grupo.
- No ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.
- Permite trabajar tiempo completo.

Se aplican CAQ (D:1.6, D:2.4, D:3.6, D:4.4, D:5.4, D:6.4, D:7.6, D:8.6, P:1.9, P:2.4, P:3.3) y anexo 7 y se anexa psicopatología a la par.

- Se anexa formato de entrevista y CAQ original.

Código de Perfil

15-02-2012

Flores/Casta

REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA

SI

☒ NO

PSICÓLOGO:

Ingrí Paola C. S. M.  
CC-53172495  
Bm12

REGISTRO:

100282

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

23-03-2012

- dmL No 2363/99X on topedix TX rotula Irg con fractura, NO Apto para patrullaje, se le recomienda actividad administrativa, del 10% Literal b
- Tribunal medial No 3063/07X Navoca/68 con colaboración dmL No 2363/99X (fractura de rotula Irg) Apto NO del, Literal b

Dra. MARIA CAROLINA BARRIGA  
Médico Especialista en Salud Ocupacional y Rehabilitación  
R.M. 251154/07 - 15/02/2012

OT 29760 IMPRENTA Y PUBLICACIONES FF. MM. 2008 - PBR 348 60 02 - NT: 90230725-9

CALIFICADOR:

REGISTRO:



EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO  
FICHA MÉDICA UNIFICADA



DATOS PERSONALES

FECHA 3-Febrero-2017.

APELLIDOS Y NOMBRES		Butrago Medina Gersson Freddy.		SEXO	M.
GRADO	TC	ARMA	Artillería	UNIDAD MILITAR	Fuerza de Tarea Montarros Norte
FECHA DE NACIMIENTO	27-julio-1973	LUGAR DE NACIMIENTO	Bogotá	CÉDULA	74519674.
ESTADO CIVIL	Casado	NOMBRE DEL CÓNYUGE	Yaneth Gomez Moreno	NOMBRE DE LOS PADRES	Royas Butrago - Cecilia Medina.
NÚMERO DE HIJOS	02	EDAD DE LOS HIJOS	Hosmed.	PROCEDENTE DE	X
LUGAR DE RESIDENCIA	Bogotá	DIRECCIÓN	Carrera 6 N° 4CE-19	TELÉFONO	3104700569
EPS	Sistema Salud FF-MM	ESM DONDE SE REALIZA HC		GRUPO SANGUÍNEO RH	B+
MÉDICO PARTICULAR (TEL.)		ODONTÓLOGO PARTICULAR (TEL.)			
ESCOLARIDAD	<input type="checkbox"/> BÁSICA SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO		RELIGIÓN	ETNIA:	Blanca.
	<input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> POSGRADO		Católico	Blanca, negra, mestiza, oriental, indígena	



DATOS OCUPACIONALES

MOTIVO DEL EXAMEN	Ascenso	PROFESIÓN	Militar.
MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO	SI	NO	X
CAMBIO DE ARMA DD/MM/AA		FECHA	
CARGO (ASPIRA O ACTUAL)	Coronel.	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	24 años - 4 meses
HORAS LABORALES			
FUNCIONES DEL CARGO	EMPLEOS TENIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (Fecha de retiro). Oficial Operaciones, Br. M 10 Comandante Batallón Palace.		
	EN CUÁL PERMANECIÓ MÁS TIEMPO (MESES)		

HISTORIA CLÍNICA

CONDICIÓN AL INGRESO	Paciente en buen estado general.
----------------------	----------------------------------

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

ENFERMEDAD	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> DIABETES	Ninguna.
<input type="checkbox"/> ASMA	
<input type="checkbox"/> ÚLCERA	
<input type="checkbox"/> VENÉREAS	
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	
<input type="checkbox"/> TUMORES	
<input type="checkbox"/> FRACTURAS	
<input type="checkbox"/> TORUNCOLOSIS	
<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:

Buitrago Medina Geisson Freddy

**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			osteosinartosis rotula.
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIOS			
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: _____ CUÁL: _____					
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

Geisson Freddy Buitrago Medina

**EXAMEN CLÍNICO**

ESTATURA 173	PESO 72.9 kg	PULSO 75	TENSIÓN ARTERIAL 115/64	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"/>		
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 VÍSCERAS	<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	<input checked="" type="checkbox"/>		
TACTO VAGINAL (Mujeres)	<input checked="" type="checkbox"/>		

APELLIDOS Y NOMBRES:

Buitrago Medina Geisson Freddy.

