

**JUEZ ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO)**  
Cali (Valle)

**REFERENCIA: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**

**DEMANDANTES: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA Y OTROS**

**DEMANDADOS: NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE  
CALI – ALCALDIA MUCIPAL**

**JOSE LEOMAR BONILLA PEREA**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 14.638.326 de Cali (Valle), en condición de Afectado Directo y a la vez actuando en calidad de Representante Legal de su hijo menor **JOSE MANUEL BONILLA TOLOZA**, identificado con Registro Civil No. NUIP 1.111.555.904 de Cali (Valle); **LUZ LIBIA LUCUMI LUCUMI**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 66.873.641 de Roldanillo (Valle), Actuando en nombre propio en mi condición de Compañera Permanente del Afectado Directo y a la vez como Representante Legal de mis hijos Menores de Edad **JOAQUIN BONILLA LUCUMI**, identificado con Registro Civil No. NUIP 1.105.389.428, y del menor **ANTONIO BONILLA LUCUMI**, identificado con el Registro Civil No. NUIP 1.105.389.429, (Hijos del Actor Principal), por medio del presente escrito manifestamos que conferimos **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a los Doctores **PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 4'252.333 expedida en Soatá (Boyacá), y Tarjeta Profesional N° 120.928 del Consejo Superior de la Judicatura, y **LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**, identificado con cedula de ciudadanía N° 16'228.389 expedida en Cartago (Valle), y Tarjeta Profesional N° 195.976 del Consejo Superior de la Judicatura, quienes actuarán como Principal y Suplente respectivamente, para que en mi nombre y representación presenten y lleven hasta su terminación **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** (artículo 140 de la Ley 1437 de 2011), en contra de la en contra de la **NACIÓN – ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI**, representada legalmente por el Doctor **JORGE IVAN OSPINA**, Alcalde Municipal; y/o quienes hagan sus veces y los representen ante los estrados judiciales, a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios Morales, Materiales e Inmateriales, como daños a la Salud y/o Vida de Relación, como consecuencia de las lesiones sufridas en accidente de tránsito ocurrido el 03 de agosto de 2018, en momentos que conducía su motocicleta de placas KTQ-11C, se fue a

una cavidad que existía en la carrera 86 con calle 45, Barrio Valle del Lili, de la Ciudad de Cali, produciéndole varias lesiones en el cuerpo.

Nuestros apoderados quedan investidos de las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, en especial, de la de Conciliar, cobrar, recibir dinero en efectivo o por transferencia, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y, en general, de todas aquellas que tiendan al buen cumplimiento de su gestión, a fin de que en ningún caso y por ninguna circunstancia se consideren insuficientes para realizar todos los actos que este mandato concede para la representación oportuna y eficaz de mis intereses en la reclamación de la referencia.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados para los fines y efectos del presente mandato.

Atentamente,



**JOSE LEOMAR BONILLA PEREA**  
C.C. No. 14.638.326 de Cali (Valle)



**LUZ LIBIA LUCUMI LUCUMI,**  
C.C. No. 66.873.641 de Roldanillo (Valle)

Aceptamos,



**PEDRO NEL BONILLA MELENDEZ**  
C.C. No. 4'252.333 de Soatá (Boyacá)  
T.P. No. 120.928 de C. S. de la J.



**LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**  
C.C. No. 16'228.389 de Cartago (Valle)  
T.P. No. 195.976 del C. S. de la J.





19 REPÚBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI  
Santiago de Cali  
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO

En Cali a 11 FEB 2021  
compareció ante el Notario Diecinueve de esta Ciudad  
Jose Leonar Bonilla Perea  
a quien identifiqué con C.C. No. 1463836  
expedida en Cali y manifestó que el  
anterior documento es cierto y que la firma y  
huella que aparecen al pie, son suyas



COMPARECIENTE:  




REPÚBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI  
(La presente diligencia se surtió por solicitud  
reiterada y expresa del compareciente)

19 REPÚBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA NOTARÍA DIECINUEVE DE CALI  
Santiago de Cali  
AUTENTICACIÓN Y RECONOCIMIENTO

En Cali a 11 FEB 2021  
compareció ante el Notario Diecinueve de esta Ciudad  
Luz Libia Lucumi Lucumi  
a quien identifiqué con C.C. No. 66873641  
expedida en Piedonillo y manifestó que el  
anterior documento es cierto y que la firma y  
huella que aparecen al pie, son suyas

COMPARECIENTE:  



NOTARIO GUERRERO GUERRERO  
C.C. No. 1.252.321 de 2009 (BOGOTÁ)  
[01/04/2019 12:58 PM]

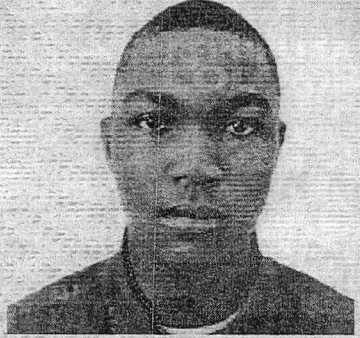
REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14638326**

**BONILLA PEREA**  
APELLIDOS

**JOSE LEOMAR**  
NOMBRES

*Leomar Bonillo Perea*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1984**

**EL CHARCO**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**20-NOV-2002 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-3100100-65113071-M-0014638326-20030507 05105 03126A 02 141175532



CODIGOS DE LOS MESES MAYO 05 JUNIO 06 JULIO 07 AGOSTO 08 SEPT 09 OCTUBRE 10 NOV 11 DIC 12

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

6891137

IDENTIFICACION No

1 Parte básica	2 Parte compi
84.10.23	

OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaria, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	5 Código
NOTARIA UNICA		EL CHARCO NARIÑO	4405

SECCION GENERAL

INSCRITO	6 Primer apellido	7 Segundo apellido	8 Nombres
	BONILLA	PEREA	JOSE LEOMAR
SEXO	9 Masculino o Femenino	10 Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO
	MASCULINO		11 Día 23 12 Mes OCTUBRE 13 Año 1.984
LUGAR DE NACIMIENTO	14 País	15 Departamento, Int., o Com.	16 Municipio
	COLOMBIA	NARIÑO	EL CHARCO

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento	18 Hora
	EL CHARCO HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS	11pm
	19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq, etc.)	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento
		CARLOS ECHANDIA
MADRE	22 Apellidos (de soltera)	23 Nombres
	PEREA OBREGON	MARIA HELENA
	25 Identificación (clase y número)	26 Nacionalidad
	c.c.# 27.258.321 EL CHARCO	COLOMBIA
	28 Apellidos	29 Nombres
	BONILLA POSSO	GUILLERMO
	31 Identificación (clase y número)	32 Nacionalidad
	c.c.# 13.104.007 EL CHARCO	COLOMBIA
		33 Profesión u oficio
		PESCADOR
	34 Identificación (clase y número)	35 Firma (autógrafa)
	C.C.# 13.104.007 EL CHARCO	Guillermo Bonilla P.
	36 Dirección postal	37 Nombre
	EL CHARCO	GUILLERMO BONILLA POSSO
	38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
	C.C.# 13.104.392 EL CHARCO	Francisco Olave Guerrero
	40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
	EL CHARCO	FRANCISCO OLAVE GUERRERO
	42 Identificación (clase y número)	43 Firma (autógrafa)
	C.C. 27.256.903 EL CHARCO	
	44 Domicilio (Municipio)	45 Nombre
	EL CHARCO	MARIA DEL ROCIO S D GONGORA
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	
46 Día 6 47 Mes DICIEMBRE 48 Año 1.984		

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO NOTARIAL  
DE EL CHARCO (NARIÑO)  
REGISTRO CIVIL



El suscrito Notario da fe de que la presente  
Fotocopia es fiel copia del original, que se  
encuentra en los registros civiles de esta Notaria.

FRANCISCO OLAVE GUERRERO  
Notario Unico del Círculo de El Charco (Nariño)

14 DIC 2020



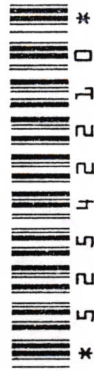


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1111555904

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52542210



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 19	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código 7600100019	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA		VALLE DEL CAUCA		SANTIAGO DE CALI			

Datos del inscrito			
Primer Apellido BONILLA		Segundo Apellido TOLOZA	
Nombre(s) JOSE MANUEL			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2012	Mes 01	Día 24	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA		VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE	11736342-7

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos TOLOZA ESTUPIÑAN LIDEISY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 59.165.337 DE EL CHARCO	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos BONILLA PEREA JOSE LEOMAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 14.638.326 DE CALI	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos BONILLA PEREA JOSE LEOMAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 14.638.326 DE CALI	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos = = = =	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
= = = =	

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos = = = =	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
= = = =	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes 00 Día 14	DR. ALFONSO RUIZ RAMIREZ
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
ENMENDADO: AÑO "2012" SI VALE.	



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -





Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

6203087

81 07 17

OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) Notaria Unica	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría Buenosaires Cauca.	5 Código
------------------------------	--	---	----------

## SECCION GENERICA

INSCRITO	6 Primer apellido LUCUMI	7 Segundo apellido LUCUMI	8 Nombres LUZ LIBIA			
SEXO	9 Masculino o Femenino FEMENINO	10 Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	11 Día 17	12 Mes julio	13 Año 1.981
LUGAR DE NACI- MIENTO	14 País Colombia	15 Departamento, Int., o Com. Cauca	16 Municipio Buenosaires			

## SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACI- MIENTO	17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento La Toma	18 Hora 4 Am	
	19 Documento presentado--Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento	21 No. licencia
MADRE	22 Apellidos (de soltera) Lucumi	23 Nombres Mariela	24 Edad (años) 22
	25 Identificación (clase y número) CC No. 34.500.572 de B./aires	26 Nacionalidad Colombiana	27 Profesión u oficio Hogar.
PADRE	28 Apellidos Lucumí Carabalí	29 Nombres Iber	30 Edad (años) 21
	31 Identificación (clase y número) CC No. 10.471.434 de B.aires	32 Nacionalidad Colombiano	33 Profesión u oficio Agricultor.

DENUN- CIANTE	34 Identificación (clase y número) CC No. 10.4 71.434 de B.aires	35 Firma (autógrafa) Iber Lucumi Carabalí
	36 Dirección postal La Toma	37 Nombre: Iber Lucumi
TESTIGO	38 Identificación (clase y número) Cc No. 4.636.909 de B.aires	39 Firma (autógrafa)
	40 Domicilio (Municipio) Pob Buenosaires	41 Nombre: César Julio Serría
TESTIGO	42 Identificación (clase y número) CC No. 25.61 3 0 de Piondema	43 Firma (autógrafa)
	44 Domicilio (Municipio) La Toma	45 Nombre: Ilda Miriam Lucumi
FECHA DE INSCRIP- CION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	49 Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro
46 Día 16	47 Mes agosto	48 Año 1.981.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 - 0 VI/77



VACIDO PARA TRAMITES LEGALES

ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECAÁNICA ES FIEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍAOLGA PATRICIA BENAVIDES MENDEZ  
REGISTRADORA DEL ESTADO CIVIL



en cuya constancia firmo.

Iber Lucumi Garabali

Firma del padre que hace el reconocimiento

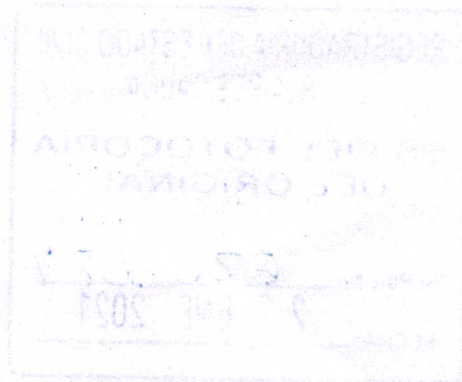
60

Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

61 NOTAS

La inscrita es hija natural

ESPACIO EN BLANCO





NUIP 1105389428

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial 53392938

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 09 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T2Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 9a COLOMBIA VALLE CALI . . . . .

Datos del inscrito

Primer Apellido BONILLA Segundo Apellido LUCUMI  
Nombre(s) JOAQUIN  
Fecha de nacimiento Año 2014 Mes ABR Día 12 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo .O. Factor RH POSITIVO  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA VALLE CALI . . . . .

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 12522321-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos LUCUMI LUCUMI LUZ LIBIA  
Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 66.873.641 ROLDANILLO. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos BONILLA PEREA JOSE LEOMAR  
Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 14638326 CALI Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BONILLA PEREA JOSE LEOMAR  
Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 14638326 CALI Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos  
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos  
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2014 Mes ABR Día 16 Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA  
Firma cc. 14.638.326

LIBRO VARIOS 110 FOLIO 169/2014 ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR (CANAMERICANA) FORMAS E IMPRESOS S.A. TUT 800 175 437-5 TEL. 424 2010

LA SUSCRITA NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI,  
CERTIFICA QUE: EL PRESENTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL  
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A  
SOLICITUD DEL INTERESADO PARA: FINES LEGALES.

02 MAR 2021  
NOTARIA ENCARGADA  
FIRMA BAJO RESOLUCIÓN  
# 1731/2021

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA  
NOTARIA NOVENA ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI







ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1105389429

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 53392939

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	09	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	T2Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía													
NOTARIA 9a COLOMBIA VALLE CALI . . . . .													

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
BONILLA . . . . .		LUCUMI . . . . .	
Nombre(s)			
ANTONIO . . . . .			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2014	Mes	ABR
Día	12	MASCULINO . . .	O . . . POSITIVO. . .
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA VALLE CALI . . . . .			

CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE VIVO

Número certificado de nacido vivo  
12522320-4. . .

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
LUCUMI LUCUMI LUZ LIBIA . . . . .	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C.# 66.873.641	ROLDANILLO. . . . .
Nacionalidad	
COLOMBIANA. . . . .	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
BONILLA PEREA JOSE LEOMAR . . . . .	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C.# 14638326	CALI . . . . .
Nacionalidad	
COLOMBIANA. . . . .	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
BONILLA PEREA JOSE LEOMAR . . . . .	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C.# 14638326	CALI . . . . .
Firma	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
. . . . .	
Documento de identificación (Clase y número)	
. . . . .	
Firma	
. . . . .	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
. . . . .	
Documento de identificación (Clase y número)	
. . . . .	
Firma	
. . . . .	

Fecha de inscripción

Año	2014	Mes	ABR	Día	16
-----	------	-----	-----	-----	----

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA  
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

cc. 14.638.326  
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA . . .  
Nombre y firma

LIBRO VARIOS 110 FOLIOS 184/2014

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR: (FAX/ALFABETICADO) FORMAS E IMPRESOS S.A. INT. 606.175.457-9 TEL. 433.0110

2 MAR 2021

NOTARIA ENCARGADA  
FIRMA BAJO RESOLUCIÓN  
# 1731 / 2021

LA SUSCRITA NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI,  
CERTIFICA QUE: EL PRESENTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL  
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A  
SOLICITUD DEL INTERESADO PARA: FINES LEGALES.

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

MARIA CECILIA ALVAREZ PEREIRA  
NOTARIA NOVENA ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI





Señor

**JUEZ ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO)**

Cali (Valle)

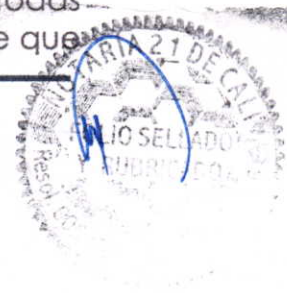
**REFERENCIA: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**

**DEMANDANTES: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA Y OTROS**

**DEMANDADOS: NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI – ALCALDIA MUCIPAL**

**SALMA PAMELA BONILLA PEREA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.089.802.725 de El Charco (Nariño), actuando en nombre propio y en condición de Hermana del Afectado Directo, por medio del presente escrito manifestamos que conferimos **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a los Doctores **PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 4'252.333 expedida en Soatá (Boyacá), y Tarjeta Profesional N° 120.928 del Consejo Superior de la Judicatura, y **LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**, identificado con cedula de ciudadanía N° 16'228.389 expedida en Cartago (Valle), y Tarjeta Profesional N° 195.976 del Consejo Superior de la Judicatura, quienes actuarán como Principal y Suplente respectivamente, para que en mi nombre y representación presenten y lleven hasta su terminación **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** (artículo 140 de la Ley 1437 de 2011), en contra de la en contra de la **NACIÓN – ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI**, representada legalmente por el Doctor **JORGE IVAN OSPINA**, Alcalde Municipal; y/o quienes hagan sus veces y los representen ante los estrados judiciales, a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios Morales, Materiales e Inmateriales, como daños a la Salud y/o Vida de Relación, como consecuencia de las lesiones que sufrió mi hermano en accidente de tránsito ocurrido el 03 de agosto de 2018, en momentos que conducía su motocicleta de placas KTQ-11C, se fue a una cavidad que existía en la carrera 86 con calle 45, Barrio Valle del Lili, de la Ciudad de Cali, produciéndole varias lesiones en el cuerpo.

Nuestros apoderados quedan investidos de las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, en especial, de la de Conciliar, cobrar, recibir dinero en efectivo o por transferencia, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y, en general, de todas aquellas que tiendan al buen cumplimiento de su gestión, a fin de que





en ningún caso y por ninguna circunstancia se consideren insuficientes para realizar todos los actos que este mandato concede para la representación oportuna y eficaz de mis intereses en la reclamación de la referencia.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados para los fines y efectos del presente mandato.

Atentamente,

**SALMA PAMELA BONILLA PEREA**

C.C. N° 1.089.802.725 de El Charco (Nariño)

*Salma Bonilla Perea*

Aceptamos,

**PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**

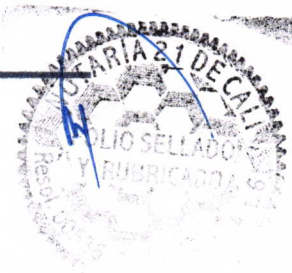
C.C. N° 4'252.333 de Soatá (Boyacá)

T.P. N° 120.928 de C. S. de la J.

**LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**

C.C. N° 16'228.389 de Cartago (Valle)

T.P. N° 195.976 del C. S. de la J.







**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO**  
**Artículo 68 Decreto Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015**



539303

En la ciudad de Cali, Departamento de Valle, República de Colombia, el primero (1) de febrero de dos mil veintiuno (2021), en la Notaría Veintiuna (21) del Círculo de Cali, compareció: SALMA PAMELA BONILLA PEREA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1089802725 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Salma Bonilla*

----- Firma autógrafa -----



v3m309xepmrn  
01/02/2021 - 10:55:46



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

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

Este folio se asocia al documento, sobre: PODER AMPLIO Y SUFICIENTE.

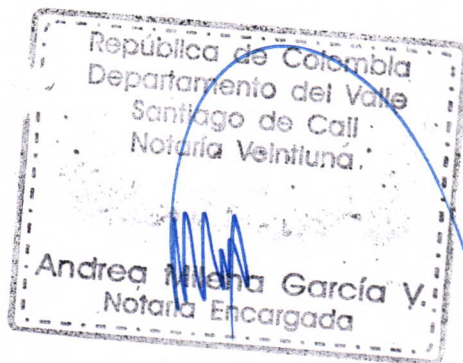


ANDREA MILENA GARCIA VASQUEZ

Notario Veintiuna (21) del Círculo de Cali, Departamento de Valle - Encargado

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)

Número Único de Transacción: v3m309xepmrn





ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

14-12-2023



REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL



REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

24125287

1	Parte básica	2	Parte compl.
9 6 0 3 1 7			

OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.) <b>REGISTRADURIA MPAL DEL ESTADO CIVIL</b>	4 Municipio y Departamento <b>EL CHARCO - NARIÑO</b>	5 Código <b>4404</b>
------------------------------	--	---	-------------------------

SECCION GENERICA

INSCRIPTO	6 Primer apellido <b>BONILLA</b>	7 Segundo apellido <b>PEREA</b>	8 Nombres <b>Salma Pamela</b>
SEXO	9 ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO <b>FEMENINO</b>		10 Día <b>17</b>
			11 Mes <b>Marzo</b>
			12 Año <b>1.996</b>
LUGAR DE NACI- MIENTO	13 País <b>COLOMBIA</b>	14 Departamento <b>NARIÑO</b>	15 Municipio <b>E 1 Charco</b>

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACI- MIENTO	16 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento <b>CASA DE HABITACION</b>	17 Hora <b>8: P.M.</b>
	18 Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.) <b>DOS TESTIGOS</b>	19 Nombre del profesional que certificó el nacimiento <b>EMERITA SINISTERRA</b>
MADRE	21 Apellidos (de soltera) <b>PEREA OBREGON</b>	22 Nombres <b>Maria Helena</b>
	24 Identificación (clase y número) <b>C.C.# 27.258.322 El Charco - Nariño</b>	23 Edad al momento del parto <b>33 Años</b>
PADRE	25 Nacionalidad <b>COLOMBIANA</b>	26 Profesión u oficio <b>DOCENTE</b>
	27 Apellidos <b>BONILLA POSSO</b>	28 Nombres <b>Guillermo</b>
	30 Identificación (clase y número) <b>C.C.# 13.104.007 El Charco - Nariño</b>	29 Edad al momento del nacimiento <b>35 Años</b>
	31 Nacionalidad <b>COLOMBIANA</b>	32 Profesión u oficio <b>PESCADOR</b>

DENUN- CIANTE	33 Identificación (clase y número) <b>C.C.# 13.104.007 El Charco - Nariño</b>	34 Firma (autógrafa) <b>Guillermo Bonilla POSSO</b>
	35 Dirección postal <b>VEREDA - VILLA</b>	36 Nombre: <b>GUILLERMO BONILLA POSSO</b>
TESTIGO	37 Identificación (clase y número) <b>C.C.# 27.258.328 El Charco - Nariño</b>	38 Firma (autógrafa) <b>Juana Paz</b>
	39 Domicilio (Municipio) <b>CALLE EL COMERCIO</b>	40 Nombre: <b>JUANA PAZ GONGORA</b>
TESTIGO	41 Identificación (clase y número) <b>C.C.# 27.258.815 El Charco - Nariño</b>	42 Firma (autógrafa) <b>Melba Gongora</b>
	43 Domicilio (Municipio) <b>CALLE EL COMERCIO</b>	44 Nombre: <b>MELBA GONGORASSINISTERRA</b>
FECHA DE INSCRIP- CION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	
45 Día <b>23</b>	46 Mes <b>Agosto</b>	47 Año <b>1.996</b>

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

48 Nombre del funcionario ante quien se hace el registro  
Forma DANE IP14-0 VI/77



Señor

**JUEZ ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO)**

Cali (Valle)

**REFERENCIA: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**

**DEMANDANTES: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA Y OTROS**

**DEMANDADOS: NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE  
CALI – ALCALDIA MUCIPAL**

**YARLY XILENA BONILLA PEREA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.144.138.712 de Cali (Valle), actuando en nombre propio y en condición de Hermana del Afectado Directo, por medio del presente escrito manifestamos que conferimos **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a los Doctores **PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 4'252.333 expedida en Soatá (Boyacá), y Tarjeta Profesional N° 120.928 del Consejo Superior de la Judicatura, y **LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**, identificado con cedula de ciudadanía N° 16'228.389 expedida en Cartago (Valle), y Tarjeta Profesional N° 195.976 del Consejo Superior de la Judicatura, quienes actuarán como Principal y Suplente respectivamente, para que en mi nombre y representación presenten y lleven hasta su terminación **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** (artículo 140 de la Ley 1437 de 2011), en contra de la en contra de la **NACIÓN – ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI**, representada legalmente por el Doctor **JORGE IVAN OSPINA**, Alcalde Municipal; y/o quienes hagan sus veces y los representen ante los estrados judiciales, a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios Morales, Materiales e Inmateriales, como daños a la Salud y/o Vida de Relación, como consecuencia de las lesiones que sufrió mi hermano en accidente de tránsito ocurrido el 03 de agosto de 2018, en momentos que conducía su motocicleta de placas KTQ-11C, se fue a una cavidad que existía en la carrera 86 con calle 45, Barrio Valle del Lili, de la Ciudad de Cali, produciéndole varias lesiones en el cuerpo.

Nuestros apoderados quedan investidos de las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, en especial, de la de Conciliar, cobrar, recibir dinero en efectivo o por transferencia, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y, en general, de todas aquellas que tiendan al buen cumplimiento de su gestión, a fin de que en ningún caso y por ninguna circunstancia se consideren insuficientes para realizar todos los actos que este mandato concede para la







**BONILLA &  
GUERRERO**  
Abogados

representación oportuna y eficaz de mis intereses en la reclamación de la referencia.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados para los fines y efectos del presente mandato.

Atentamente,

**Yarly Xilena Bonilla Perea**

**YARLY XILENA BONILLA PEREA**

C.C. No 1.144.138.712 de Cali (Valle)

Aceptamos,

**PEDRO NEL BONILLA MELENDEZ**

C.C. No 4'252.333 de Soatá (Boyacá)

T.P. No 120.928 de C. S. de la J.

**LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**

C.C. No 16'228.389 de Cartago (Valle)

T.P. No 195.976 del C. S. de la J.





## DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



1962

En la ciudad de El Charco, Departamento de Nariño, República de Colombia, el catorce (14) de diciembre de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de El Charco, compareció:

YARLY XILENA BONILLA PEREA, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1144138712, presentó el documento dirigido a JUEZ ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO) y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.



Yarly Xilena Bonilla Perea

----- Firma autógrafa -----

8d7acooaaajnf

14/12/2020 - 11:43:52:068

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

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



**FRANCISCO OLAVE GUERRERO**  
Notario Único del Círculo de El Charco

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)

Número Único de Transacción: 8d7acooaaajnf



# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NIP

① Parte básica	② Parte compl.
89-02-22	

27896465

## SECCION GENERICA

④ Consulado, notaría, Registraduría del Estado Civil, Inspección, corregimiento <b>NOTARIA UNICA</b>		⑤ Departamento, municipio, Inspección, corregimiento <b>EL CHARCO</b>		⑥ Código <b>4405</b>
⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)				
Primer apellido <b>BONILLA</b>	Segundo apellido <b>PEREA</b>	Nombre(s) <b>YARLY XIMENA</b>		
⑧ SEXO		⑨ FECHA DE NACIMIENTO		
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		Año <b>1 98 9</b> Mes <b>0 2</b> Día <b>2 2</b>		
⑩ LUGAR DE NACIMIENTO				
País <b>COLOMBIA</b>	Departamento <b>VARINO</b>	Municipio <b>EL CHARCO</b>	Inspección o corregimiento <b>Municipio</b>	

## SECCION ESPECIFICA

⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento <b>CASA DE LOS PADRES</b>		⑫ Hora <b>0 8</b> Minutos <input type="checkbox"/>	⑬ Tipo sanguíneo
		AM <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Grupo <input type="checkbox"/> R.H. <input type="checkbox"/>
⑭ Documento antecedente presentado (certificado de nacido vivo número, documento auténtico, acta religiosa) <b>TESTIGOS</b>		⑮ Nombre de quien expide el certificado <b>DALIA BONILLA</b>	
⑯ Documento de identificación (clase y número) <b>27.258.322 Charco</b>		⑰ Nacionalidad(es) <b>COLOMBIANA</b>	
⑱ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de soltera)		⑲ Edad al momento del parto	
Primer apellido <b>PEREA</b>	Segundo apellido <b>OBREGON</b>	Nombre(s) <b>MARIA ELENA</b>	
		<b>2 5</b> Años	
⑳ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE		㉑ Edad al momento del nacimiento	
Primer apellido <b>BONILLA</b>	Segundo apellido <b>POSSO</b>	Nombre(s) <b>GUILLERMO</b>	
		<b>3 5</b> Años	
㉒ Documento de identificación (clase y número) <b>13.104.007 Charco</b>		㉓ Nacionalidad(es) <b>Colombiano</b>	
		㉔ Dirección domicilio <b>El Charco</b>	

Apellido(s) y nombre(s) <b>Guillermo Bonilla Posso</b>		Domicilio (dirección o municipio) <b>El Charco</b>	
Documento de identificación (clase y No.) <b>13.104.007 Charco</b>		Firma <i>Guillermo Bonilla p.</i>	
Apellido(s) y nombre(s) <b>Jorge A. Gongora r.</b>		Domicilio (dirección o municipio) <b>El Charco</b>	
Documento de identificación (clase y No.) <b>13.103.075 del Charco</b>		Firma <i>[Firma]</i>	
Apellido(s) y nombre(s) <b>Gloria Marina Santana</b>		Domicilio (dirección o municipio) <b>El Charco</b>	
Documento de identificación (clase y No.) <b>27.2572.262 del Charco</b>		Firma <i>[Firma]</i>	
<p>② Nombre del funcionario que autoriza el registro <b>NESTOR GONGORA R.</b></p> <p>Año <b>1 9 9 8</b> Mes <b>0 8</b> Día <b>2 7</b></p>			

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL





NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO NOTARIAL  
DE EL CHARCO (NARIÑO)

REGISTRO CIVIL



El suscrito Notario da fe de que la presente  
fotocopia es fiel copia del original, que se  
encuentra en los registros civiles de esta Notaría.

FRANCISCO OLAVE GUERRERO  
Notario Único del Círculo de El Charco (Nariño)

14 DIC 2020



EN BLANCO

EN BLANCO



Señor

**JUEZ ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO)**

Cali (Valle)

**REFERENCIA: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**

**DEMANDANTES: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA Y OTROS**

**DEMANDADOS: NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI – ALCALDIA MUCIPAL**

**JHUNIOR BONILLA PEREA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.089.800.693 de El Charco (Nariño), actuando en nombre propio y en condición de Hermano del Afectado Directo, por medio del presente escrito manifestamos que conferimos **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a los Doctores **PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 4'252.333 expedida en Soatá (Boyacá), y Tarjeta Profesional N° 120.928 del Consejo Superior de la Judicatura, y **LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**, identificado con cedula de ciudadanía N° 16'228.389 expedida en Cartago (Valle), y Tarjeta Profesional N° 195.976 del Consejo Superior de la Judicatura, quienes actuarán como Principal y Suplente respectivamente, para que en mi nombre y representación presenten y lleven hasta su terminación **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** (artículo 140 de la Ley 1437 de 2011), en contra de la en contra de la **NACIÓN – ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI**, representada legalmente por el Doctor **JORGE IVAN OSPINA**, Alcalde Municipal; y/o quienes hagan sus veces y los representen ante los estrados judiciales, a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios Morales, Materiales e Inmateriales, como daños a la Salud y/o Vida de Relación, como consecuencia de las lesiones que sufrió mi hermano en accidente de tránsito ocurrido el 03 de agosto de 2018, en momentos que conducía su motocicleta de placas KTQ-11C, se fue a una cavidad que existía en la carrera 86 con calle 45, Barrio Valle del Lili, de la Ciudad de Cali, produciéndole varias lesiones en el cuerpo.

Nuestros apoderados quedan investidos de las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, en especial, de la de Conciliar, cobrar, recibir dinero en efectivo o por transferencia, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y, en general, de todas aquellas que tiendan al buen cumplimiento de su gestión, a fin de que en ningún caso y por ninguna circunstancia se consideren insuficientes para realizar todos los actos que este mandato concede para la



representación oportuna y eficaz de mis intereses en la reclamación de la referencia.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados para los fines y efectos del presente mandato.

Atentamente,

*JHunior Bonilla Perea*

**JHUNIOR BONILLA PEREA**

C.C. No 1.089.800.693 de El Charco (Nariño)

Aceptamos,



**PEDRO NEL BONILLA MELENDEZ**

C.C. No 4'252.333 de Soatá (Boyacá)

T.P. No 120.928 de C. S. de la J.



**LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**

C.C. No 16'228.389 de Cartago (Valle)

T.P. No 195.976 del C. S. de la J.

**NOTARIA ÚNICA DEL CÍRCULO NOTARIAL  
DE EL CHARCO (NARIÑO)**

**DILIGENCIAMIENTO DE RECONOCIMIENTO**

El Artículo 8º del Decreto 2146 de 1988 ante  
la Notaría Única del Charco (Nariño)

Compareció: JHUNIOR BONILLA . P.  
C.C. No 1.089.800.693 Residencia en EL CHARCO  
y declara que la firma y los datos que aparecen en el presente  
documento son suyos y que el contenido del mismo es cierto

Declarante JHunior Bonilla Perea  
Fecha 14 DIC 2020

Autorizo el anterior reconocimiento

**FRANCISCO OLAVE GUERRERO**  
Notario Único de El Charco (Nariño)

**FRANCISCO OLAVE GUERRERO**  
NOTARIO  
Notaría Única El Charco



CODIGOS DE LOS MESES	MAYO 05 SEPT. 09	JUNIO 06 OCTUBRE 10	JULIO 07 NOV. 11	AGOSTO 08 DIC. 12
-------------------------	---------------------	------------------------	---------------------	----------------------

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

1 Parte basica	2 Parte comp
91-02-09	

20469837

OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaria, Alcaldía, Corregiduría, etc.) Notaria Unica	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría El Charco	5 Código 4405
------------------------------	--	--	------------------

SECCION GENERAL

INSCRITO	6 Primer apellido Bonilla	7 Segundo apellido Obregón Perea	8 Nombres Jhonor
SEXO	9 Masculino o Femenino Masculino	10 <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
	11 Día 9	12 Mes Febrero	13 Año 1.991
LUGAR DE NACIMIENTO	14 País Colombia	15 Departamento, Int. o Com. Nariño	16 Municipio El Charco

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento Casa de los Padres	18 Hora 3.P.M.
	19 Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.) Testigos.	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento Ubaldina Hurtado
MADRE	22 Apellidos (de soltera) Perea Obregón	23 Nombres Maria Elena
	24 Edad actual 31.	
	25 Identificación (clase y número) 27.258.322 del Charco.	26 Nacionalidad Colombiana
	27 Profesión u oficio ama de casa	
PADRE	28 Apellidos Bonilla Posso	29 Nombres Guillermo
	30 Edad actual 32.	
	31 Identificación (clase y número) 13.104.007 del Charco	32 Nacionalidad Colombiano
	33 Profesión u oficio Agricultor.	

UN- FE	34 Identificación (clase y número) 13.104.007 del Charco.	35 Firma (autógrafa) Guillermo Bonilla
	36 Dirección postal y municipio El Charco	37 Nombre: Guillermo Bonilla
TESTIGO	38 Identificación (clase y número) 13.103.075 del Charco.	39 Firma (autógrafa)
	40 Domicilio (Municipio) El Charco	41 Nombre: Jorge A. Góngora
TESTIGO	42 Identificación (clase y número) 13.104.102 del Charco.	43 Firma (autógrafa)
	44 Domicilio (Municipio) El Charco	45 Nombre: Aracely
FECHA DE INSCRIPCIÓN	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)	
46 Día 30	47 Mes Julio	48 Año 1994

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO NOTARIAL  
DE EL CHARCO (NARIÑO)  
REGISTRO CIVIL



El suscrito Notario da fe de que la presente  
fotocopia es fiel copia del original, que se  
encuentra en los registros civiles de esta Notaria.

FRANCISCO OLAVE GUERRERO  
Notario Único del Circulo de El Charco (Nariño)

14 DIC 2020







**BONILLA &  
GUERRERO**  
Abogados

Señor,

**JUEZ ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO)**

Cali (Valle)

**REFERENCIA: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**

**DEMANDANTES: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA Y OTROS**

**DEMANDADOS: NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI – ALCALDIA MUCIPAL**

**MARIA ELENA PEREA OBREGON**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 27.258.322 de El Charco (Nariño), actuando en nombre propio y en condición de Madre del Afectado Directo, por medio del presente escrito manifestamos que conferimos **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a los Doctores **PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 4'252.333 expedida en Soatá (Boyacá), y Tarjeta Profesional N° 120.928 del Consejo Superior de la Judicatura, y **LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**, identificado con cedula de ciudadanía N° 16'228.389 expedida en Cartago (Valle), y Tarjeta Profesional N° 195.976 del Consejo Superior de la Judicatura, quienes actuarán como Principal y Suplente respectivamente, para que en mi nombre y representación presenten y lleven hasta su terminación **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA** (artículo 140 de la Ley 1437 de 2011), en contra de la en contra de la **NACIÓN – ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI**, representada legalmente por el Doctor **JORGE IVAN OSPINA**, Alcalde Municipal; y/o quienes hagan sus veces y los representen ante los estrados judiciales, a fin de obtener el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios Morales, Materiales e Inmateriales, como daños a la Salud y/o Vida de Relación, como consecuencia de las lesiones que sufrió mi hijo; en accidente de tránsito ocurrido el 03 de agosto de 2018, en momentos que conducía su motocicleta de placas KTQ-11C, se fue a una cavidad que existía en la carrera 86 con calle 45, Barrio Valle del Lili, de la Ciudad de Cali, produciéndole varias lesiones en el cuerpo.

Nuestros apoderados quedan investidos de las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso y, en especial, de la de Conciliar, cobrar, recibir dinero en efectivo o por transferencia, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y, en general, de todas aquellas que tiendan al buen cumplimiento de su gestión, a fin de que en ningún caso y por ninguna circunstancia se consideren insuficientes para realizar todos los actos que este mandato concede para la







DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL



1965

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015

En la ciudad de El Charco, Departamento de Nariño, República de Colombia, el catorce (14) de diciembre de dos mil veinte (2020), en la Notaría Única del Círculo de El Charco, compareció:

MARIA ELENA PEREA OBREGON, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #0027258322, presentó el documento dirigido a JUEZ ADMINISTRATIVOS DE ORALIDAD DE CALI (REPARTO) y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.