CONTEXTURA	CARA				
	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input type="checkbox"/> OBESA <input type="checkbox"/> ROBUSTA <input checked="" type="checkbox"/> ATLÉTICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA PESO ____ kg.	<input type="checkbox"/> REDONDO <input checked="" type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> BLANCO <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> PEQUEÑA

OJOS		BARBA	BIGOTE	
COLOR	PARTICULARIDAD	SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI ____ NO <input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> MIEL <input checked="" type="checkbox"/> CAFÉS <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"/> PÁRPADO CAIDO	CAPILARIDAD <input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADA	CAPILARIDAD <input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPOBLADO	
TAMAÑO		PARTICULARIDAD	PARTICULAR	
<input type="checkbox"/> GRANDES <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<input type="checkbox"/> CATARATAS <input type="checkbox"/> BIZCO <input type="checkbox"/> CIEGO	<input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	<input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	
		OREJAS		
		<input type="checkbox"/> PELUDAS <input type="checkbox"/> PERFORADA <input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA		

CABELLO		CALVICIE
COLOR	FORMA	
<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 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 checked="" type="checkbox"/> FRONTO CORONAL <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> BILATERAL

SEÑALES PARTICULARES			
TIPO	SI	UBICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
LUNARES			
PECAS			
MANCHAS			
QUEMADURAS			
TATUAJES	<input checked="" type="checkbox"/>	Brato derecho.	75 uilo.
CICATRICES	<input checked="" type="checkbox"/>	2 odo llo. Izquier	crem 40x
HERIDAS CICATRIZACIÓN			
PRÓTESIS			
MALFORMACIONES			
DISCAPACIDADES			
AMPUTACIONES			
PRESENTA ESTRÍAS			
CALLOSIDADES			
AUSENCIA DE UÑAS			
VELLOSIDAD			
FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEOSIÓTESIS			
FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOSIÓTESIS			
CIRCUNCISIÓN			
LIGADURA DE TROMPAS			
VASECTOMIA			
APENDICECTOMIA			
NEFRECTOMIA			

## PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO

☐ MARCAPASOS☐ TORNILLOS☐ PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO

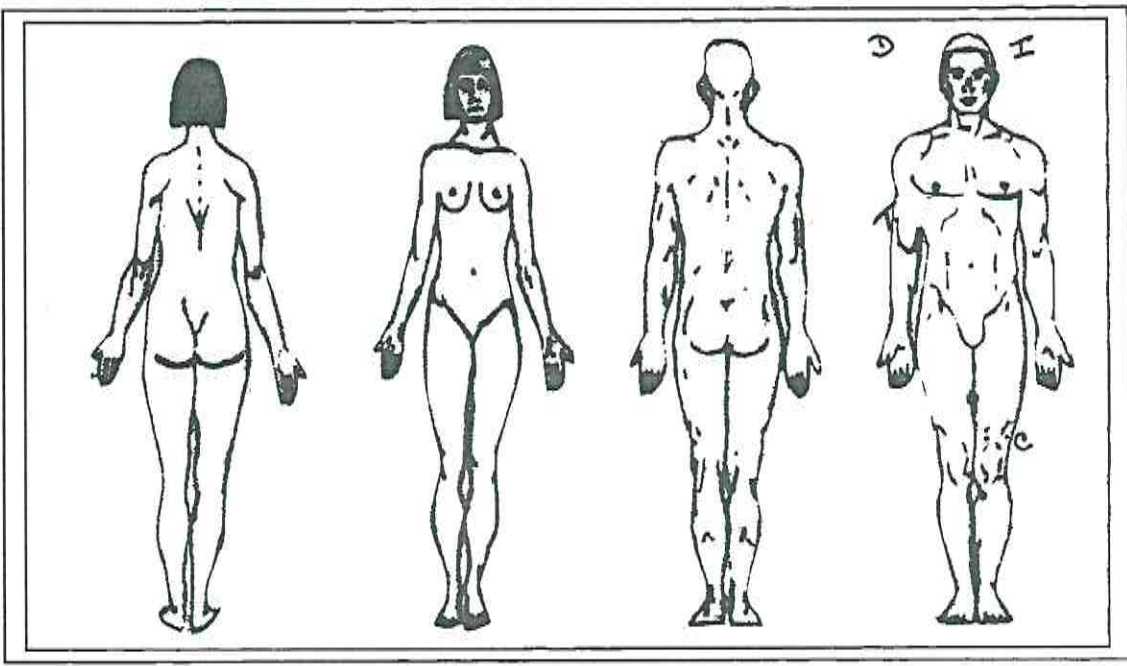
## DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