63j3r4vxzmbt  
14/12/2020 - 11:57:54:596

Maria Elena Perea Obregon  
----- Firma autógrafa -----

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

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



FRANCISCO OLAVE GUERRERO  
Notario Único del Círculo de El Charco

Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
Número Único de Transacción: 63j3r4vxzmbt





representación oportuna y eficaz de mis intereses en la reclamación de la referencia.

Sírvase señor Juez reconocer personería a mis apoderados para los fines y efectos del presente mandato.

Atentamente,

*Maria Elena Perea O.*

**MARIA ELENA PEREA OBREGON**

C.C. N° 27.258.322 de El Charco (Nariño)

Aceptamos,

**PEDRO NEL BONILLA MELÉNDEZ**

C.C. N° 4'252.333 de Soatá (Boyacá)

T.P. N° 120.928 de C. S. de la J.

**LUIS FERNANDO GUERRERO CIFUENTES**

C.C. N° 16'228.389 de Cartago (Valle)

T.P. N° 195.976 del C. S. de la J.







REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



26

NUIP	27.258.322...
------	---------------

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

59293555

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	<input checked="" type="checkbox"/>	Notaría	<input type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	M	Z	B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
REGISTRADURIA DE EL CHARCO - COLOMBIA - NARIÑO - EL CHARCO.....															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
PEREA.....								OBREGON.....							
Nombre(s)															
MARIA ELENA.....															
Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	1	9	6	3	Mes	A	B	R	Día	1	1	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO.....	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA NARIÑO EL CHARCO.....															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CEDULA DE CIUDADANIA.....	0027258322.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
OBREGON PORTOCARRERO AIDA MARIA.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION.....	COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
PEREA ORTIZ JOSE.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PEREA OBREGON MARIA ELENA.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 27.258.322.....	M <sup>e</sup> Elena Pereaob

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....


Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M A Y Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 8	JAIME ALIRIO ROSERO ARGOTY - REGI
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA	
14-12-2023	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARIA DE MOVILIDAD	<b>SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS</b> <b>SGC-MECI-SISTEDA</b>	MMCS03.03.01.18P14.F03	
	ENTREVISTA PREVIA Y DECLARACION DE LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA MEDICIÓN INDIRECTA DE ALCOHOLEMIA A TRAVÉS DE AIRE ESPIRADO	VERSIÓN	1
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	05/Feb/2016

ALCOHOLIMETRO: MARCA \_\_\_\_\_ MODELO \_\_\_\_\_ No. DE SERIE 10400784  
 SITIO DE LA PRUEBA CLINICA Colombia FECHA 03/08/2016 HORA: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE LA PRUEBA: OPERATIVO ☐ ACCIDENTE DE TRANSITO ☒ OTRO ☐ Cual? \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL EXAMINADO JOSE LEONAR BONILLA PEREA SEXO M ☒ F ☐  
 No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD 14638326 EDAD KTQ11C  
 CONDICIÓN: CICLISTA ☐ PEATON ☐ CONDUCTOR ☒ OTRO ☐ Cual? \_\_\_\_\_ PLACA DEL VEHICULO 33

Señor Operador: Antes de efectuar la prueba formule claramente las siguientes preguntas a la persona a examinar señalando en el cuadro correspondiente la respuesta, de ser positiva alguna o algunas de las respuestas espere 15 minutos para realizar la medición

### CUESTIONARIO

1. Tiene algún objeto dentro de su boca que le impida soplar?  
 (como dulce, chicles, palillos, etc.)

SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐  
 NO RESPONDE ☐

2. Ha ingerido licor, en los últimos 15 minutos?

SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐  
 NO RESPONDE ☐

3. Ha fumado, en los últimos 15 minutos?

SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐  
 NO RESPONDE ☐

4. Ha utilizado aerosoles o enjuagues  
 bucales, en los últimos 15 minutos?

SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐  
 NO RESPONDE ☐

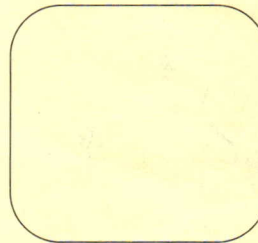
5. Ha vomitado o eructado en los últimos 15 minutos?

SI ☐ NO ☒ NO SABE ☐  
 NO RESPONDE ☐

HUELLA DACTILAR DEL EXAMINADO

Índice Derecho SI ☒ NO ☐

Cual? \_\_\_\_\_



Firma del Examinado y/o Representante Legal:

Firma de Testigo:

Se ha informado al conductor de forma precisa y clara; "(I) la naturaleza y objeto de la prueba, (II) el tipo de pruebas disponibles, las diferencias entre ellas y la forma de controvertirlas, (III) los efectos que se desprenden de su realización, (IV) las consecuencias que se siguen de la decisión de no permitir su práctica, (IV) el trámite administrativo que debe surtir con posterioridad a la práctica de la prueba o a la decisión de no someterse a ella, (V) las posibilidades de participar y defenderse en el proceso administrativo que se inicia con la orden de comparendo y todas las demás circunstancias que aseguren completa información por parte del conductor requerido, antes de asumir una determinada conducta al respecto"

Si ☒ No ☐ No aplica ☐

El resultado de la Alcoholemia presentado fue obtenido por un operador que cumple con los requisitos de competencia para llevar a cabo la determinación indirecta de Alcoholemia; la calibración del alcohosensor se encuentra vigente en el momento de realizar el análisis; se usaron los procedimientos indicados en la "Guía para la medición indirecta a través de aire espirado" (resolución 1844 del 2015-12-18 expedida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses) acatando las Instrucciones del fabricante para el uso del equipo.

Nombre del solicitante de la prueba:

JOHN HERNANDEZ ID: 532

Firma del solicitante de la prueba:

Observaciones:

Valor primera medición. 0.00 g/L= \_\_\_\_\_ mg/100ml.

Valor segunda medición. \_\_\_\_\_ g/L= \_\_\_\_\_ mg/100ml.

No. consecutivo 01154 No. consecutivo \_\_\_\_\_

Primera medición \_\_\_\_\_ Segunda medición \_\_\_\_\_

CONCLUSIÓN: NEGATIVO ☒ ALCOHOLEMIA \_\_\_\_\_

Comprendo No. \_\_\_\_\_

(Operador: recuerde anexar copia del comparendo, al realizar conforme a las normas legales vigentes)

Nombre del Operador: PAULO A. RODRIGUEZ

Cedula de Ciudadanía del Operador: 87941423

Firma del Operador: \_\_\_\_\_



1. ORGANISMO DE TRÁNSITO 7 6 0 0 1 0 0 0

SECRETARÍA DE MOVILIDAD DE SANTIAGO DE CALI

2. GRAVEDAD  
CON MUERTOS ☐ CON HERIDOS ☒ SOLO DAÑOS ☐



3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS

CÓDIGO DE RUTA VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat. Long.

3.1 LOCALIDAD O COMUNA 22

4. FECHA Y HORA

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA  
FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE ☐ CAÍDA OCUPANTE ☐  
ATROPELLO ☐ INCENDIO ☐  
VOLCAMIENTO ☒ OTRO ☐

5.1 CHOQUE CON

VEHÍCULO ☐ TREN ☐ SEMOVIENTE ☐ OBJETO FIJO ☐

5.2 OBJETO FIJO

MURO ☐ POSTE ☐ ARBOL ☐ BARANDA ☐  
SEMAFORO ☐ INMUEBLE ☐ HIDRANTE ☐ VALLA SEÑAL ☐  
TARIMA CASETA ☐ VEHICULO ESTACIONADO ☐ OTRO ☐

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1 ÁREA 6.2 SECTOR 6.3 ZONA 6.4 DISEÑO 6.5 CONDICIÓN CLIMÁTICA

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1 GEOMETRICAS 7.2 UTILIZACIÓN 7.3 CALZADAS 7.4 CARRILES 7.5 SUPERFICIE DE RODADURA 7.6 ESTADO 7.7 CONDICIONES 7.8 ILUMINACIÓN ARTIFICIAL 7.9 CONTROLES DE TRÁNSITO 8. SEÑALES HORIZONTALES 8.1 DELINEADOR DE PISO 8.2 VISIBILIDAD

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR 8.2 VEHICULO 8.3 CLASE VEHICULO 8.4 CLASE SERVICIO 8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE 8.6 RADIO DE ACCIÓN 8.7 FALLAS EN 8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO

8.3 CLASE VEHICULO 8.4 CLASE SERVICIO 8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE 8.6 RADIO DE ACCIÓN 8.7 FALLAS EN 8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO

PROPIETARIO

8.3 CLASE VEHICULO 8.4 CLASE SERVICIO 8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE 8.6 RADIO DE ACCIÓN 8.7 FALLAS EN 8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO

8.7 FALLAS EN 8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO



8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

VEHÍCULO 2

8.1 CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	GRAVEDAD
								DÍA MES AÑO			M F	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD		TELÉFONO		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
								AUTORIZO <input type="checkbox"/> EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>		
								POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>				
PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORIA	RESTRICCIÓN	EXP. <input type="checkbox"/>	VEN <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DE TRÁNSITO			CHALECO	CASCO	CINTURÓN
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					DÍA	MES	AÑO			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				DESCRIPCIÓN DE LESIONES								

8.2 VEHÍCULO

PLACA	PLACA REMOLQUE / SEM	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON.	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANS No.
		COLOMBIANO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>								
EMPRESA			MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN:					TARJETA DE REGISTRO No.	
NIT.			A DISPOSICIÓN DE:							
REV. TEC. MEC <input type="checkbox"/> No.			CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:							
PORTA SOAT <input type="checkbox"/> PÓLIZA No.			ASEGURADORA					VENCIMIENTO		
								DÍA MES AÑO		
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			VENCIMIENTO		
No.			ASEGURADORA		DÍA MES AÑO		No. ASEGURADORA DÍA MES AÑO			

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

8.3 CLASE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/>	M. AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>
BUS <input type="checkbox"/>	M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>
BUSETA <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>
CAMIÓN <input type="checkbox"/>	MOTOCARRO <input type="checkbox"/>
CAMIONETA <input type="checkbox"/>	MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>
CAMPERO <input type="checkbox"/>	TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>
MICROBÚS <input type="checkbox"/>	MOTOCICLO <input type="checkbox"/>
TRACTOCAMION <input type="checkbox"/>	CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>
VOLQUETA <input type="checkbox"/>	REMOLQUE <input type="checkbox"/>
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>	SEM-REMOLQUE <input type="checkbox"/>

8.4 CLASE SERVICIO

OFICIAL <input type="checkbox"/>
PÚBLICO <input type="checkbox"/>
PARTICULAR <input type="checkbox"/>
DIPLOMÁTICO <input type="checkbox"/>
8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE
MIXTO <input type="checkbox"/>
CARGA <input type="checkbox"/>
*EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>
*EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>
*MERCANCÍA PELIGROSA <input type="checkbox"/>
*CLASE DE MERCANCÍA <input type="checkbox"/>

PASAJEROS

*COLECTIVO <input type="checkbox"/>
*INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>
*MASIVO <input type="checkbox"/>
*ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>
*ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>
*ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/>
*ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>
8.6 RADIO DE ACCIÓN
NACIONAL <input type="checkbox"/>
MUNICIPAL <input type="checkbox"/>

8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO


8.7 FALLAS EN

FRENOS ☐ DIRECCIÓN ☐ LUCES ☐ BOCINA ☐ LLANTAS ☐ SUSPENSIÓN ☐ OTRA ☐

8.9 LUGAR DE IMPACTO

FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐

					Otro
--	--	--	--	--	------

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1

DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
						DÍA MES AÑO			M F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD		TELÉFONO		9.1 DETALLES DE LA VICTIMA	
								CINTURÓN <input type="checkbox"/> CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
				AUTORIZO <input type="checkbox"/> EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	

10. TOTAL VICTIMAS	PEATÓN <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	PASAJERO <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR <input type="checkbox"/>	TOTAL HERIDOS <input type="checkbox"/>	MUERTOS <input type="checkbox"/>
--------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--	----------------------------------

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

DEL CONDUCTOR	DEL VEHÍCULO	DEL PEATÓN
	DE LA VÍA	DEL PASAJERO
	306	

OTRA ☐ ESPECIFICAR ¿CUAL? *Hueros. Catzada con hueros que alteran la velocidad o dirección de los vehículos.*

12. TESTIGOS

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD	TELÉFONO
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD	TELÉFONO
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD	TELÉFONO

13. OBSERVACIONES

*El vehículo fue movido del lugar de los hechos.*

14. ANEXOS

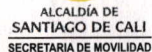
ANEXO 1 Conductores, Vehículos ☐ ANEXO 2 Víctimas, peatones o pasajeros ☐ OTROS ANEXOS (Fotos y Videos) ☐

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
	<i>John Edward Hernandez</i>			<i>532</i>	<i>S.M</i>	<i>h. 11/11/17</i>

16. CORRESPONDÍO	891016					
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto.	Mupio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo





No. **A000** 802684

**PUNTO DE REFERENCIA** P R

## IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO

N°	"X" ó "A"	"Y" ó "B"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

[illegible]

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
	Jhon Edward Weincinder			532	SM	J. E. Weincinder

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto.	Mupio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo
-------------------------------	------	-------	------	--------------	-----	-------------

Lat							
-----	--	--	--	--	--	--	--

ESCALA: 1:200

PLANO:

**VISTA:**

VÍA 1

VÍA 2

RADIO

**PERALTE**

**PENDIENTE**

- 1ª COPIA -





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14638326**

**BONILLA PEREA**  
APELLIDOS

**JOSE LEOMAR**  
NOMBRES

*Leomar Bonillo Perea*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1984**  
**EL CHARCO**  
(NARIÑO)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**20-NOV-2002 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMA BEATRIZ BENGIVO LOPEZ



P-3100100-65113071-M-0014638326-20030507 0510503126A 02 141175532





**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE TRANSPORTE**  
**LICENCIA DE CONDUCCIÓN**  
**No. 14638326**

NOMBRE

**JOSE LEOMAR BONILLA PEREA**

FECHA DE NACIMIENTO

**23-10-1984**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**04-10-2016**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

**STRIA TTOYTTE MCPAL JAMUNDI**

**CATEGORIAS AUTORIZADAS**

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
<b>A2</b>	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
<b>B1</b>	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	04-10-2026	PARTICULAR



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

**LC03002509287**

00947.0.0-16 04/16



		Nº. DE CONTROL		34294996	
PLACA Nº		CHASIS			
KTQ11C		9FKKE1106B2205945			
CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR					
CDA AV CIUDAD DE CALI					
FECHA DE EXPEDICIÓN		900364371			
AÑO	MES	DÍA			
2017	08	24			
FECHA DE VENCIMIENTO					
AÑO	MES	DÍA			
2018	08	24			
Nº. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN			Nº. CONSECUTIVO RUNT		
11-OIN-025-001			132074194		



Libertad y Orden



**CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES**  
**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE TRANSPORTE**  
**MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE**

Nº. DE CONTROL


34294996

PLACA Nº	MARCA	LINEA
KTQ11C	YAMAHA	YW125
SERVICIO	COLOR	MODELO
PARTICULAR	BLANCO NEGRO	2011
CILINDRAJE	COMBUSTIBLE	VIN
125	GASOLINA	9FKKE1106B2205945
CLASE	Nº DE MOTOR	IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO
MOTOCICLETA	E3B6E205945	C 14638326
PROPIETARIO	Nº. CONSECUTIVO RUNT	
JOSE L. BONILLA P.	132074194	



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO											
 <b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b> <small>INT. 380.009.573-6 - Cra 11 No. 59-10 Bogotá, D. C.</small>											
FECHA EXPEDICIÓN					VIGENCIA						
AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	
2018	02	05		2018	02	06		2019	02	05	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR								TELÉFONO TOMADOR			
BONILLA PEREA JOSE LEOMAR								3113616923			
TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR		No. DOCUMENTO TOMADOR		COD. SUCURSAL EXPEDIDORA		CLAVE PRODUCTOR		CIUDAD EXPEDICIÓN			
CC		14638326		45		451037118		CALI			
DIRECCIÓN DEL TOMADOR								CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR			
CARRERA 108 N 44- 84								CALI			
REEMPLAZA PÓLIZA No.						AT 1329 <b>38399264 1</b>					
0											

RESOLUCION SUPERINTENDENCIA BANCARIA 2090 DE JUNIO 14 DE 1991

CLASE VEHICULO		SERVICIO		CILINDRAJE/VATIOS	
MOTOS		PARTICULAR		125	
MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO		
2011	KTQ11C	YAMAHA	YW125		
No. MOTOR		No. CHASIS ó No. SERIE			
E3B6E205945		9FKKE1106B2205945			
No. VIN.		PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA	
9FKKE1106B2205945		1	0.00	120	
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN POSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR		
\$ 300700	\$ 150350	\$ 1800	\$ 452850		
<b>REPARACIÓN DE VEHICULO</b>					
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS			800		
B. INCAPACIDAD PERMANENTE			180		
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS			750		
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS			10		
			<b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b> <small>INT. 380.009.573-6</small> FIRMA AUTORIZADA		




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

**LICENCIA DE TRÁNSITO No.**
**10014338486**

PLACA <b>KTQ11C</b>	MARCA <b>YAMAHA</b>	LÍNEA <b>YW125</b>	MODELO <b>2011</b>
CILINDRADA CC <b>125</b>	COLOR <b>BLANCO NEGRO</b>	SERVICIO <b>PARTICULAR</b>	
CLASE DE VEHÍCULO <b>MOTOCICLETA</b>	TIPO CARROCERÍA <b>SIN CARROCERÍA</b>	COMBUSTIBLE <b>GASOLINA</b>	CAPACIDAD Kg/PSJ <b>1</b>
NÚMERO DE MOTOR <b>E3B6E205945</b>	REG <b>N</b>	VIN <b>9FKKE1106B2205945</b>	
NÚMERO DE SERIE <b>*****</b>	REG <b>N</b>	NÚMERO DE CHASIS <b>9FKKE1106B2205945</b>	REG <b>N</b>
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) <b>BONILLA PEREA JOSE LEOMAR</b>			IDENTIFICACIÓN <b>C.C. 14638326</b>

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

 BLINDAJE  
\*\*\*\*\*

 POTENCIA HP  
**9**

 DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN  
**902011000041468**

 I/E FECHA IMPORT. PUERTAS  
**I 07/04/2011 0**

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

 FECHA MATRÍCULA  
**07/05/2011**

 FECHA EXP. LIC. TTO.  
**21/07/2017**

 FECHA VENCIMIENTO  
\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**STRIA MCPAL TTO CALI**


LT06000680595



-Al. Visor-Mercury

I.D: 10400784

Nro de test: 01154

Fecha: 03/Ago/2018

Hora: 17:30

blanco: 000.0 mg/100mL

Fecha ultima

calibracion: 12/Jun/2018

Modo de test: Auto

Cantidad de alcohol:

000.0 mg/100mL

Temperatura: 29°C

Nombre del sujeto:

jose bonilla

ID sujeto:

14638326

Firma sujeto:

Nombre del operador:

paulo rodriguez

ID operador:

396

Firma operador:





RESUMEN EPICRISIS

PACIENTE: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA		IDENTIFICACION: CC 14638326	HC: 14638326 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 23/10/1984	EDAD: 33 Años	SEXO: M	TIPO AFILIADO: Beneficiario
RESIDENCIA: CARRERA 92 3B 14	VALLE DEL CAUCA-CALI	TELEFONO: 3117988822 3187214291	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:	
FECHA INGRESO: 03/08/2018 03:56 PM	FECHA EGRESO:	CAMA: 709B	
DEPARTAMENTO: H1700 HOSPITALIZACION 7 PISO	SERVICIO: HOSPITALARIO		
CLIENTE: SECCIONAL SANIDAD VALLE	PLAN: SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2018-08-03	<p>17:28 jvivas - JOSE RENE VIVAS PARRA</p> <p><b>MOTIVO DE CONSULTA :</b> ACCIDENTE DE TRANSITO</p> <p><b>ENFERMEDAD ACTUAL :</b> PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EN COMPAÑÍA DE PARAMÉDICOS TRAS SUFRIR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CON POSTERIOR TRAUMA CONTUSO A NIVEL DE CRÁNEO CON POSTERIOR CEFALEA LEVE, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO POR TIEMPO DESCONOCIDO, AMNESIA DEL EVENTO, ADEMÁS PRESENTA TRAUMATISMO FACIAL, TRAUMATISMO DE AMBAS EXTREMIDADES, CON HERIDA COMPLEJA EN REGION SUPRAOCULAR DERECHA ADEMÁS EN CODO DERECHO, PRESENCIA DE DEFORMIDAD MAS EXPOSICION OSEA DEL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO IZQUIERDA, HERIDAS TIPO LACERACION EN REGION FACIAL DERECHA, Y DORSO DE LA NARIZ, EN EL MOMENTO NIEGA NUEVAS ALTERACIONES EN EL NIVEL DE CONCIENCIA, EMESIS O CUALQUIER OTRA SINTOMATOLOGIA,</p> <p>ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: NIEGA QUIRÚRGICOS: NIEGA TOXICOS: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA FARMACOLÓGICOS: NIEGA</p> <p>EXAMEN FÍSICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DÉFICIT NEUROLÓGICO NORMOCEFALO, SIN MASAS NI DEFORMIDADES, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, SIN ESTIGMAS DE FRACTURA, CARA HERIDA SUPERCILIAR DERECHA, LACERACIONES EN HEMICARA DERECHA, DORSO DE LA NARIZ, ESTIGMAS DE FRACTURA, TRÁQUEA ALIENADA SIN MASAS NI MEGALIAS. ORL: MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, SIN LESIONES EVIDENTES EN CAVIDAD ORAL. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOBREGREGADAS CARDIACOS A LA AUSCULTACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS O MEGALIAS. GENITOURINARIO: SE DIFIERE EXTREMIDADES: HERIDA EN CODO DERECHO, DEFORMIDAD MAS HERIDA CON EXPOSICION OSEA DEL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO IZQUIERDA, SIN COMPROMISO VASCULAR O NEUROLOGICO EVIDENTE. PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.</p> <p>I/D: ACCIDENTE DE TRANSITO TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR DERECHA HERIDA EN CODO DERECHO FRACTURA EXPUESTA DEL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO IZQUIERDA</p>



http://siis.ccolombia.local/cache/rHNmCW.html

PLAN: SS AL 0,9 % 500 CC IV CADA 8 HORAS RANITIDINA 50N MG IV CADA 12 HORAS CEFAZOLINA 1 GR IV CADA 6 HORAS DIPIRONA 2.5 GR IV CADA 8 HORAS TRAMADOL 50 MG SC CADA 8 HORAS TAC DE CRANEO TAC DE CARA RX DE CODO DERECHO RX DE DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA VALORACIOBN POR ORTOPEDIA LAVADO QUIRURGICO DE FRACTURA EXPUESTA
--

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS					
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO			JOSE RENE VIVAS PARRA	2018-08-03
T07X	TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS			JOSE RENE VIVAS PARRA	2018-08-03

MOTIVO DE SALIDA Y RECOMENDACIONES		
2018-08-03 17:20	PROFESIONAL: aossa - ARLEY A OSSA BENAVIDEZ	ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA
PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE MOTOCICLISTA TRAS CAER HACIA APROXIMADAMENTE LAS 14+30H CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO, REFIERE PERDIDA DEL CONOCIMIENTO DURANTE 5 MINUTOS, DOLOR FACIAL Y EN EXPOSICION OSEA DE FALANGE MEDIA DE 5TO DEDO MANO IZQ.		
ANTECEDENTE PATOLOGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA QUIRURGICOS NIEGA TRAUAMTICOS NIEGA MEDICAMENTOS NIEGA		
AL EXAMEN FISICO ENCUENTRO PACINETE ESTANLE HEMODINAMICAMENTE, SO2 AMBIENTE 98%, TA 124/85 MMHG, FC 82/MIN, FR 16/MIN. CC/ LESION HEMIFACIAL DERECHA ABRASIVA EXTENSA CON HERIDA SUPRACILIAR DERECHA DE APROXIMADAMENTE 4CM PROFUNDA. EXT: FRACTURA EXPUESTA DE FALANGE MEDIAL DE 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA, HERIDA DE PLANOS PROFUNDOS DE MANO IZQUIERDA CON EXPOSICION TENDISOSA, MULTIPLES LACERACIONES EN AMBAS EXTREMIDADES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CPAILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS, RESTO EXTREMIDADES SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMA. SNC: ORIENTADO EN T-L-P. GLASGOW 15/15, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NI DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO		
PLAN: - PREPARAR PARA CIRUGIA - SE PASA TURNO QUIRURGICO PARA LAVADO Y DESBRIMIENTO DE HERIDA Y EXPOSCION OSEA DE FALANGE MEDIA DE 5TO DEDO MANO IZQ - SE SOLICITA TAC DE CRANEO SIMPLE - SE SOLICITAN RADIOGRAFIAS DE COLUMNA CERVICAL, ANTEBRAZO DERECHO E IZQUIERDO, MANO DERECHA E IZQUIERDA Y PELVIS		
2018-08-03 17:29	PROFESIONAL: jvivas - JOSE RENE VIVAS PARRA	ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE PARAMÉDICOS TRAS SUFRIR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CALIDAD DE CON POSTERIOR TRAUMA CONTUSO A NIVEL DE CRÁNEO CON POSTERIOR CEFALEA LEVE, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO POR TIEMPO DESCONOCIDO, AMNESIA DEL EVENTO, ADEMAS PRESENTA TRAUMATISMO FACIAL,TRAUMATISMO DE AMBAS EXTREMIDADES,CON HERIDA COMPLEJA EN REGION SUPRAQCILIAR DERECHA ADEMAS EN CODO DERECHO,PRESENCIA DE DEFORMIDAD MAS EXPOSICION OSEA DEL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO IZQUIERDA,HERIDAS TIPO LACERACION EN REGION FACIAL DERECHA,Y DORSO DE LA NARIZ,EN EL MOMENTO NIEGA NUEVAS ALTERACIONES EN EL NIVEL DE CONCIENCIA, EMESIS O CUALQUIER OTRA SINTOMATOLGIA,		
ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: NIEGA QUIRÚRGICOS: NIEGA TOXICOS: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA FARMACOLÓGICOS: NIEGA		
EXAMEN FÍSICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DÉFICIT NEUROLÓGICO		



TOTAL +  
LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD  
SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION GENITALES MANOS Y PIES  
COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS  
TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)  
TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA  
PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA CUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) ENTRE UNO A DOS  
REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA  
LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS (UNA O MAS)  
REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA (UNA O MAS)

ANTECEDENTES PERSONALES:  
PATOLOGICOS: NIEGA  
QUIRÚRGICOS: NIEGA  
TOXICOS: NIEGA  
ALÉRGICOS: NIEGA  
FARMACOLÓGICOS: NIEGA

PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE QUE EL DOLOR CEDE CON LOS ANALGESICOS

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA DESPIERTO , ALERTA , ORIENTADO , COHERENTE , BUEN INFORMANTE  
SIGNOS VITALES TA : 135/80, CARDIACA 75 , SATURACION 98 %  
NORMOCEFALO, SIN MASAS NI DEFORMIDADES, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, SIN ESTIGMAS DE FRACTURA, CARA  
HERIDA SUPERCILIAR DERECHA,LACERACIONES EN HEMICARA DERECHA,DORSO DE LA NARIZ, ESTIGMAS DE FRACTURA, TRÁQUEA  
ALIENADA SIN MASAS NI MEGALIAS.  
ORL: MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, SIN LESIONES EVIDENTES EN CAVIDAD ORAL.  
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOBREAGREGADAS CARDIACOS A LA  
AUSCULTACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS  
SOBREAGREGADOS  
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS O MEGALIAS.  
EXTREMIDADES:MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON FERULA , SIN EVIDENCIA DE SANGRADO , MOVILIDAD DISTAL  
CONSERVADA  
PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE  
SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

PACIENTE POSTQUIRURGICO DE REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION INTERNA DE LUXOFRACTURA DE LA ARTICULACION  
INTERFALANGICA PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL FLEXOR PROFUNDO CON COLOCACION DE  
CLAVO , CAPSULORRAFIA Y LIGAMENTORRAFIA ,TENORRAFIA DE FLEXOR del flexor profundo, CON BUENA EVOLUCION  
POSTQUIRURGICA , SE CARGA GENTAMICINA E.V PERO EL SITEMA NO DEJA CARGAR ORDEN DE RADIOGRAFIA POSTQUIRURGICA  
PLAN : INICIAR DIETA A LAS 6 HORAS POSTQUIRURGICAS

2018-08-04 12:18	PROFESIONAL: kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ	ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
---------------------	---	------------------------------

/// EVOLUCIÓN PISO 7; ORTOPEDIA, CX PLÁSTICA; MD ASISTENCIAL KAREN CORAL ///

JOSE LEOMAR BONILLA  
EDAD: 33 AÑOS

DX.  
1. TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO  
1.1 TCE LEVE  
1.2 TRAUMA FACIAL  
1.2.1 HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR DERECHA  
1.3 TRAUMA MANO IZQUIERDA  
1.3.1 POP LV+DB+FI FRACTURA EXPUESTA GII FALANGE MEDIA + TENORRAFIA FLEXOR PROFUNDO 5TO DEDO MANO IZQ  
(03/08/18)  
1.3.2 POP LV+DB+ TENORRAFIA FLÉXOR SUPERFICIAL 3ER DEDO MANO IZQ (03/08/18)  
1.4 HERIDAS EN MSUP DERECHO

CEFALOTINA+GENTEMICINA FI 03/08/18 DIA 1

S. REFIERE PASA BUENA NOCHE, TOLERA VIA ORAL, MODULANDO DOLOR, NIEGA ALZAS TÉRMICAS, NO SÍNTOMAS GENERALES.

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA DESPIERTO , ALERTA , ORIENTADO , COHERENTE , BUEN INFORMANTE.  
SV. TA : 138/79 FC. 89 FR. 19 SATURACION 98% AL AMBIENTE.  
NORMOCEFALO, SIN MASAS NI DEFORMIDADES, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, SIN ESTIGMAS DE FRACTURA, CARA  
HERIDA SUPERCILIAR DERECHA,LACERACIONES EN HEMICARA DERECHA,DORSO DE LA NARIZ, ESTIGMAS DE FRACTURA, TRÁQUEA  
ALIENADA SIN MASAS NI MEGALIAS.  
ORL: MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, SIN LESIONES EVIDENTES EN CAVIDAD ORAL.  
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOBREAGREGADAS CARDIACOS A LA  
AUSCULTACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS  
SOBREAGREGADOS

NORMOCEFALO, SIN MASAS NI DEFORMIDADES, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, SIN ESTIGMAS DE FRACTURA, CARA HERIDA SUPERCILIAR DERECHA, LACERACIONES EN HEMICARA DERECHA, DORSO DE LA NARIZ, ESTIGMAS DE FRACTURA, TRÁQUEA ALIENADA SIN MASAS NI MEGALIAS.  
ORL: MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, SIN LESIONES EVIDENTES EN CAVIDAD ORAL.  
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOBREGREGADAS CARDIACOS A LA AUSCULTACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS.  
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS O MEGALIAS.  
GENITOURINARIO: SE DIFIERE  
EXTREMIDADES: HERIDA EN CODO DERECHO, DEFORMIDAD MAS HERIDA CON EXPOSICION OSEA DEL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO IZQUIERDA, SIN COMPROMISO VASCULAR O NEUROLOGICO EVIDENTE.  
PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE  
SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

I/D:  
ACCIDENTE DE TRANSITO  
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO MODERADO  
HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR DERECHA  
HERIDA EN CODO DERECHO  
FRACTURA EXPUESTA DEL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO IZQUIERDA

PLAN:  
SS AL 0,9 % 500 CC IV CADA 8 HORAS  
RANTIDINA 50N MG IV CADA 12 HORAS  
CEFAZOLINA 1 GR IV CADA 6 HORAS  
DIPIRONA 2.5 GR IV CADA 8 HORAS  
TRAMADOL 50 MG SC CADA 8 HORAS  
TAC DE CRANEO  
TAC DE CARA  
RX DE CODO DERECHO  
RX DE DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA  
VALORACION POR ORTOPEDIA  
LAVADO QUIRURGICO DE FRACTURA EXPUESTA

2018-08-03 17:30	PROFESIONAL: jvivas - JOSE RENE VIVAS PARRA	ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
---------------------	---	------------------------------

PLAN:  
RX DE MANO DERECHA  
RX DE ANTEBRAZOS  
RX DE PELVIS

2018-08-03 19:42	PROFESIONAL: aossa - ARLEY A OSSA BENAVIDEZ	ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO- ORTOPEDISTA
---------------------	---	--

ORTOPEDIA  
JOSE BONILLA 33 años, SOAT, CC 14638326  
MC " un accidente "  
EA Paciente quien HOY A LAS 14:50 sufre accidente de transito caída de moto en hueco con politraumatismo con trauma en el V dedo mano IZQUIERDA con herida deformidad local, , ingresa por urgencias le indica rx y valoración por ortopedia , niega parestesias en mano izquierda  
Se revisa RX DE MANO IZQUIERDA AP OBLICUA se evidencia LUXACION DE LA ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA FX DE TERCIO DISTAL DE LA FALANGE PROXIMAL, no lisis, no fracturas aparentes  
Antecedentes negativos qx negativos , alérgicos negativos, RSS negativos ocupación POLICIA patrullero  
EF Paciente en camilla 15-15 FC 80 FR 17 T 37 TA 125-75 V DEDO MANO IZQUIERDA luxación y exposición articulación interfalangica proximal amas limitados herida de 20 mm en tercio medio uy distal cara volar del la falange proximal local sin sangrado activo limitación para la flexion del dedo, , no signos de infección herida de 5 cm en zona III tercio medio palmar irrefular contuso limitación parcial para la flexion del III dedo mano izquierda,  
DX 1 POLITRAUMATIZADO 2. TCE LEVE 3. TCT 4. TCA 5 EXCORIACIONES EN CARA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO E IZQUIERDO 6. .LUXACION - FRACTURA DE LA ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA EXPUESTA GRADO II 7 HERIDA MANO IZQUIERDA LESION DE FLEXORES ???  
PLAN 1.se explica a la paciente , paciente con politraumatismo con lux- fractura expuesta de de la articulación interfalangica del V dedo mano izquierda , con herida indicadas lesiones encontrada con historia indicada requiere paso a sala de operaciones inmediatamente como URGENCIA, para exploración de herida, lavado desbridamiento Curetaje oseo , reducción fijación con clavos demás según hallazgos, se explica refiere entender acepta procedimiento 2. Firmar consentimiento informado 3.. dejar sin via oral , reserva 2 GRE, LEV de mantimimiento, ss CH + PT PTT + prequirurgicos 4 verordenes medicas 5, CEFALOTINA + GENTAMICINA + TETANOL + ANALGESIA 6 valoracion por, anestesiología, cirugía general, 7 , lavado de herida , curacion aposito vendaje elástico y colocacion de férula local férula digital V dedo mano izquierda 8 quedamos atentos de llamado de sala de operaciones, se explica acepta procedimiento se firma consentimiento informado

2018-08-04 01:32	PROFESIONAL: dcardona - DAVID ALBERTO CARDONA	ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
---------------------	---	------------------------------

\*\*\*\*\*NOTA POSTQUIRURGICA \*\*\*\*\*  
ID X : TRAUMA Y HERIDA LACERADA EN MANO IZQUIERDA  
1 ) POSTQUIRURGICO DE  
DERMOABRASION (QUIMICA Y/O MECANICA) DE AREA GENERAL  
DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO SOD  
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS EN AREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL +  
DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL



DX:  
1. TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO  
1.1 TCE LEVE  
1.2 TRAUMA FACIAL  
1.2.1 HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR DERECHA  
1.3 TRAUMA MANO IZQUIERDA  
1.3.1 POP LV+DB+FI FRACTURA EXPUESTA GII FALANGE MEDIA + TENORRAFIA FLEXOR PROFUNDO 5TO DEDO MANO IZQ (03/08/18)  
1.3.2 POP LV+DB+ TENORRAFIA FLÉXOR SUPERFICIAL 3ER DEDO MANO IZQ (03/08/18)  
1.4 HERIDAS EN MSUP DERECHO

CEFALOTINA+GENTEMICINA FI 03/08/18 DIA 1

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EXT: MINF SUPERIOR DERECHO CON MÚLTIPLES ESCORIACIONES Y LESIONES ABRASIVAS EN CODO Y CARA LATERAL DE ANTEBRAZO. MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON FERULA, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO, MOVILIDAD DISTAL CONSERVADA  
PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE  
SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

PACINETE CON DIAGNOSTICOS Y TERAPIA QUIRURGICA ANOTADA, SE DA EGRESO POR PARTE DE ORTOPEDIA, CONTINUA HOSPITALIZACION Y MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA. EGRESO CON ORDEN AMBULATORIA PARA TOMA DE RX DE CONTROL POP EN 3 SEMANAS, CITA DE CONTROL POP CON ORTOPEDISTA TRATANTE EN 4 SEMANAS E INCAPACIDAD MEDICA POR UN MES. RECOMENDACIONES DE CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA FIEBRE, EXPOSICION O SALIDA DE MATERIAL DE OSTEOSINSTESIS, AUMENTO DE DOLOR, SECRECIONPURULENTA A TRAVES DE HERIDA, PARESTESIAS O TUMEFACCION.