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: Buitrago Medina Gesson Freddy

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

MÉDICO ELABORÓ: *[Signature]*  
*[Signature]*  
 Res. Criméico  
 1311637-07

RM: 13-11837/07

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA					
LÍNEA DE SONRISA	TIPO DE CARA	TIPO DE CRANEO	PERFIL	LABIOS	ATM
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> BAJA	<input checked="" type="checkbox"/> LEPTOPROSOPO <input 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 checked="" type="checkbox"/> CLICKING ARTICULAR <input type="checkbox"/> CREPITACIÓN <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> NORMAL

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

- |    |                              |    |                                  |
|----|------------------------------|----|----------------------------------|
| AA | AUSENTE ANTIGUO ESPACIO      | CE | CORONA MATERIAL ESTÉTICA         |
| AR | AUSENTE RECIENTE             | IE | INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE |
| CC | CARIES+SUPER+G SEVERIDAD     | IM | INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE |
| DC | DESTRUCCIÓN CORONAL          | OE | OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE   |
| DL | DESGASTE LEVE                | OT | OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE   |
| DM | DESGASTE MODERADO            | PE | PARCIALMENTE ERUPCIONADO         |
| DS | DESGASTE SEVERO              | PI | PILAR                            |
| EP | ENFERMEDAD PERIODONTAL       | PF | PRÓTESIS FIJA                    |
| FA | FRACTURA ANTIGUA+SUPERFICIE  | PO | PONTICO                          |
| FR | FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE | PR | PRÓTESIS REMOVIBLE               |
| HI | HIPOPLASIA                   | PT | PRÓTESIS TOTAL                   |
| PG | PIGMENTACIÓN                 | RR | RESTO RADICULAR                  |
| RG | RETRACCIÓN GINGIVAL          | SF | SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS    |
| SA | SIN ALTERACIÓN               | C  | CERVICAL                         |
| EX | EXTRUIDO                     | D  | DISCAL                           |
| IN | INTRUIDO                     | I  | INCISAL                          |
| VE | VERSIÓN                      | L  | LINGUAL                          |
| RL | ROTACIÓN LEVE                | M  | MESIAL                           |

Buitrago Medithia Geisson Freddy.

PELLIDOS Y NOMBRES:

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

O OCLUSAL  
P PALATINO  
V VESTIBULAR

FEI	11	21	SA
SA	12	22	SA
SA	13	23	SA
OEC+OMD Descriptados	14	24	OEO
OEO	15	25	OEO
OEO Descriptados	16	26	OEO
AGO	17	27	AGO
AA	18	28	AA
OEO	19	29	AGO
AA	20	30	AGO
OEO	31	32	SA
SA	32	33	SA
SA	33	34	OEO
SA	34	35	OEO
SA	35	36	AGO
SA	36	37	AGO
SA	37	38	AGO
SA	38	39	AGO
SA	39	40	AGO
SA	40	41	SA
SA	41	42	SA
SA	42	43	SA
SA	43	44	SA
SA	44	45	SA
SA	45	46	SA
SA	46	47	SA
SA	47	48	SA
SA	48	49	SA
SA	49	50	SA
SA	50	51	SA
SA	51	52	SA
SA	52	53	SA
SA	53	54	SA
SA	54	55	SA
SA	55	56	SA
SA	56	57	SA
SA	57	58	SA
SA	58	59	SA
SA	59	60	SA
SA	60	61	SA
SA	61	62	SA
SA	62	63	SA
SA	63	64	SA
SA	64	65	SA
SA	65	66	SA
SA	66	67	SA
SA	67	68	SA
SA	68	69	SA
SA	69	70	SA
SA	70	71	SA
SA	71	72	SA
SA	72	73	SA
SA	73	74	SA
SA	74	75	SA
SA	75	76	SA
SA	76	77	SA
SA	77	78	SA
SA	78	79	SA
SA	79	80	SA
SA	80	81	SA
SA	81	82	SA
SA	82	83	SA
SA	83	84	SA
SA	84	85	SA
SA	85	86	SA
SA	86	87	SA
SA	87	88	SA
SA	88	89	SA
SA	89	90	SA
SA	90	91	SA
SA	91	92	SA
SA	92	93	SA
SA	93	94	SA
SA	94	95	SA
SA	95	96	SA
SA	96	97	SA
SA	97	98	SA
SA	98	99	SA
SA	99	100	SA

EXAMEN INTRAORAL (TEJIDOS BLANDOS)

MUCOSA: SA  
JURCO YUGAL: SA  
FRENILLOS: SA  
PISO DE BOCA: SA  
PALADAR BLANDO: SA  
ZONA RETROMOLAR: SA  
EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: SA

EXAMEN TEJIDOS DUROS

PALADAR BLANDO: SA  
TORUS: SA  
MAX SUPERIOR FORMA: paraboloide TAMAÑO: grande HALLAZGO: ninguno  
MAX INFERIOR FORMA: paraboloide TAMAÑO: grande HALLAZGO: ninguno  
CLASIFICACIÓN MOLAR: II CLASIFICACIÓN CANINA: I  
MORDIDA CRUZADA: SI NO MORDIDA ABIERTA: SI NO  
OBSERVACIONES:

EXAMEN CRANEOMAXILAR

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

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS

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

DESCRIBIR TIPO DE BRACKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

SI OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB ABRASIÓN	AF ABFRACCIÓN	PL PLACA ORTOPEDIA
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

ODONTÓLOGO ELABORÓ: Farha I. Salazar

RM: [Signature]

OPTOMETRÍA

OJO	VISIÓN A DISTANCIA	REFRACCIÓN	VISIÓN DE CERCA
DERECHO	20/30 CORRIGE A 20/20	POR LENT. ESF. CLN -0.50 x 0	CORRIGE A CON
IZQUIERDO	20/30+ CORRIGE A 20/20	POR LENT. ESF. CLN -1.00 x 10	CORRIGE A CON
HETEROFORIA	ES: EX: 20cm		HIP. DCH. HIP. IZQ.
	PRIM. DIV. PRM. COM.		P.C. P.D.
ACOMODACIÓN	VISIÓN DE COLOR	PERCEPCIÓN PROFUNDIDAD	SIN CORREGIR 0.1 mm
DERECHO IZQUIERDO			CON CORREC. 0.1 mm
CAMPO VISUAL	VISIÓN NOCTURNA	LENTE ROJO	TENSIÓN INTRAOCULAR
		VB	



APELLIDOS Y NOMBRES:

Buitrago Medina Garsson Freddy

TEST

ISHIHARA

Normal

(CONCEPTO)

1Dx / Astigmatismo

OPTÓMETRA:

Uy

T.O. Opt. Wilson C. Gómez, M.  
Subdirector Auxiliar  
Hospital Militar de Medellín  
Esp. S. Otorrinolaringología y Audiología

REGISTRO:

325

# EXAMEN AUDIOLÓGICO

OTOSCOPIA

OÍDO DER.