2018-08-06 06:51	PROFESIONAL: lcasanova - LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO	ESPECIALIDAD: CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
---------------------	--	---

CX MAXILOFACIAL  
PACIENTE E SEXO AMSCULINO EL CUAL CURSA CON DIAGNOSTICO DE TRAUMA FACIAL  
FX FACIAELS MULTIPLES  
P/PROGRAMACION QUIRURGICIA  
CONTINUAR AMNEJO POR EL SERVICIO TRATANTE  
SV-AC

18-08-06 + :00	PROFESIONAL: fjenis - FRANCISCO JAVIER LENIS CHACON	ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGO
-------------------	---	-----------------------------

VALORACION PREQUIRURGICA.  
DR. FRANCISCO JAVIER LENIS.  
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION.  
UNIDAD QUIRURGICA CLINICA COLOMBIA.

IDX: FRACTURA MAXILOFACIAL.  
PLAN QUIRURGICO: REDUCCION + OTS.

ANTECEDENTES PERSONALES:  
PATOLOGICOS: NINGUNO. MEDICAMENTOSOS: NINGUNO. QUIRURGICOS: OTS DE MSI.  
ANESTESICOS: AGOT. ALERGICOS: NINGUNO. TOXICOS: NINGUNO.  
TRANSFUSIONALES: NINGUNO. HEMORRAGICOS: NINGUNO.  
PARACLINICOS:  
WBC 9.000, N 78, HB 15.5, HTO 44 %, PLT 241.000  
INR 1.1, PT 15, PTT 29.  
EXAMEN FISICO:  
PACIENTE EN CAMA, ALERTA, ORIENTADO, SIN DISNEA NI SIGNOS DE COLAPSO.  
SV/ TA 132/80 mmHg, FC 77 x MIN, FR 19 x MIN, SatO2 98 %.  
EDEMA, ERITEMA, EQUIMOSIS Y DOLOR A LA PALPACION, ORL/ MUCOSA ORAL ROSADA Y HUMEDA, TORAX/ NO USO DE MUCULOS ACCESORIOS, NO TIRAJES. CP/ RS CS RS, NO SOPLOS, MV+, NO RSA. ABDOMEN/ PERISTALSIS+, BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. GU/ DIURESIS ESPONTANEA. EXTREMIDADES/ SIMETRICAS, MOVILIDAD CONSERVADA, PULSOS 2/2, LENADO CAP 2 SEG. SNC/ GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS Y REACTIVAS, NO FOCALIZADO.

ANALISIS/  
PACIENTE MASCULINO, SIN ANTECENTES PERSONALES, QUE SUFRE TRAUMATISMO CONTUSO, CON FRACTURA MAXILOFACIAL QUE DEBE SER INTERVENIDA SEGÚN OPINION DE CIRUJANO, SE VALORA CASO Y SE PUEDE PROGRAMAR.  
CLASIFICACION ASA: 2. RIESGO QUIRURGICO: MODERADO. TECNICA ANESTESICA: AGOT.  
MALLAMPATI: 2. PROTESIS DENTAL: NO. DISTANCIA TIROMENTONIANA: >6 CM  
APERTURA ORAL: NORMAL. ACEPTA TRANSFUSIONES ? : SI. RESERVA DE HEMODERIVADOS: NO.  
PLAN/  
SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE ACLARAN DUDAS. REQUIERE ACOMPAÑANTE EL DIA DEL PROCEDIMIENTO. AYUNO PREOPERATORIO DE 8 HR PARA SOLIDOS Y DE 6 HR PARA LIQUIDOS. SE PROHIBE ALCOHOL O CIGARRILLO, EVITAR GASEOSAS O LACTEOS. DIFERIR ASA, CLOPIDOGREL POR 5 A 7 DIAS (SI LO USA). DIFERIR HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR ASI: 24 HORAS SI ES DOSIS ANTICOAGULANTE Y 12 HORAS SI ES DOSIS PROFILACTICA. MANTENER TROMBOPROFILAXIS MECANICA. DIFERIR BISACODILO POR 48 HR. RETIRO DE PROTESIS DENTAL (SI LA USA). LLEVAR UÑAS SIN MAQUILLAJE. NO ELEMENTOS METALICOS EL DIA DE LA INTERVENCION. (RELOJ, PULSERAS, CADENA, ETC). PROGRAMAR PARA INTERVENCION SI SE CUMPLEN INDICACIONES.

2018-08-07 04:02	PROFESIONAL: vjvillegas - VIANNYS JULIETH VILLEGAS VALLE	ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
---------------------	--	------------------------------

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS O MEGALIAS.  
EXTREMIDADES: MINF SUPERIOR DERCHO CON MÚLTIPLES ESCORIACIONES Y LESIONES ABRASIVAS EN CODO Y CARA LATERAL DE ANTEBRAZO. MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON FERULA , SIN EVIDENCIA DE SANGRADO , MOVILIDAD DISTAL CONSERVADA  
PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE  
SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

AP. PACIENTE QUE INGRESÓ EN CONTEXTO DE TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, QUE REQUIERE SEGUIMIENTO POR PARTE DE ORTOPEDIA, DEBIDO A TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON FRACTURA DE 5TO DESO Y LESIONES TENDINOSAS, FUE LLEVADO AYER A LAVADO, CORRECCIÓN DE FRACTURAS Y TENORRAFIA, CON INDICACIÓN DE ANTIBIOTICOTERAPIA Y ANALGESIA. ADMEÁS POR MÚLTIPLES LESIONES FACIALES, COMPLEJAS, SE SOLICITA VALORACIÓN POR CIRUGÍA PLÁSTICA. INDICO CURACIONES POR TERAPIA ENTEROSTOMAL Y CONTINUAR ANTIBIOTICOTERAPIA PARA LOGRAR MEJORÍA DE LOS TEJIDOS. LE EXPLICO AL PACIENTE Y A SU FAMILIAR, QUIENES DICEN ENTENDER Y ACEPTAR.

2018-08-04 14:14	PROFESIONAL: aossa - ARLEY A OSSA BENAVIDEZ	ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA
---------------------	---	--

DX.  
1. TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO  
1.1 TCE LEVE  
1.2 TRAUMA FACIAL  
1.2.1 HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR DERECHA  
1.3 TRAUMA MANO IZQUIERDA  
1.3.1 POP LV+DB+FI FRACTURA EXPUESTA GII FALANGE MEDIA + TENORRAFIA FLEXOR PROFUNDO 5TO DEDO MANO IZQ (03/08/18)  
1.3.2 POP LV+DB+ TENORRAFIA FLÉXOR SUPERFICIAL 3ER DEDO MANO IZQ (03/08/18)  
1.4 HERIDAS EN MSUP DERECHO

CEFALOTINA+GENTEMICINA FI 03/08/18 DIA 1

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, EXT: MINF SUPERIOR DERCHO CON MÚLTIPLES ESCORIACIONES Y LESIONES ABRASIVAS EN CODO Y CARA LATERAL DE ANTEBRAZO. MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON FERULA , SIN EVIDENCIA DE SANGRADO , MOVILIDAD DISTAL CONSERVADA  
PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE  
SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

PACIENTE EN POP DEL DIA DE AYER CON BUENA EVOLUCION POSQUIRURGICA, NOS ENCONTRAMOS EN PROCESO DE CULMINACION DE PAUTA ANTIBIOTICA Y MANEJO POR PARTE DE MAXILOFACIAL Y CIRUGIA PLASTICA. POR AHORA CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO Y VIGILANCIA CERCANA

2018-08-05 09:58	PROFESIONAL: njbenjumea - NEFTALI JOAQUIN BENJUMEA MARULANDA	ESPECIALIDAD: CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
---------------------	--	---

CIRUGIA MAXILOFACIAL  
PACIENTE INTERCONSULTADO POR TRAUMA FACIAL POSTERIOR ACCIDENTE DE TRANSITO  
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ENCUENTRO PACIENTE CON VENDAJE COMPRESION EN REGION FROTAL Y HEMICARA DERECHA, RETIRO VENDAJE Y OBSERVO ZONAS DE ABRSION EN REGION FRONTAL Y HEMICARA DERECHA, EDEMA DEL 60% OCULAR DERECHO, CON OCLUSION PALPEBRA, EQUIMOSIS PERIORBITARIA DERECHA, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, LEVE ENOFTALMO POST-TRAUMATICO EVIDENTE. ESCALON EN PILAR MAXIOMALAR DERECHO, TOMOGRAFIA DE CARA FRACTURA PISO DE ORBITA DERECHA CON LEVE FRACTURA DE TECHO DE ORBITA DERECHO, FRACTURA PILAR MAXIOMALR DERECHO, HEMOSENSO.

IDX.  
1. FRACTURA ORBITA DERECHA PISO Y TECHO  
2. FRACTURA MALAR DERECHA.  
PLAN:  
1. PENDIENTE MANEJO POR CIRUGIA PLASTICA POR HERIDAD COMPLEJAS EN EXTREMIDADES, PENDIENTE PROGRAMA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR MAXILOFACIAL CON RESOLUCION DEL EDEMA ORBITARIO PARA PODER INTERVENIR QUIRURGICAMENTE. TOMAR PARACLINICOS PREQUIRURGICOS.

2018-08-05 11:05	PROFESIONAL: htenorio - HERNANDO ALONSO TENORIO COBO	ESPECIALIDAD: CIRUJANO PLASTICO
---------------------	--	---------------------------------

FECHA DE ATENCION: 05-08-2018  
NOMBRE: JOSE LEOMAR BONILLA  
CC 14.638.326

PACIENTE POS TRAUMA SOAT, PRESENTA AVULSION SUPERCILIAR DERECHA, CON PERDIDA DE PIEL Y MUSCULO ORBICULAR OCULAR, ESCORIACIONES EN HEMICARA DERECHA, AVULSION EN LABIO SUPERIOR CON PERDIDA DE PIEL Y MUSCULO ORBICULAR ORAL. EDEMA GRADO III  
AVULSION EN CODO DERECHO CON PERDIDA DE PIEL Y MUSCULO, ABRASIONES LOCALES.

PLAN:  
MANEJO CON ANTIINFLAMATORIOS POR 48 HORAS  
MANEJO CON ATB PROFILACTICO  
SE PARA TURNO PARA CIRUGIA Y SE OPERA CUANDO HAYA COMPLETADO ESQUEMA DE ANTIINFLAMATORIO

2018-08-05 15:58	PROFESIONAL: lmtello - LUIS MIGUEL TELLO VALENCIA	ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA
---------------------	---	--



- 07:21

kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

CUIDADOS DE HOSPITALIZACION

NO VIA ORAL POR CX HOY

LEV SSN 0.9% A 80CC HORA \*\*\*DE MANTENIMIENTO

RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS

CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 4

GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 3/3\*\*\*\*\*SUSPENDER

DEXAMETASONA 8MG AMPOLLA. APLICAR UNA AMPOLLA CADA 12 HORAS IV FI 05/08/18

\*\*\*\*\*SUSPENDER

DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS

TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS \*\*\*\*SOLO SI DOLOR NO MJORA

SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA // CX PLASTICA// CX MAXILO

CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 07/08/18

CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 07/08/18

DEAMBULAR EN SALA

CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA

CONTROL DE SIGNOS VITALES

AVISAR CAMBIOS

GRACIAS
- 08:02

caramos - CRISTIAN ANDRES RAMOS ACEVEDO

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL

RDO
- 09:33

mlerma - MARIA DEL PILAR MONTAÑO LERMA

ESPECIALIDAD: ESPECIALISTA EN CUIDADO A LA PERSONA CON HERIDAS Y OSTOMIAS

TERAPIA ENTEROSTOMAL

NO MOJAR HERIDA

FECHA DE LA PROXIMA CURACION AGOSTO/08
- 20:28

jdsalazar - JULIANA DIAZ SALAZAR

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

CUIDADOS DE HOSPITALIZACION

DIETA BLANDA \*\*\* 6 HORAS POP

LEV SSN 0.9% A 80CC HORA \*\*\*DE MANTENIMIENTO

RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS

CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 \*\*\* SUSPENDER

CEFTRIAXONA 1G AMPOLLA. APLICAR DOS AMPOLLA CADA 12 HORAS IV FI 07/08/18 D 0/2 \*\*\* NUEVO

GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 3/3\*\*\*\*\*SUSPENDER

DEXAMETASONA 8MG AMPOLLA. APLICAR UNA AMPOLLA CADA 12 HORAS IV FI 05/08/18

\*\*\*\*\*SUSPENDER

DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS

TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS \*\*\*\*SOLO SI DOLOR NO MJORA

SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA // NEUROCIRUGIA// CX MAXILO

CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 09/08/18

CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 09/08/18

DEAMBULAR EN SALA

CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA

CONTROL DE SIGNOS VITALES

AVISAR CAMBIOS

GRACIAS

MEDICAMENTO FORMULADO: CEFTRIAXONA 1G SOLUCION INYECTABLE 1G AMPOLLA - LAB. :VITALIS S.A.C.I

2 AMPOLLA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN AMPOLLA, DIAS DE TRATAMIENTO: 3
- 21:19

carivaldo - CARLOS ARTURO RIVALDO JIMENEZ

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL

RDO
- 23:27

senaranjo - SEBASTIAN NARANJO VILLEGAS

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL

REVISADO

2018-08-08

- 07:51

kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

CUIDADOS DE HOSPITALIZACION

DIETA BLANDA \*\*\* 6 HORAS POP

LEV SSN 0.9% A 80CC HORA \*\*\*DE MANTENIMIENTO

RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS

CEFTRIAXONA 1G AMPOLLA. APLICAR DOS AMPOLLA CADA 12 HORAS IV FI 07/08/18 D 1/2

DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS

TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS \*\*\*\*SOLO SI DOLOR NO MJORA

SEGUIMIENTO POR NEUROCIRUGIA// CX MAXILO

CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 09/08/18

CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 09/08/18

DEAMBULAR EN SALA

		<p>CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS MEDICAMENTO FORMULADO: DEXAMETASONA 8MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE 8MG/2ML AMPOLLA - LAB. :VITALIS S.A.C.I 1 AMPOLLA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN MILILITRO, DIAS DE TRATAMIENTO: 3</p> <p>13:41 mlerma - MARIA DEL PILAR MONTAÑO LERMA ESPECIALIDAD: ESPECIALISTA EN CUIDADO A LA PERSONA CON HERIDAS Y OSTOMIAS TERAPIA ENTEROSTOMAL NO MOJAR APOSITOS NO MANIPULAR , NI RETIRAR APOSITOS PROXIMA CURACION AGOSTO 7/2018</p>
		<p>03:51 jfgonzalez - JOAQUIN FERNANDO GONZALEZ MARTINEZ ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL REVISADO</p> <p>04:14 kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL CUIDADOS DE HOSPITALIZACION DIETA NORMAL TAPÓN HEPARINIZADO RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 3 GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 3/3*****ÚLTIMO DÍA DEXAMETASONA 8MG AMPOLLA. APLICAR UNA AMPOLLA CADA 12 HORAS IV FI 05/08/18 DIA 2 DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS *****SOLO SI DOLOR NO MJORA SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 07/08/18 CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 07/08/18 DEAMBULAR EN SALA CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS</p>
2018-08-06	04:15	<p>kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL CUIDADOS DE HOSPITALIZACION DIETA NORMAL TAPÓN HEPARINIZADO RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 3 GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 3/3*****ÚLTIMO DÍA DEXAMETASONA 8MG AMPOLLA. APLICAR UNA AMPOLLA CADA 12 HORAS IV FI 05/08/18 DIA 2 DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS *****SOLO SI DOLOR NO MJORA SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA SS CONTROL PARACLINICOS ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 07/08/18 CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 07/08/18 DEAMBULAR EN SALA CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS</p> <p>07:17 senaranjo - SEBASTIAN NARANJO VILLEGAS ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL REVISADO</p>
2018-08-07	01:50	<p>vjvillegas - VIANNYS JULIETH VILLEGAS VALLE ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: LOSARTAN POTASICO 100MG TABLETAS 100MG TABLETA - LAB. :LABORATORIOS BUSSIÉ S.A 1 TABLETA (S) Dosis Unica, VIA: ORAL, CONCENTRACIÓN 100 MG, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 OBSERVACIONES: DAR 1 TAB VO DOSIS UNICA</p> <p>02:58 aogomez - ANGEL ORLANDO GOMEZ TARAZONA ESPECIALIDAD: ENFERMERIA REVISADO</p>



2017

+TETANOL 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA  
+DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS DILUIDA LENTA  
+TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA  
+RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS DILUIDA LENTA  
+SS CH PT PTT PREQX  
+RESERVA 2 UGRE  
+VALORACION POR ANESTESIOLOGIA +CIRUGIA GENERAL  
+FERULA V DEDO MANO IZQUIERDA IZQUIERDA  
+CURACION DE HERIDAS  
+MONITORIZACION  
+AVISAR CAMBIOS GRACIAS

22:13 aossa - ARLEY A OSSA BENAVIDEZ  
ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA  
+TRASLADO A SALA DE HOSPITALIZACION PREVIA ORDEN DE ANESTESIOLOGIA  
+DIETA COMUN  
+ TAPON VENOSO PERIFERICO  
+CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS PPS NEGATIVA DILUIDA LENTA  
+GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS DILUIDA EN 100 CC SSN Y PASAR EN 30 MINUTOS  
+DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS DILUIDA LENTA  
+TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA SI DOLOR  
+RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS DILUIDA LENTA  
+TETANOL 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA  
+VALORACION POR MAXILOFACIAL-PLASTICA  
+SS RX DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL  
+FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA YA SE LE COLOCO  
+CUIDADOS POSTQUIRURGICOS  
+CSV CADA 2 HORAS  
+AVISAR CAMBIOS GRACIAS

01:21 dcardona - DAVID ALBERTO CARDONA  
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL  
CUIDADOS DE HOSPITALIZACION  
+DIETA COMUN  
+ TAPON VENOSO PERIFERICO  
+CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS PPS NEGATIVA DILUIDA LENTA  
+GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS DILUIDA EN 100 CC SSN Y PASAR EN 30 MINUTOS  
+DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS DILUIDA LENTA  
+TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA SI DOLOR  
+RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS DILUIDA LENTA  
+VALORACION POR MAXILOFACIAL-PLASTICA  
+SS RX DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL  
+FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA YA SE LE COLOCO  
+CUIDADOS POSTQUIRURGICOS  
+CSV CADA 2 HORAS  
+AVISAR CAMBIOS GRACIAS

01:32 caramos - CRISTIAN ANDRES RAMOS ACEVEDO  
ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL  
RDO

2018-08-04

01:37 dfmejia - DAVID FELIPE MEJIA ESPINAL  
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL  
MEDICAMENTO FORMULADO: RANITIDINA 50 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE 50MG/2ML AMPOLLA - LAB.  
:CORPAUL 1 AMPOLLA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN 0 AMPOLLA, DIAS DE TRATAMIENTO: 10  
OBSERVACIONES: ..