C.A. EC/N

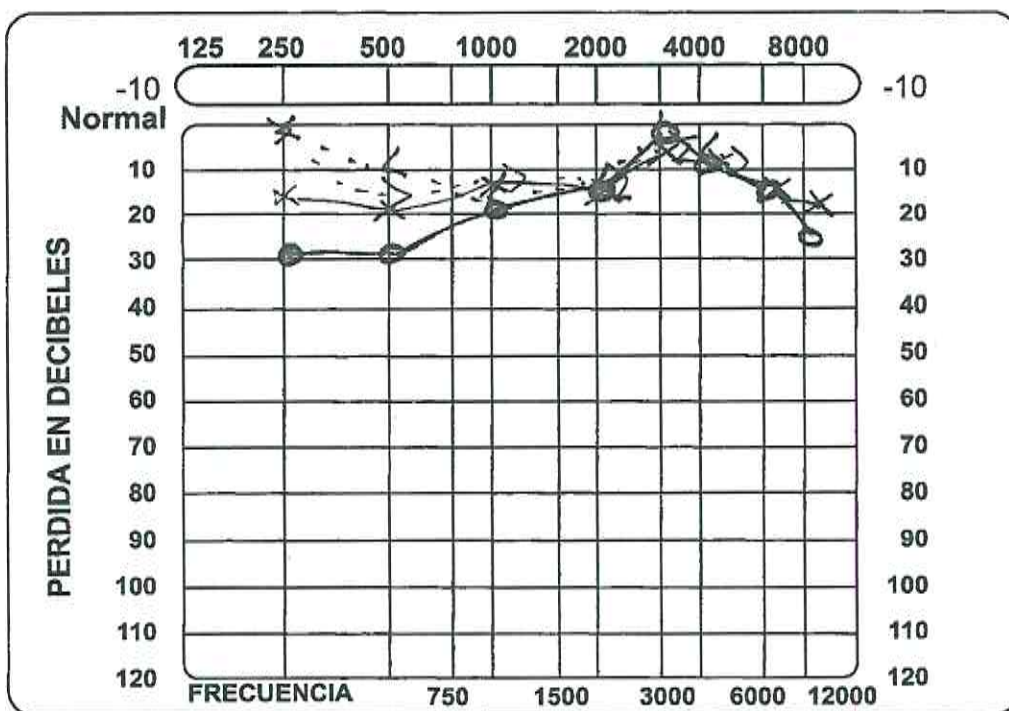
OÍDO IZQ.

C.A. EC/N

WEBER AUDIOMÉTRICO

500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz
→	→	→	→

# AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES:

OI → Normal OI → gab para fl 250-500  
compatible con hipacusia conductiva

# CONVENCIONES

# TIPO DE RUIDO

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

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

FONOAUDIÓLOGO:

María José Garza  
Fonoaudióloga  
Hospital Militar de Medellín  
Esp. S. Otorrinolaringología y Audiología

REGISTRO:

11-29-18-412

PELLIDOS Y NOMBRES:

Boitrago Medina Geisson Freddy  
00 70519074

PSICOLOGÍA

REÚNE PERFIL ☒ NO REÚNE PERFIL

JUSTIFICACIÓN:

CAQ. D. 0-4. D2 0-4. D3 12-7 D4 2-3 D5 4-6 D6 2-3. D7 1-4. P6 6-6. P7 17-7  
S2 2-4. A5 9-4 P3 0-2.

Persona que en el momento de la entrevista no presenta antecedentes psiquiátricos sus rasgos de personalidad se encuentran dentro de parámetros normales. Persona energica entusiasta con preocupaciones y dudas. Presenta red de apoyo. Se identifica completamente en el sexo y hacer. con habilidades en la resolución de conflictos y comunicación. con habilidades sociales con adecuada flexibilidad y sensibilidad. Perfil favorable para ascenso.

REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA

SI ☐ NO ☒

PSICÓLOGO:

*[Firma]*

REGISTRO:

122250

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

Febrero 21/2017: MC DWAN: Registro en SIML.

JML N° 2363 <sup>2/363</sup> Octubre 05/1999.

NO APTO. DCL 18%.

Trasno Rotulo Aguda con fractura. Limitación a las actividades Rodillo Aguda. Titul B.

JML N° 3063 Enero 19/2007. que modifica JML 2363/1999

APTO. NO DCL  
Dr. Fradue Rolito Agudo. Titul B.

Ficha médica y Exámenes completos:

APTO.

*[Firma]*  
Arístizabal Jonathan A.  
Oficial del Ejército  
Médico General  
C.M. 1053795577 SANIDAD

ALIFICADOR:

REGISTRO:















APELLIDOS Y NOMBRES:

Buitrago Medina Gersson Freddy

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		
				
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.

Exp. 14319/99  
planilla 210

22 9

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD

ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL 2353  
REGISTRADA EN LA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO

LUGAR Y FECHA : Santa Fe de Bogotá, D.C. Octubre 05. de 1999

INTERVIENEN : CT. MED. MA. THA PATRICIA ROBAYO MONTAÑA  
Oficial de Sanidad

Dra. MARÍA FERNANDA ZAPATA POLEAS  
Oficial de Sanidad

Doctor ALVARO ALFREDO CAMPO R.  
Oficial de Sanidad

ASUNTO : Que trate 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 del Decreto 24 de Enero 11 de 1989, recordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes. ORTOPEDIA

I. IDENTIFICACION : Grado TE. Apellidos y nombres completos BUTEAGO MEDINA GERSON FREY Código 79519674 CEDULA 79519674 DE SANTAFE DE BOGOTA Fecha de nacimiento 27 JULIO 1973 Edad 26 años, Natural de SANTAFE DE BOGOTA ciudad y residencia actual CRA. 68B No. 0-44 BOGOTA

V. ANTECEDENTES

Al paciente le fue efectuado examen sicológico 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 \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_  
- Consejo Técnico SI \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_  
- Tribunal médico SI \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

B. Antecedentes del informativo :

INFORMATIVO ADMINISTRATIVO No. 027 DE FECHA 22 SEPTIEMBRE 1998  
ADELANTADO POR EL COMANDANTE BATALLON PALACE



32 10

TE BUITRAGO MEDINA GERSON, REDY JMI NR. 2363 OCTUBRE 05-89 BAFEL

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

LE DETERMINA INCAPACIDAD RELATIVA Y PERMANENTE  
NO APTO PARA PATRULLAJE (SE RECOMIENDA ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS)

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

LE PRODUCE DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL DISCIPULO POR CIENTO (18%).

D. Imputabilidad del servicio.

1. LESION OCURRIDA EN ACTO DEL SERVICIO POR CAUSA Y RAZON DEL MISMO  
SEGUN INFORMATIVO ANTERIORMENTE MENCIONADO LITERAL (U)

E. Fijación de los correspondientes índices.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 21 DECRETO 94 DEL 11 DE ENERO DE 1989 LE CORRESPONDE 1 A) NUMERAL 181 INDICE SIETE (7)

#### V. DECISIONES:

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 al recabido de solicitud 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 94 Enero 11 de 1989. Ante la Subsecretaría General del Ministerio de Defensa Nacional.

CT. MED. MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ YOM  
Oficial de Sanidad

DR. MARIA FERNANDA ZAPATA P.  
Oficial de Sanidad

DR. ALVARO FREDO CAMPO RUSSO  
Oficial de Sanidad

#### VII. NOTIFICACION:

El Acta de Junta Médica No. 2363 de fecha OCTUBRE-05-1989 se notifica en forma personal al Señor TE BUITRAGO MEDINA GERSON REDY en Santa Fe de Bogotá el día 15-08-89 haciendo saber el contenido del Artículo 30 del Decreto 94 de 1989.