07:44 kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ  
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL  
CUIDADOS DE HOSPITALIZACION  
DIETA NORMAL  
TAPÓN HEPARINIZADO  
RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS  
CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18  
GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 1/3  
DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS  
TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS \*\*\*\*SOLO SI DOLOR NO MJORA  
SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA  
ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA  
DEAMBULAR EN SALA

	<p>CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS</p> <p>07:45 kcoral- KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL CUIDADOS DE HOSPITALIZACION DIETA NORMAL TAPÓN HEPARINIZADO RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 1/3 DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS ****SOLO SI DOLOR NO MJORA SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 05/08/18 DEAMBULAR EN SALA CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS</p> <p>08:48 jfgonzalez - JOAQUIN FERNANDO GONZALEZ MARTINEZ ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL REVISADO</p> <p>10:15 kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL CUIDADOS DE HOSPITALIZACION DIETA NORMAL TAPÓN HEPARINIZADO RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 1/3 DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS ****SOLO SI DOLOR NO MJORA SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA SS CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 04/08/18 CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 05/08/18 DEAMBULAR EN SALA CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS •</p> <p>15:48 rycastillo - RONAL YERI CASTILLO OSSA ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL RDO</p>
2018-08-05	<p>01:54 caramos - CRISTIAN ANDRES RAMOS ACEVEDO ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL RDO</p> <p>07:45 aogomez - ANGEL ORLANDO GOMEZ TARAZONA ESPECIALIDAD: ENFERMERIA REVISADO</p> <p>11:43 jdsalazar - JULIANA DIAZ SALAZAR ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL CUIDADOS DE HOSPITALIZACION DIETA NORMAL TAPÓN HEPARINIZADO RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV C ADA 12 HORAS CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18 2/3 GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 2/3 DEXAMETASONA 8MG AMPOLLA. APLICAR UNA AMPOLLA CADA 12 HORAS IV *** NUEVO DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS ****SOLO SI DOLOR NO MJORA SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA SS CURACIÓN POR TEO DE HERIDAS EN CARA Y MSUP DER EL 05/08/18 CURACIÓN ENFERMERÍA MANO EL 05/08/18 DEAMBULAR EN SALA</p>



21/07

		<div>+TETANOL 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA</div> <div>+DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+SS CH PT PTT PREQX</div> <div>+RESERVA 2 UGRE</div> <div>+VALORACION POR ANESTESIOLOGIA +CIRUGIA GENERAL</div> <div>+FERULA V DEDO MANO IZQUIERDA IZQUIERDA</div> <div>+CURACION DE HERIDAS</div> <div>+MONITORIZACION</div> <div>+AVISAR CAMBIOS GRACIAS</div>
22:13	aossa - ARLEY A OSSA BENAVIDEZ	<div>ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA</div> <div>+TRASLADO A SALA DE HOSPITALIZACION PREVIA ORDEN DE ANESTESIOLOGIA</div> <div>+DIETA COMUN</div> <div>+ TAPON VENOSO PERIFERICO</div> <div>+CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS PPS NEGATIVA DILUIDA LENTA</div> <div>+GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS DILUIDA EN 100 CC SSN Y PASAR EN 30 MINUTOS</div> <div>+DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA SI DOLOR</div> <div>+RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+TETANOL 1 AMPOLLA IM DOSIS UNICA</div> <div>+VALORACION POR MAXILOFACIAL-PLASTICA</div> <div>+SS RX DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL</div> <div>+FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA YA SE LE COLOCO</div> <div>+CUIDADOS POSTQUIRURGICOS</div> <div>+CSV CADA 2 HORAS</div> <div>+AVISAR CAMBIOS GRACIAS</div>
01:21	dcardona - DAVID ALBERTO CARDONA	<div>ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL</div> <div>CUIDADOS DE HOSPITALIZACION</div> <div>+DIETA COMUN</div> <div>+ TAPON VENOSO PERIFERICO</div> <div>+CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS PPS NEGATIVA DILUIDA LENTA</div> <div>+GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS DILUIDA EN 100 CC SSN Y PASAR EN 30 MINUTOS</div> <div>+DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA SI DOLOR</div> <div>+RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS DILUIDA LENTA</div> <div>+VALORACION POR MAXILOFACIAL-PLASTICA</div> <div>+SS RX DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL</div> <div>+FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA YA SE LE COLOCO</div> <div>+CUIDADOS POSTQUIRURGICOS</div> <div>+CSV CADA 2 HORAS</div> <div>+AVISAR CAMBIOS GRACIAS</div>
01:32	caramos - CRISTIAN ANDRES RAMOS ACEVEDO	<div>ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL</div> <div>RDO</div>
01:37	dfmejia - DAVID FELIPE MEJIA ESPINAL	<div>ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL</div> <div>MEDICAMENTO FORMULADO: RANITIDINA 50 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE 50MG/2ML AMPOLLA - LAB.</div> <div>:CORPAUL 1 AMPOLLA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN 0 AMPOLLA, DIAS DE TRATAMIENTO: 10</div> <div>OBSERVACIONES: ..</div>
07:44	kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ	<div>ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL</div> <div>CUIDADOS DE HOSPITALIZACION</div> <div>DIETA NORMAL</div> <div>TAPÓN HEPARINIZADO</div> <div>RANITIDINA AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS</div> <div>CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS FI 03/08/18</div> <div>GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS FI 03/08/18 DIA 1/3</div> <div>DIPIRONA AMP 2.5 GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS</div> <div>TRAMADOL AMP 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS ****SOLO SI DOLOR NO MJORA</div> <div>SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA</div> <div>ATENTOS A VALORACIÓN POR CX PLASTICA</div> <div>DEAMBULAR EN SALA</div>

2018-08-04

NOTA MEDICA SE REPORTA PARACLINICOS DEL 07/08/18 LEU: 7.0 NEU: 59.6 LINF: 23.9 HB: 15.2 HTO: 43.1 PLT: 248. DENTRO DE LIMITES NORMALES. EN TRAMITE DE REPORTE DE TIEMPS DE COAGULACION.		
2018-08-07 16:50	PROFESIONAL: htenorio - HERNANDO ALONSO TENORIO COBO	ESPECIALIDAD: CIRUJANO PLASTICO
POP INMEDIATO SALIDA POR PLASTICA CITA CONTROL EN 1 MES RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS ACETAMINOFEN Y CEFALEXINA POR 5 DIAS INCAPACIDAD 15 DIAS		
2018-08-07 17:07	PROFESIONAL: jreina - JULIO SOLARTE REINA	ESPECIALIDAD: NEUROCIRUJANO
POLITX EN ACCIDENTE DE TRANSITO FRACTURAS FACIO ORBITARIAS MULTIPLES COMPLEJAS POSQX INMEDIATO DE REDUCCION RECONSTRUCCION CRANEO FACIAL TOLERA PROCEDIMINETO PLAN DE MANEJO CEFTRIAXONA 2 GR CADA 12 HORAS DURANTE 48 HORAS		
2018-08-07 17:35	PROFESIONAL: lcasanova - LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO	ESPECIALIDAD: CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
CX MAXILOFACIAL PACIENTE DE SEXO MASCULINO EL CUAL ES PASADO EL DIA DE HOY A SALA QURIURGICA PARA REDUCCION ABIERTA DE DE FRACTURAS FACIALES MULTIPLES y CIERRE DE HERIDAS FACIALES DEJO PACIENTE EN SALA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SATURANDO 100% P/CONTINUAR MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO ESTIPULADO EVOLUCION PERIODICA FAVOR TOMAR RX POSTEROANETRIRO D ECRANEO PARA SER EVALUADA POR CONSULAT EXTERNA CSV-AC		
2018-08-08 07:19	PROFESIONAL: lcasanova - LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO	ESPECIALIDAD: CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
CX MAXILOFACIAL PACIENTE DE SEXO MASCULINO EL CUAL CURSA CON DIAGNOSTICO POP DE REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS FACIALES MULTIPLES S/PACIENTE REFEIRE LEVE DOLRO EN ZONA QUIRURGICA. VISION ADECUADA O/SE EVIDENCIA EDEMA MODERADO EN AUSENCIA DE PROCESO INFECCIOSO O PATOLOGICO. OCLUSION ESTABLE A/EVOLUCION SATISFACTORIA P/SE DA SALIDA POR CX MAXILOFACIAL FAVOR CONTINUAR MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO CONTINUAR MANEJO POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA DAR CITA DE CONTROL POP FAVOIR REALZIAR CEPILLADO D ECAVIDAD ORAL 3 VECES AL DIA TOMAR RX POSTEROANTERIOR DE CRANEO PARA SER EVALUADA POR CONSULTA EXTERNA CSV-AC		
2018-08-08 14:59	PROFESIONAL: kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ	ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
/// EVOLUCIÓN PISO 7; NEUROCX; CX MAXILO; MD ASISTENCIAL KAREN CORAL ///		
JOSE LEOMAR BONILLA EDAD: 33 AÑOS  DX. 1. TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO 1.1 TCE LEVE 1.2 TRAUMA FACIAL 1.2.1 POP DE REPARO Y CIERRE DE HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR Y ORBICULAR DERECHA (07/08/18) 1.2.2 POP DE REDUCCION DE MULTIPLES FRACTURAS FACIALES (07/08/18) 1.2.2.1FRACTURA DE PISO Y TECHO DE ORBITA DERECHA 1.2.2.2 FRACTURA MALAR DERECHA 1.3 TRAUMA MANO IZQUIERDA 1.3.1 POP LV+DB+FI FRACTURA EXPUESTA GII FALANGE MEDIA + TENORRAFIA FLEXOR PROFUNDO 5TO DEDO MANO IZQ (03/08/18) 1.3.2 POP LV+DB+ TENORRAFIA FLÉXOR SUPERFICIAL 3ER DEDO MANO IZQ (03/08/18) 1.4 POP DE REPARO Y CIERRE DE HERIDA HERIDA COMPLEJA EN CODO DERECHO (07/08/18)  TRATAMIENTO CEFTRIAXONA FI 07/08/18 D 1/3  RECIBIO CEFALOTINA+GENTEMICINA FI 03/08/18 FF 07/08/18		



S. REFIERE SENTIRSE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, MODULANDO DOLOR, NIEGA PICOS FEBRILES, NO SÍNTOMAS GNERALES.

PACIENTE EN CAMA DESPIERTO , ALERTA , ORIENTADO  
SV. TA : 121/79 FC. 81 FR. 18 SATURACION 98% AL AMBIENTE.  
C/C: SIN MASAS NI DEFORMIDADES, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, SIN ESTIGMAS DE FRACTURA, CARA HERIDA SUPERCILIAR DERECHA CUBIERTA POR GASA Y MICROPORE, LACERACIONES EN HEMICARA DERECHA,DORSO DE LA NARIZ, ESTIGMAS DE FRACTURA, TRÁQUEA ALIENADA SIN MASAS NI MEGALIAS.  
ORL: MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, SIN LESIONES EVIDENTES EN CAVIDAD ORAL.  
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, SIN SOBREGREGADAS CARDIACOS A LA AUSCULTACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN MASAS O MEGALIAS.  
EXTREMIDADES:MINF SUPERIOR DERCHO CON MÚLTIPLES ESCORIASIONES Y LESIONES ABRASIVAS EN CODO Y CARA LATERAL DE ANTEBRAZO CUBIERTA CON GASA Y VENDAJE ELASTICO, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO. MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADO CON FERULA , SIN EVIDENCIA DE SANGRADO , MOVILIDAD DISTAL CONSERVADA  
PIEL: CON LESIONES ABRASIVAS A NIVEL YA DESCRITOS ANTERIORMENTE  
SNC: SIN DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

AP. PACIENTE QUE INGRESÓ EN CONTEXTO DE TRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRASNITO EN EL QUE SUFRE MÚLTIPLES FRACTURAS FACIALES, POR LO QUE DÍA DE AYER FUE LELVADO A MANEJO QUIRÚRGICO POR CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y NEUROCIRUGÍA. ADEMÁS POR LESIONES COMPLEJAS, HERIDAS FACIALES, Y HERIDA COMPLEJA EN CODO REQUIRIÓ MANEJO POR CIRUGÍA PLÁSTICA. AHORA ESTABLE, SIN SIRS, MODULANDO DOLOR. CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, A QUIEN SE INDICA ANTIBIOTICOTERAÍA POR 48 HORAS HOY PRIMERAS 24.

2018-08-09 13:58	PROFESIONAL: jreina - JULIO SOLARTE REINA	ESPECIALIDAD: NEUROCIRUJANO
POLITX EN ACCIDENTE DE TRANSITO FRACTURAS FACIO ORBITARIAS MULTIPLES COMPLEJAS POSQX INMEDIATO DE REDUCCION RECONSTRUCCION CRANEO FACIAL PLAN DE MANEJO ALTA POR NCX		

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2018-08-03	16:50 jvivas - JOSE RENE VIVAS PARRA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL  MEDICAMENTO FORMULADO: CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA X 500ML SOLUCION INYECTABLE 0.9% X 500ML BOLSA - LAB. :QUIBI 1 BOLSA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN 0 BOLSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO FORMULADO: CEFALOTINA 1G SOLUCION INYECTABLE 1G AMPOLLA - LAB. :VITALIS S.A.C.I 1 GRAMO (S) Cada 6 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN GRAMOS, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO FORMULADO: DIPIRONA 2.5G / 5 ML SOLUCION INYECTABLE 2,5G/5ML AMPOLLA - LAB. :ECAR 1 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN AMPOLLA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO FORMULADO: TOXOIDE TETANICO 40UI/0.5ML SOLUCION INYECTABLE 40UI/0,5ML AMPOLLA - LAB. :NO DEFINIDO 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica, VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN 0 AMPOLLA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1
	17:12 cmelo - CATHERINE MELO VARELA ESPECIALIDAD: ENFERMERIA revisado
	17:32 jvivas - JOSE RENE VIVAS PARRA ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL  MEDICAMENTO RE FORMULADO: CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA X 500ML SOLUCION INYECTABLE 0.9% X 500ML BOLSA - LAB. :QUIBI 1 BOLSA (S) Cada 8 Hora(s), VIA: INTRAVENOSA, CONCENTRACIÓN 0 BOLSA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1 MEDICAMENTO FORMULADO: TRAMADOL CLORHIDRATO 50MG SOLUCION INYECTABLE 50MG/ML AMPOLLA - LAB. :PROCAPS S.A. 1 AMPOLLA (S) Cada 8 Hora(s), VIA: SUBCUTANEA, CONCENTRACIÓN 0 AMPOLLA, DIAS DE TRATAMIENTO: 1
	19:43 aossa - ARLEY A OSSA BENAVIDEZ ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA +TRASLADO A SALA DE OPERACIONES +NADA VIA ORAL +LEV SSN 500 CC PARA 6 HORAS +CEFALOTINA AMP 1GR APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 6 HORAS PPS NEGATIVA DILUIDA LENTA +GENTAMICINA AMP 160 MG 1 AMPOLLA IV CADA 24 HORAS DILUIDA EN 100 CC SSN Y PASAR EN 30 MINUTOS

232150

	<p>CUIDADOS DE FERULA ANTEBRAQUIOPALMAR IZQUIERDA CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS GRACIAS</p> <p>07:59 mironrodriguez - MARY ISABEL RODRIGUEZ REYES ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL REVISADO</p> <p>13:24 mlerma - MARIA DEL PILAR MONTAÑO LERMA ESPECIALIDAD: ESPECIALISTA EN CUIDADO A LA PERSONA CON HERIDAS Y OSTOMIAS TERAPIA ENTEROSTOMAL</p> <p>PACIENTE QUIE NO SE LE REALIZA CURACION POR TENER CX DEL DIA DE AYER SE VERA EN 48HORAS</p>
2018-08-09	<p>02:04 senaranjo - SEBASTIAN NARANJO VILLEGAS ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL REVISADO</p> <p>08:15 kcoral - KAREN JULIETH CORAL ORDOÑEZ ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL POSTERIOR A CURACIONES Y ANTIBIOTICOTERAPIA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA; ENTREGAN ÓRDENES DE: CITA CONTROL CX MAXILOFACIAL, ORTOPEDIA, CIRUGÍA PLÁSTICA, FORMULA MÉDICA, ORDEN INCAPACIDAD, ORDEN RETIRO DE PUNTOS, ÓRDENES DE CURACIONES.</p> <p>08:58 caramos - CRISTIAN ANDRES RAMOS ACEVEDO ESPECIALIDAD: ENFERMERIA GENERAL RDO</p> <p>11:43 mlerma - MARIA DEL PILAR MONTAÑO LERMA ESPECIALIDAD: ESPECIALISTA EN CUIDADO A LA PERSONA CON HERIDAS Y OSTOMIAS TERAPIA ENTEROSTOMAL</p> <p>NOMOJARAPOSITOS DE CURACION NO MANIPULAR NI RETIRAR APOISITOS DE CURACION FECHA DE LAPROXIMA CURACION 11/08/18</p>
NO HAY RESULTADOS DE EXAMEN FISICO	

*Juliana Diaz Salazar*  
Juliana Diaz Salazar  
Medico General  
RM. 1130623413

PROFESIONAL : JULIANA DIAZ SALAZAR  
CC - 1130623413 - T.P 1130623413  
ESPECIALIDAD - MEDICO GENERAL

Imprimió: SOLANSCH DOMINGUEZ AGUIRRE - sdominguez

Fecha Impresión : 2018/8/9 - 14:45:01





FABILU LTDA  
NIT 900242742

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No.