Notificado:

CC. No. 101519814 De Bogotá

Revisó:

DR. JORGE ELIECER PEREZ

Notificador:

DR. JORGE ELIECER PEREZ  
LUCERO

42 11 174  
TE. BUITRAGO MEDINA GERSON FREY (JM NR. 2363 OCTUBRE 05-99)  
BAFEL

### III. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNOSTICO- ETIOLOGIA- TRATAMIENTOS  
VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PROGNOSTICO- FIRMA MEDICO)

Fecha: SEP 17-99

Servicio: ORTOPEDIA

AFECCIÓN POR EVALUAR: FRACTURA A OSTEOSINTESIS DE ROTULA. ESTADO  
ACTUAL: LIGERA LIMITACION PARA FLEXION A MAS DE 100° EN RODILLA  
IZQUIERDA ATROFIA DE CUADRICEPS. CONCEPTO: PACIENTE APTO PARA TODO  
SERVICIO (EXCEPTO PATRULLAJE) REQUIERE MAS TERAPIA FISICA PARA  
REFORZAR CUADRICEPS FDO. DR. MARIO JOSE LEWIS DONADO ESPECIALISTA

### IV. CONCLUSIONES:

#### A. DIAGNOSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1. TRAUMA EN ROTULA IZQUIERDA: CON FRACTURA TRATADO CON MATERIAL DE  
OSTEOSINTESIS QUE DEJA COMO SECUELA A LIMITACION A LOS MOVIMIENTOS  
DE RODILLA IZQUIERDA.



REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
SECRETARIA GENERAL  
TRIBUNAL MEDICO LABORAL

ACTA DE TRIBUNAL MEDICO LABORAL DE REVISION  
MILITAR Y DE POLICIA N° 3063 REGISTRADA AL FOLIO  
N° 152 DEL LIBRO DE TRIBUNALES MEDICOS

LUGAR Y FECHA : Bogotá, D.C., enero 19 de 2007

INTERVIENEN : TC GINA PATRICIA CONTRERAS ORTIZ  
Representante Dirección General Sanidad Militar  
DRA. SOLANGE ORDUZ LOPEZ  
Representante Sanidad Policía Nacional  
DR GEMAN ROBERTO CORREAL MELO  
Representante Sanidad de Fuerza Aérea

ASUNTO : QUE TRATA DEL ACTA DE TRIBUNAL MEDICO LABORAL  
DE REVISION MILITAR Y DE POLICIA, PRACTICADA EN  
BOGOTA, D.C., AL SEÑOR CT BUITRAGO MEDINA  
GERSSON FREDDY C. C. N° 79519674 DE BOGOTA,  
CON EL FIN DE ACTUAR EN ULTIMA INSTANCIA SOBRE  
LAS RECLAMACIONES REFERENTES A LA  
CALIFICACION DE LA CAPACIDAD LABORAL Y  
CLASIFICACION DE LAS LESIONES O AFECCIONES Y  
RATIFICAR, REVOCAR O MODIFICAR LAS  
CONCLUSIONES DEL ACTA DE JUNTA MEDICO  
LABORAL No. 2363 DE OCTUBRE 5 DE 1999, SEGÚN  
ARTICULO 27 DEL DECRETO 94 DE 1989.

En Bogotá, D. C., a los 19 días del mes de enero de 2007, se reunieron los Médicos de Sanidad anteriormente anotados, con el fin de analizar la documentación enunciada y acordaron las conclusiones del Acta de Tribunal Médico que se transcribe a continuación:

I. SOLICITUD

El señor CT BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY, Cédula de Ciudadanía No. 79519674 de Bogotá, fecha de nacimiento julio 27 de 1973, edad (33) años, natural de Bogotá, Dirección Casa Fiscal A 4 Brigada 17 Carepa Antioquia, solicita la convocatoria de Tribunal Médico Laboral Mediante oficio de fecha enero 10 de 2007.