90839

Fecha de Solicitud 9/8/2018

CLINICA COLOMBIA CALI  
Cra 46 9C 85  
3850285

Información del Paciente:

Paciente: BONILLA PEREA JOSE LEOMAR  
No. Afiliación:  
No. Identificación: CC 14638326

EPS: SECCIONAL SANIDAD VALLE  
Empresa:  
Albado:  
Tipo Usuario: Beneficiario Escudo: E

Información Sobre la Incapacidad:

Fecha de Inicio: 03/08/2018 Fecha terminación: 1/09/2018 Duración: 30 Día(s) Promotora: SI  
Diagnostico: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO  
Cl. de Contingencia: INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRANSITO Clase de Atención:

Información de la IPS y del Médico:

Nombre de la IPS: FABILU LTDA Nombre del Médico: JULIANA DIAZ SALAZAR CC 1130623413

Diagnostico Principal: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

*Juliana Diaz Salazar*  
Juliana Diaz Salazar  
Medico General  
PAA. 1130623413

FIRMA  
USUARIO:

Firma Medico Tratante: JULIANA DIAZ  
SALAZAR  
Registro Médico No.: 1130623413

Fecha Ident:



FABILU LTDA NIT 900242742  
CLINICA COLOMBIA CALI Cra 46 9C 85 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO:  
3850285 CLINICA COLOMBIA CALI

Fecha : 9/08/2018      Atendio : 4374 - JULIANA DIAZ SALAZAR  
Identifi: CC 14638326      Paciente: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA      Edad : 33 Años      Sexo : M      HC : CC14638326  
Cliente : SECCIONAL SANIDAD VALLE      Plan : SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018      Tipo Afiliado: Beneficiario  
Profesional: JULIANA DIAZ SALAZAR      Especialidad: MEDICO GENERAL

#### SOLICITUD DE SERVICIOS

4240075 - 869400 - ( 1 ) RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD  
Observación: RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS EN CENTRO DE SALUD MAS CERCANO DE MANO IZQUIERDA

4240073 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS  
Observación: CITA DE CONTROL CON CIRUGIA MAXILOFACIAL EN 15 DIAS. DR CASANOVA

4240072 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS  
Observación: CITA DE CONTROL CON CIRUGIA PLASTICA EN 1 MES . DR TENORIO

4240071 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS  
Observación: CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN 3 SEMANAS DR OSSA

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

*Juliana Diaz Salazar*  
Juliana Diaz Salazar  
Médico General  
RM. 1130623413

Nombres y Apellidos del Médico: JULIANA DIAZ SALAZAR  
CC - 1130623413 - 1130623413

*Clie*  
*Dr. Noe*





## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD

1 6 1 3 5

Fecha:

2 0 1 8 - 0 8 - 0 9

Hora:

1 4 : 3 3

## INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre FABILU LTDA

NIT

CC

Número

DV

Código

7 6 0 0 1 0 8 0 7 7 0 1

Dirección prestador: CRA 46 9C 85

Teléfono:

3 8 5 0 2 8 5

indicativo

número

Departamento: VALLE DEL CAUCA

7 6

Municipio: CALI

0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): SECCIONAL SANIDAD VALLE

CODIGO:

## DATOS DEL PACIENTE

BONILLA

PEREA

JOSE

LEOMAR

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil☐ Pasaporte☐ Tarjeta de identidad☐ Adulto sin identificación☒ Cédula de ciudadanía☐ Menor sin identificación☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento

1 9 8 4 - 1 0 - 2 3

Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 92 3B 14

Teléfono:

3 1 1 7 9 8 8 8 2 2

Departamento: VALLE DEL CAUCA

7 6

Municipio: CALI

0 0 1

Teléfono celular

Correo electrónico

## Cobertura en salud

☐ Regimen Contributivo☐ Regimen Subsidiado - parcial☐ Poblacion pobre no Asegurada sin SISBEN☐ Plan adicional de salud☐ Regimen Subsidiado - total☐ Poblacion pobre no Asegurada con SISBEN☐ Desplazado☒ Otro

## INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

Tipo de servicios solicitados

Prioridad de la atención

☐ Enfermedad General☐ Accidente de trabajo☐ Evento Catastrófico☒ Posterior a la atención de urgencias☒ Prioritaria☐ Enfermedad Profesional☒ Accidente de Tránsito☐ Servicios electivos☐ No prioritaria

## Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐ Consulta Externa☒

Hospitalización Servicio

HOSPITALARIO

Cama

☐ Urgencias

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS

Cantidad

Descripción

1

8 9 0 2 0 2

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Justificación Clínica:

PACIENTE CON TRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE SUFRE TRAUMA FACIAL EN POP DE REDUCCION DE MULTIPLES FRACTURAS FACIALES (FRACTURA DE PISO Y TECHO DE ORBITA DERECHA - FRACTURA MALAR DERECHA) DEL 07/08/18 QUE REQUIERE CITA DE CONTROL CON CIRUGIA MAXILOFACIAL EN 15 DIAS

Impresión diagnóstica

Codigo CIE10

descripcion

Diagnostico principal

S 0 9 9

TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado 1

T 0 7 X

TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien reporta JULIANA DIAZ SALAZAR

Teléfono

indicativo

número

extensión

Cargo o actividad: MEDICO GENERAL

Teléfono celular:



## NOTA OPERATORIA

DATOS PACIENTE			
Nº INGRESO	356080	FECHA INGRESO	03/08/2018 03:56 pm
Nº CUENTA	383234		
PACIENTE	CC 14638326	JOSE LEOMAR BONILLA PEREA	
EDAD	33 Años		
DIRECCION	CARRERA 92 3B 14	TELÉFONO	3117988822 3187214291
ENTIDAD	NIT 805022186	SECCIONAL SANIDAD VALLE	
PLAN	SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018		
VIA DE INGRESO	Urgencias	RESPONSABLE: MARYIN ISABEL QUIJANO MENESES	

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2018-08-07 17:41	DURACION	00:15 (HH:mm)
QUIROFANO	SALA 1		
VIA ACCESO	POLITRAUMA, DIFERENTE VIA, IGUAL ESPECIALIDAD	TIPO CIRUGIA	LIMPIA-CONTAMINADA
AMBITO CIRUGIA	HOSPITALARIA	FINALIDAD CIRUGIA	TERAPEUTICO
CIRUJANO	LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO		
ANESTESIOLOGO	PEDRO TELMO GUERRERO PARRA	AYUDANTE	NEFTALI JOAQUIN BENJUMEA MARULANDA
INSTRUMENTADOR	LINA MARCELA MILLAN ROJAS	CIRCULANTE	PATRICIA EUGENIA ZAPATA
TIPO ANESTESIA	GENERAL		

GASES UTILIZADOS			
TIPO GAS	METODO SUMINISTRO	FRECUENCIA SUMINISTRO(L/m)	MINUTOS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	
CARGO	DESCRIPCION
767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA PROFESIONAL
168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL PROFESIONAL
767901	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL PROFESIONAL
223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL PROFESIONAL
766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES PROFESIONAL
760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL PROFESIONAL
275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS PROFESIONAL
867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS PROFESIONAL
868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA CUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) ENTRE TRES A CINCO PROFESIONAL
862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL PROFESIONAL
796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)



PROFESIONAL

## DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS

LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA INFILTRACION DE LIDOCAINA EN ZONA DE ABORDAJE FACIALES EXTRA E INTRAORALES. SE REALIZA ABORDAJE LATERAL DE ORBITA PARA DESCOMPRESION SE REALIZA ABORDAJE SUBCILIAR PARA REDUCCION DE FRACTURA DE REBORDE INFFRAORBIATRIO DERECHO. SE REALIZA ABORDAJE DE CADWELLUCK PARA DECORTICACION DE PARED ANTERIRO DE SENO MAXILAR DERECHO DERECHO. SE REALIZA ANTROSTOMIA MAXIALR DERECHA EN PRESENCIA DE HEMOSENO SECUNDARIO. SE REALIZA REDUCCION DE FRACTURA MALAR DERECHA. SE REALIZA OSTEOPLASTAI D EREBRODE SUPRAORBIATRIO E INFRAORBIATRIO Y PIALR MAXILO AMALR DERECHA. SE REALIZA SUTURA EN CARRILO MEDIANTE ESTOMATORRAFIA. SE REALIZA ELONGACIOND E COLGAJO PARA CUBRIR DEFECTO FRONTAL. SE REALZA PLASTAI EN Z PAAR CIERRE DE HERIDA CILAIR DERECHA. SE REALIZA DESBRIDAMIENTO EN MACIAO FACIAL PRO ABRASIONES FACIALES SE UTILIZA 3 PLACAS DE 1.5 CON 13 TORNILLOS DE 1.5 1 PLACA DE 2.0 CON 4 TORNILLOS DE 2.0 1 DE 2.3

## HALLAZGOS QUIRURGICOS

LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO

SE EVIDENCIA FRACTURA MALAR DERECHA FRACTURA D EREBRODE SUPRA E INFRAORBIATRIO EN PRESENCIA DE COMPRESION DE ORBITA HEMSOENO SECUNDARIO FRACTUIRA DE PARED ANTERIOR DE SENO MAXILAR DERECHO. HERIDA EN CARRILLO DERECHO HERIDA FRONTALD E 6 CM HERIDA CILAIR DE 5 CM ABRASIONES FACIALES MULTIPLES

## MATERIALES PATOLOGICOS

LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO - MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA: NO

CLASE DE MATERIAL ENVIADO:

NO

## CULTIVOS

LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO - CULTIVO ENVIADO: NO

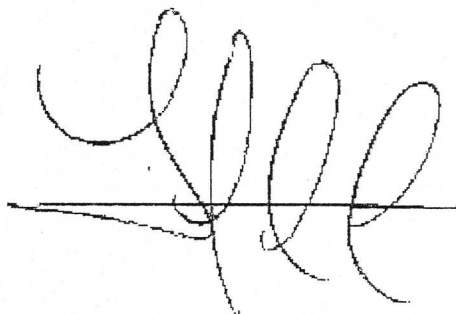
DESCRIPCION DEL CULTIVO:

NO

## PROFILAXIS

LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO

TERAPIA ANTIBIOTICA ESTIPULDA EN PISO



PROFESIONAL: LUIS FERNANDO CASANOVA CASTANO

CC - 94073202 - T.P 762204

ESPECIALIDAD: CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL



FABILU LTDA NIT 900242742  
CLINICA COLOMBIA CALI Cra 46 9C 85 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO:  
3850285 CLINICA COLOMBIA CALI

Fecha : 9/08/2018      Atendio : 4374 - JULIANA DIAZ SALAZAR  
Identifi: CC 14638326      Paciente: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA      Edad : 33 Años      Sexo :M      HC : CC14638326  
Cliente : SECCIONAL SANIDAD VALLE      Plan : SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018      Tipo Afiliado: Beneficiario  
Profesional: JULIANA DIAZ SALAZAR      Especialidad: MEDICO GENERAL

#### SOLICITUD DE SERVICIOS

4240075 - 869400 - ( 1 ) RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD  
Observación: RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS EN CENTRO DE SALUD MAS CERCANO DE MANO IZQUIERDA

4240073 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS  
Observación: CITA DE CONTROL CON CIRUGIA MAXILOFACIAL EN 15 DIAS. DR CASANOVA

4240072 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS  
Observación: CITA DE CONTROL CON CIRUGIA PLASTICA EN 1 MES . DR TENORIO

4240071 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS  
Observación: CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN 3 SEMANAS DR OSSA

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

*Juliana Diaz Salazar*  
Juliana Diaz Salazar  
Médico General  
RM. 1130623413

Nombres y Apellidos del Médico: JULIANA DIAZ SALAZAR  
CC - 1130623413 - 1130623413





MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD

1 6 1 3 2

Fecha: 2 0 1 8 - 0 8 - 0 9

Hora: 1 4 : 2 9

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre FAMILU LTDA

NIT

CC

Número

DV

Código 7 6 0 0 1 0 8 0 7 7 0 1

Dirección prestador: CRA 46 9C 85

Teléfono: 3 8 5 0 2 8 5

indicativo

número

Departamento: VALLE DEL CAUCA

7 6

Municipio: CALI

0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): SECCIONAL SANIDAD VALLE

CODIGO:

DATOS DEL PACIENTE

BONILLA

PEREA

JOSE

LEOMAR

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Tarjeta de identidad

☐ Adulto sin identificación

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Menor sin identificación

☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento

1 9 8 4 - 1 0 - 2 3

Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 92 3B 14

Teléfono:

3 1 1 7 9 8 8 8 2 2

Departamento: VALLE DEL CAUCA

7 6

Municipio: CALI

0 0 1

Teléfono celular

Correo electrónico

Cobertura en salud

☐ Regimen Contributivo

☐ Regimen Subsidiado - parcial

☐ Poblacion pobre no Asegurada sin SISBEN

☐ Plan adicional de salud

☐ Regimen Subsidiado - total

☐ Poblacion pobre no Asegurada con SISBEN

☐ Desplazado

☒ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

Tipo de servicios solicitados

Prioridad de la atención

☐ Enfermedad General

☐ Accidente de trabajo

☐ Evento Catastrófico

☒ Posterior a la atención de urgencias

☒ Prioritaria

☐ Enfermedad Profesional

☒ Accidente de Tránsito

☐ Servicios electivos

☐ No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐ Consulta Externa

☒

Hospitalización Servicio

HOSPITALARIO

Cama

☐ Urgencias

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS

Cantidad

Descripción

1 8 9 0 2 0 2

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Justificación Clínica:

PACIENTE CON TRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE SUFRE TRAUMA FACIAL EN POP DE REPARO Y CIERRE DE HERIDA COMPLEJA SUPERCILIAR Y ORBICULAR DERECHA Y POP DE REPARO Y CIERRE DE HERIDA HERIDA COMPLEJA EN CODO DERECHO DEL 07/08/18 QUE REQUIERE CITA DE CONTROL CON CIRUGIA PLASTICA EN 1MES

Impresión diagnóstica

Codigo CIE10

descripcion

Diagnostico principal

S 0 9 9

TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado 1

T 0 7 X

TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien reporta JULIANA DIAZ SALAZAR

Teléfono

indicativo

número

extensión

Cargo o actividad: MEDICO GENERAL

Teléfono celular:

Juliana Diaz Salazar  
Medico General  
RM. 1150623413



## NOTA OPERATORIA

DATOS PACIENTE			
Nº INGRESO	356080	FECHA INGRESO	03/08/2018 03:56 pm
Nº CUENTA	383234		
PACIENTE	CC 14638326	JOSE LEOMAR BONILLA PEREA	
EDAD	33 Años		
DIRECCION	CARRERA 92 3B 14	TELÉFONO	3117988822 3187214291
ENTIDAD	NIT 805022186	SECCIONAL SANIDAD VALLE	
PLAN	SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018		
VIA DE INGRESO	Urgencias	RESPONSABLE: MARYIN ISABEL QUIJANO MENESES	

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2018-08-07 16:43	DURACION	00:15 (HH:mm)
QUIROFANO	SALA 1		
VIA ACCESO	MULTIPLE, MISMA VIA, IGUAL ESPECIALIDAD	TIPO CIRUGIA	SUCIA
AMBITO CIRUGIA	HOSPITALARIA	FINALIDAD CIRUGIA	TERAPEUTICO
CIRUJANO	HERNANDO ALONSO TENORIO COBO		
ANESTESIOLOGO	PEDRO TELMO GUERRERO PARRA	AYUDANTE	
INSTRUMENTADOR	ALEJANDRA VELASQUEZ SANTACRUZ	CIRCULANTE	
TIPO ANESTESIA	GENERAL		

GASES UTILIZADOS			
TIPO GAS	METODO SUMINISTRO	FRECUENCIA SUMINISTRO(L/m)	MINUTOS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	
CARGO	DESCRIPCION
796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES) <b>PROFESIONAL</b>
837702	TRANSPOSICION DE MUSCULO <b>PROFESIONAL</b>
867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS <b>PROFESIONAL</b>
834501	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO SOD <b>PROFESIONAL</b>

DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS
<b>HERNANDO ALONSO TENORIO COBO</b>
POST TRAUMA SOAT, AVULSION DE CODO DER, CON PERDIDA DE PIEL Y FASCIA ANTEBRAQUIAL, HERIDA SUCIA CON TIERRA, DESGARRO DEL MUSCULO BRAQUIORRADIAL, ABRASIONES EN RODO EL BRAZO ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINA 15103 LAVADO CON 3000 CC DE SSN, DESBRIDAMIENTO CON BISTURI Y TIJERAS RETIRANDO TEJIDO MASCERADO Y NECROTICO, HASTA SANGRADO EN ROCIO HEMOSTASIA 15183 SE REALIZA DERMOABRASION DE BRAZO DERECHO CON LIJA 180 HASTA SANGRADO EN ROCIO 13830 SE REALIZA RAFIA DE MUSCULO BRAQUIORRADIAL CON PUNTOS DE VICRYL 15142 SE ROTA COLGAJO FASCIOTOMIA, DE FASCIA ANTEBRAQUIAL, SE FIDA CON ICRYL , CIERRE DE PIEL CON PROLENE. COBERTURA CON VENDAJES





Dr. Hernando A. Tenorio C.  
Especialista en Cirugía Plástica  
Univ. Nacional de Colombia  
Reg 760277 - C.C. 94.309.800

---

**PROFESIONAL:** HERNANDO ALONSO TENORIO COBO

CC - 94309800 - T.P 760277-00

**ESPECIALIDAD:** CIRUJANO PLASTICO



FABILU LTDA NIT 900242742

CLINICA COLOMBIA CALI Cra 46 9C 85 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO:  
3850285 CLINICA COLOMBIA CALI

Fecha : 9/08/2018      Atendio : 4374 - JULIANA DIAZ SALAZAR  
Identifi: CC 14638326      Paciente: JOSE LEOMAR BONILLA PEREA      Edad : 33 Años      Sexo : M      HC : CC14638326  
Cliente : SECCIONAL SANIDAD VALLE      Plan : SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018      Tipo Afiliado: Beneficiario  
Profesional: JULIANA DIAZ SALAZAR      Especialidad: MEDICO GENERAL

**SOLICITUD DE SERVICIOS**

4240075 - 869400 - ( 1 ) RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD

Observación: RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS EN CENTRO DE SALUD MAS CERCANO DE MANO IZQUIERDA

4240073 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Observación: CITA DE CONTROL CON CIRUGIA MAXILOFACIAL EN 15 DIAS. DR CASANOVA

4240072 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Observación: CITA DE CONTROL CON CIRUGIA PLASTICA EN 1 MES . DR TENORIO

4240071 - 890202 - ( 1 ) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Observación: CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN 3 SEMANAS DR OSSA

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

*Juliana Diaz Salazar*  
Juliana Diaz Salazar  
Médico General  
RM. 1130623413

**Nombres y Apellidos del Médico:** JULIANA DIAZ SALAZAR  
**CC - 1130623413 - 1130623413**





## NOTA OPERATORIA

DATOS PACIENTE			
Nº INGRESO	356080	FECHA INGRESO	03/08/2018 03:56 pm
Nº CUENTA	383234		
PACIENTE	CC 14638326		JOSE LEOMAR BONILLA PEREA
EDAD	33 Años		
DIRECCION	CARRERA 92 3B 14	TELÉFONO	3117988822 3187214291
ENTIDAD	NIT 805022186		SECCIONAL SANIDAD VALLE
PLAN	SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018		
VIA DE INGRESO	Urgencias	RESPONSABLE:	MARYIN ISABEL QUIJANO MENESES