5  
10/2

**HOJA N° 02. CONTINUACION ACTA TRIBUNAL MEDICO LABORAL N° 3063 FOLIO 152 REALIZADA AL SEÑOR CT BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY**

Mediante oficio 2303 de enero 18 de 2007, El señor Secretario General del Ministerio de Defensa Nacional, autoriza la convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía.

**II. ANTECEDENTES:**

La Junta Médico Laboral No. 2363 de octubre 5 de 1999, cuyas conclusiones son:

**A. Antecedentes – Lesiones – Afecciones – Secuelas**

A1). Trauma en rotula izquierda con fractura, tratado con material de osteosíntesis, que deja como secuela:  
a). Limitación a los movimientos de rodilla izquierda.

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

Le determina una incapacidad permanente y parcial. NO APTO para patrullaje (Se recomienda actividades administrativas)

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

Le produce una disminución de la capacidad laboral de 18% Dieciocho por ciento

**D. Imputabilidad del Servicio.**

A1). Ocurrida en actos del servicio por causa y razón del mismo, según informativo anteriormente mencionado, literal B.

**E. Fijación de los correspondientes índices.**

De acuerdo al artículo 21 del decreto 94/89, le corresponde:  
A1). Numeral 1-191, índice siete (7).



**HOJA N° 03. CONTINUACION ACTA TRIBUNAL MEDICO LABORAL N° 3063 FOLIO 152 REALIZADA AL SEÑOR CT BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY**

**III. SITUACION ACTUAL.**

El calificado se presenta el día 19 de enero de 2007, solo quien manifiesta su inconformidad; refiere que a pesar de que la Junta médica lo declaró NO APTO continua laborando y ahora refiere sentirse bien, debe ascender en junio. No refiere sintomatología y labora y patrulla normalmente. Refiere que en septiembre 10 de 1998 presenta fractura de rotula, se le realizó movilización con anestesia, terapia y segunda cirugía el 20 de junio de 1999. Anexa resonancia nuclear magnética de rodilla izquierda de fecha octubre 9 de 2006 reportada como normal. Anexa certificación de traslados y cargos desempeñados posterior al año 1999 en Batallones.

**IV. ANALISIS DE LA SITUACION**

Se revisa antecedentes, Junta Médico Laboral No. 2363 de octubre 5 de 1999, demás documentación del paciente. Los miembros del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, examinan al paciente evidenciando: paciente en buenas condiciones generales, realiza marcha punta talones, no atrofia, no limitación funcional de rodillas, cicatriz quirúrgica anterior.

**V. DECISIONES**

Teniendo en cuenta lo evaluado y lo calificado de acuerdo a lo establecido en el decreto 094/89, los miembros del Tribunal Medico Laboral por unanimidad deciden "REVOCAR" las conclusiones de la JML N° . 2363 de octubre 5 de 1999.

**A. Lesiones - Afecciones - Secuelas**

A1). Fractura de rotula rodilla izquierda que requirió tratamiento quirúrgico y evoluciona hacia la mejoría.

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

**APTO**

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

No le produce disminución de la capacidad laboral.

**D. Imputabilidad del Servicio.**

Literal B, según informativo N° 027/98

211

7  
122

HOJA N° 04. CONTINUACION ACTA TRIBUNAL MEDICO LABORAL N° 3063 FOLIO  
152 REALIZADA AL SEÑOR CT BUITRAGO MEDINA GERSSON FREDDY


---

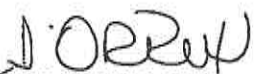
E. Fijación de los correspondientes índices.

A1). Se revoca numeral 1-191, índice siete (7).

Los miembros del tribunal médico laboral de revisión militar y de policía aprueban todas las partes de la presente acta y para constancia firman.

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

  
DR GERMAN ROBERTO CORREAL MELO  
Representante Sanidad de Fuerza Aérea

  
DRA. SOLANGE ORDUZ LOPEZ  
Representante Sanidad Policía Nacional

  
TC GINA PATRICIA CONTRERAS ORTIZ  
Representante Dirección General Sanidad Militar

Elaboro: Astrid Liliana