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2018-08-03 20:15	DURACION	25:46 (HH:mm)
QUIROFANO	SALA 1		
VIA ACCESO	POLITRAUMA, DIFERENTE VIA, IGUAL ESPECIALIDAD	TIPO CIRUGIA	SUCIA
AMBITO CIRUGIA	URGENCIAS	FINALIDAD CIRUGIA	TERAPEUTICO
CIRUJANO	ARLEY ALBERTO OSSA BENAVIDEZ		
ANESTESIOLOGO	ANDRES GARZON VELANDIA	AYUDANTE	
INSTRUMENTADOR	MAYERLI BERMUDEZ DUARTE	CIRCULANTE	
TIPO ANESTESIA	GENERAL		

GASES UTILIZADOS			
TIPO GAS	METODO SUMINISTRO	FRECUENCIA SUMINISTRO(L/m)	MINUTOS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	
CARGO	DESCRIPCION
862501	DERMOABRACION (QUIMICA Y/O MECANICA) DE AREA GENERAL <b>PROFESIONAL</b>
829900	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO SOD <b>PROFESIONAL</b>
862301	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS EN AREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL + <b>PROFESIONAL</b>
862201	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL + <b>PROFESIONAL</b>
796400	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD <b>PROFESIONAL</b>
865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION GENITALES MANOS Y PIES <b>PROFESIONAL</b>
867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS <b>PROFESIONAL</b>
824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO) <b>PROFESIONAL</b>
824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA <b>PROFESIONAL</b>
868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA CUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) ENTRE UNO A DOS <b>PROFESIONAL</b>
793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA <b>PROFESIONAL</b>
817205	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS (UNA O MAS)

	PROFESIONAL
798431	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA (UNA O MAS)
	PROFESIONAL

DIAGNOSTICOS			
POST QX	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	TIPO	CR
POST QX	HERIDAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO	TIPO	CR
POST QX	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	TIPO	CR
POST QX	LUXACIONES, TORCEDURAS Y ESGUINCES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS	TIPO	CR

#### DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS

##### ARLEY ALBERTO OSSA BENAVIDEZ

Se explica a la paciente la lesión Y FRACTURA indicada riesgos complicaciones, aceptan procedimiento de lavado desbridamiento exploración de heridas demás según hallazgos, , se firma consentimiento informado RIESGOS ( muerte riesgo anestésico no unión, mal unión osteomielitis, distrofia simpática refleja de miembro SUPERIOR IZQUIERDO , lesión neurovascular de miembro superior izquierdo , reintervencion, dolor crónica, disminución de función y movilidad articular, TEP, muerte, riesgo anestésico, dolor crónico, necrosis de mano izquierda , dolor crónico, hipersensibilidad local, fascitis necrosis de lesiones mano izquierda , síndrome compartimental , reintervencion, puede requerir nuevo procedimientos, inherentes a la lesión etc ) acepta procedimiento , alto riesgo de infección, rigidez articular artrosis postraumática del V dedo mano izquierda , mal pronosito funcional

Anestesiólogo DR ANDRES GARZON ayudante DR DANIEL TORRES  
circulante JHOVANNA TOBAR instrumentadora MAYERLI BERMUDEZ

gastos clavo Kischner de 1.2 X 230 mm ( 1 ) uno

##### NOTA DE PROCEDIMIENTO

1 mesa de común de mano 2. Antibiótico profiláctico 3. Anestesia general 4. Decúbito supino 5, asepsia y antisepsia con yodados 6. Campos estériles

VIA 1 : SEMIAMPUTACION DEL V DEDO MANO IZQUIERDA , LUXOFRACTURA DE LA ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL FLEXOR PROFUNDO, desbridamiento de herida traumatica PLASTIA EN Z EN MANO diseccion por planos, lavado desbridamiento curetaje oseo de FRACTURA EXPUESTA DE FALANGE PROXIMAL con 5000 cc SSN, lavado hemostasia, se realiza REDUCCION DE LUXACION INTERFALANGICA PROXIMAL, SE REALIZA REDUCCION ABIERTA + FIJACION INTERNA DE FALANGE PROXIMAL paso de clavo de 1.2 mm desde falange proximal a media fijación de la articulación a 30 grados de flexion verificación bajo intensificador de imágenes en plano ap oblicua y lateral, reducción adecuada, se corta y dobla extremo de clavo, se realiza CAPSULORRAFIA Y LIGAMENTORRAFIA DE LOS ligamentos interfalángicos con suturas transosaeas , TENORRAFIA DE FLEXOR se realiza tenorrafia del flexor profundo con prolene 4-0 tipo kessler + peritendinoso , REPARO DE POLEA A 2 conprolene 4-0, lavado hemostasia, curacion, cierre de piel con prolene 3-0 separados simples

VIA 2. HERIDA CARA DORSAL DE LA FALANGE PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL EXTENSOR DEL V DEDO MANO IZQUIERDA desbridamiento de herida traumatica diseccion por planos, lavado desbridamiento curetaje lavado hemostasia, TENORRAFIA DE EXTENSOR DE DEDO con prolene 3-0 tipo kessler + peritendinoso , cierre de piel con prolene 3-0 separados curacion aposito

VIA 3 : HERIDA IV DEDO MANO IZQUIERDA identificación de lesiones, desbridamiento de herida traumatica, lavado desbridamiento de tejidos profundos, lavado con 250 cc SSN, hemostasia, lavado hemostasia, SUTURA de herida en punta de dedo, SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION MANO IZQUIERDA sutura en pliegue interfalángico proximal cara volar, de piel con prolene 3-0 separados simples, curación

VIA 4: HERIDA ZONA III CARA PALMAR DE LA MANO IZQUIERDA CON DEFECTO DE COBERTURA LOCAL + LESION PARCIAL DEL FLEXOR DEL SUPERFICIAL DEL III DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL NERVIO COLATERAL identificación de lesiones, desbridamiento de herida traumatica, lavado desbridamiento de tejidos profundos LIMPIEZA de musculos fascia de la mano izquierda, se realiza TENORRAFIA DE FLEXOR SUPERFICIAL DEL III DE DEDO con prolene 3-0 tipo kessler, + NEURORRAFIA DEL COLATERAL , lavado hemostasia, se realiza COLGAJO DE AVANCE DEL PIEL COMPUETO por defecto de cobertura indicado, cierre de piel con prolene 3-0 separados simples, curación

VIA 5 : : EXCORIACIONES CODO ANTEBRAZO IZQUIERDO identificación de lesiones, lavado desbridamiento INSICIONAL superficial, escarectomia superficial, DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION SUPERFICIAL EN AREA ESPECIAL DE MENOS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL + dermoabrasión en área general, lavado con 500 cc SSN, curación sulfadiazina de plata, aposito gasa interdigital, algodón laminado, cubrimiento de heridas vendaje elástico Y FERULA antebraquiopalmar izquierdo

PLAN 1. Se explica a la paciente lo realizado ,gravedad de la lesión y tratamiento realizado, se le muestra lo realizado, 2.



Traslado a piso previa orden de anestesiología 2. Ver ordenes medicas 3. Cuidados locales 4. se deja CEFALOTINA + GENTAMICINA ANALGESIA + TETANOL 6 cuidados locales 7 vigilancia de tejidos blandos mano izquierda 8 ferula antebraquiopalmar izquierda 9 se indica RX DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL 10 valoración por cirugía maxilofacial o plástica

#### HALLAZGOS QUIRURGICOS

##### ARLEY ALBERTO OSSA BENAVIDEZ

POLITRAUMATIZADO + TCE + TMF + TCT + TCA SEMIAMPUTACION DEL V DEDO MANO IZQUIERDA, LUXOFRACURA DE LA ARTICULACION INTERFALANGICA PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL FLEXOR PROFUNDO, paciente con herida de 2 cm irregular contusa en V invertida en cara volar de la falange proximal del V dedo mano izquierda, semicircular, con luxación de la articulación interfalángica proximal con fractura del tercio distal de la falange proximal con perdida de cartilago con exposición de la articulación, con lesión completa de la capsula y ligamentos interfalángicos proximales, lesión parcial de la polea A2, además con lesión parcial del flexor profundo del V dedo mano izquierda, lesión compleja y severa, herida sucia, HERIDA CARA DORSAL DE LA FALANGE PROXIMAL DEL V DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL EXTENSOR DEL V DEDO MANO IZQUIERDA herida de 1 cm oblicua irregular contusa en cara dorsal de la falange proximal con lesión parcial de extensor del dedo HERIDA IV DEDO MANO IZQUIERDA herida de punta de dedo de 5 mm, a demás con herida de 15 mm en pliegue palmar de la articulación interfalángica proximal con perdida cutánea no exposición tendinosa ni osea, irregular contusa sucia HERIDA ZONA III CARA PALMAR DE LA MANO IZQUIERDA CON DEFECTO DE COBERTURA LOCAL + LESION PARCIAL DEL FLEXOR DEL SUPERFICIAL DEL III DEDO MANO IZQUIERDA + LESION PARCIAL DEL NERVIO COLATERAL herida de 5 X 4 cm en L bordes contusos irregulares con defecto de cobertura local, con alguna piedras pequeñas, con exposición de fascia palmar musculos, lesión parcial del flexor superficial con lesión del colateral ulnar del III dedo mano izquierda, EXCORIACIONES CODO ANTEBRAZO IZQUIERDO lesiones costrosa de 3 X 7 cm en cara posterior de antebrazo en tercio distal y proximal y dorso de dedos y mano izquierda sin signos de infección lesion severa

#### MATERIALES PATOLOGICOS

ARLEY A OSSA BENAVIDEZ - MATERIAL ENVIADO A PATOLOGIA: NO

CLASE DE MATERIAL ENVIADO:

-

#### CULTIVOS

ARLEY A OSSA BENAVIDEZ - CULTIVO ENVIADO: NO

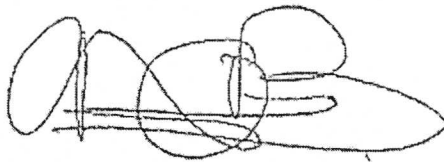
DESCRIPCION DEL CULTIVO:

-

#### PROFILAXIS

ARLEY A OSSA BENAVIDEZ

CEFALOTINA 2 GR IV DU 1



PROFESIONAL: ARLEY ALBERTO OSSA BENAVIDEZ

CC - 6199768 - T.P 76-2168-05

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO SOLICITUD 1 6 1 3 4

Fecha: 2 0 1 8 - 0 8 - 0 9

Hora: 1 4 : 3 2

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre FABILU LTDA

NIT

CC

Número

DV

Código 7 6 0 0 1 0 8 0 7 7 0 1 Dirección prestador: CRA 46 9C 85

Teléfono: 3 8 5 0 2 8 5

indicativo

número

Departamento: VALLE DEL CAUCA

7 6

Municipio: CALI

0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): SECCIONAL SANIDAD VALLE

CODIGO:

DATOS DEL PACIENTE

BONILLA

PEREA

JOSE

LEOMAR

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil

☐ Pasaporte

☐ Tarjeta de identidad

☐ Adulto sin identificación

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Menor sin identificación

☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento

1 9 8 4 - 1 0 - 2 3

Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 92 3B 14

Teléfono:

3 1 1 7 9 8 8 8 2 2

Departamento: VALLE DEL CAUCA

7 6

Municipio: CALI

0 0 1

Teléfono celular

Correo electrónico

Cobertura en salud

☐ Regimen Contributivo

☐ Regimen Subsidiado - parcial

☐ Poblacion pobre no Asegurada sin SISBEN

☐ Plan adicional de salud

☐ Regimen Subsidiado - total

☐ Poblacion pobre no Asegurada con SISBEN

☐ Desplazado

☒ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

Tipo de servicios solicitados

Prioridad de la atención

☐ Enfermedad General

☐ Accidente de trabajo

☐ Evento Catastrófico

☒ Posterior a la atención de urgencias

☒ Prioritaria

☐ Enfermedad Profesional

☒ Accidente de Tránsito

☐ Servicios electivos

☐ No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐ Consulta Externa

☒

Hospitalización

Servicio

HOSPITALARIO

Cama

☐ Urgencias

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS

Cantidad

Descripción

1

8 9 0 2 0 2

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Justificación Clínica:

PACIENTE CON TRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE SUFRE TRAUMA MANO IZQUIERDA EN POP LV+DB+FI FRACTURA EXPUESTA GII FALANGE MEDIA + TENORRAFIA FLEXOR PROFUNDO 5TO DEDO MANO IZQUIERDA Y POP LV+DB+ TENORRAFIA FLÉXOR SUPERFICIAL 3ER DEDO MANO IZQUIERDA DEL 03/08/18 QUE REQUIERE CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA EN 3 SEMANAS

Impresión diagnóstica

Código CIE10

descripción

Diagnostico principal

S 0 9 9

TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado 1

T 0 7 X

TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien reporta JULIANA DIAZ SALAZAR

Teléfono

indicativo

número

extensión

Cargo o actividad: MEDICO GENERAL

Teléfono celular:

*Juliana Diaz Salazar*  
Medico General  
RM. 11306234-13





## NOTA OPERATORIA

DATOS PACIENTE			
Nº INGRESO	356080	FECHA INGRESO	03/08/2018 03:56 pm
Nº CUENTA	383234		
PACIENTE	CC 14638326	JOSE LEOMAR BONILLA PEREA	
EDAD	33 Años		
DIRECCION	CARRERA 92 3B 14	TELÉFONO	3117988822 3187214291
ENTIDAD	NIT 805022186	SECCIONAL SANIDAD VALLE	
PLAN	SECCIONAL SANIDAD VALLE 2018		
VIA DE INGRESO	Urgencias	RESPONSABLE: MARYIN ISABEL QUIJANO MENESES	

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2018-08-07 17:11	DURACION	00:15 (HH:mm)
QUIROFANO	SALA 1		
VIA ACCESO	MULTIPLE, MISMA VIA, IGUAL ESPECIALIDAD	TIPO CIRUGIA	LIMPIA
AMBITO CIRUGIA	URGENCIAS	FINALIDAD CIRUGIA	TERAPEUTICO
CIRUJANO	JULIO SOLARTE REINA		
ANESTESIOLOGO	PEDRO TELMO GUERRERO PARRA	AYUDANTE	DUNIA PATRICIA QUIROGA ANGULO
INSTRUMENTADOR	LINA MARCELA MILLAN ROJAS	CIRCULANTE	PATRICIA EUGENIA ZAPATA
TIPO ANESTESIA	GENERAL		

GASES UTILIZADOS			
TIPO GAS	METODO SUMINISTRO	FRECUENCIA SUMINISTRO(L/m)	MINUTOS

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	
CARGO	DESCRIPCION
020401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO <b>PROFESIONAL</b>
021202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA POR DUROPLASTIA <b>PROFESIONAL</b>
020201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION <b>PROFESIONAL</b>
012101	CRANEALIZACION DE SENOS FRONTAL <b>PROFESIONAL</b>
012401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL POR CRANEOTOMIA <b>PROFESIONAL</b>
796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES) <b>PROFESIONAL</b>

DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS
<b>JULIO SOLARTE REINA</b> ASEPSIA ANTISEPSIA INFILTRACION ANESTESICA HEMAOSTATICA ABORDAJE A TRAVES DE HERIDA AMPLIA CILIAR QUE EXPONE TABLA OSEO.. DISECCION PERIOSTICA DE LA ZONA DE FRACTURA ESQUIRLECTOMIA Y DESIMPACTACION DE LOS FRAGMENTOS FRACTURADOS .. TRATAMIENTO DEL SENOS FRONTAL CON RESECCION DEL MATERIAL MUCOSO FULGURACION CON COAGULACION MONOPOLAR... ESQUIRLECTOMIA DE LA PSRED POSTERIOR DEL SENOS FRACTURADO...LAVADO CON SOLUCION SALINA DE COLECCION HEMATICA EPIDURAL PUNTOS DE DANDY,,, DUROPLASTIA HERMETICA DE DESGARRO DURAL QUE PRODUCIA SALIDA DE LCR MEDIANTE INTERPOSICION DE COLGAJO DE TEJIDO SUBCUTANEO.. CRANEOPLASTIA RECONSTRUCTIVA OSEA AUTOLOGA MAS PLACA DE ORBITA DE 6ORIFICIOS MAS 6 TORNILLOS DE 5MM X 1.5

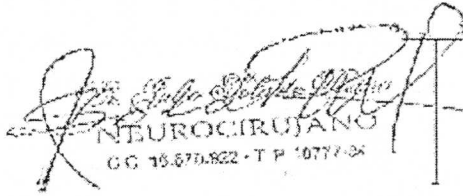
HALLAZGOS QUIRURGICOS
<b>JULIO SOLARTE REINA</b>

FRACTURA CONMINUTA DEPLAZADA FRONTO ORBITARIA DERECHA CON COMPROMISO DEL SENO FRONTAL

PROFILAXIS

JULIO SOLARTE REINA

CEFTRIAXONA 2 GR CADA 12 HORAS X 48 HORAS




NEUROCIRUJANO  
C.C. 16.670.922 - T.P. 10777-84

PROFESIONAL: JULIO SOLARTE REINA

CC - 16670922 - T.P 10777-84

ESPECIALIDAD: NEUROCIRUJANO



 <b>POLICIA NACIONAL</b>	<b>DIRECCIÓN DE SANIDAD</b> <b>INCAPACIDAD MÉDICA LABORAL</b> <b>ESPAB SAFAT - SANIDAD NUESTRA SEQORA DE</b>	<b>No. Orden</b> 1808005878
	<b>Fecha de Impresión</b> 2018/08/10 12:10:21p.m.	

**Paciente :** CC 14638326 JOSE LEOMAR BONILLA PEREA **FATIMA DE CALI** **No. Historia :** 14638326 PF 00

**Tipo de Plan :** EPS

**Plan :** PLAN INTEGRAL DE ATENCION

**Tipo Vinculación :** COTIZANTE

**Categoría :** A

**Fecha de Evolución :** 2018/08/10 12:08:00p.m.

**Edad :** 33 Años

**Sexo :**

Masculino

**Ubicación** Sin Asignación de Cama

**Ámbito :** Ambulatorio

**Datos Incapacidad**

**Número de días incapacidad** 30

**Fecha Inicial** 2018/08/10

**Fecha Final** 2018/09/08

**Causa Externa:** ACCIDENTE DE TRANSITO

**Clase:** TOTAL

**Manejo:** AMBULATORIO

**Empresa/Dependencia** PT MECAL

**Transcripción de excusa de servicio**

SI

**Diagnostico** Z988

OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

**Procedimiento** -----

**Observaciones**

TRANSCRIPCION INCAPACIDAD MEDICA POR TREINTA (30) DIAS

INICIA 03 AGO DE 2018 HASTA 01 SEP DE 2018

DR JULINA DIAZ MEDICO GENERAL CLINICA COLOMBIA

**Dirección/Telefono** -----

**ORDENADO POR**

767665/12

GUERRERO RIVERA JULIAN MAURICIO

Reporte : AtnRp003

**Firma:**

Página 1 de 1

JULIAN MAURICIO GUERRERO RIVERA  
 MEDICO GENERAL  
 C.C. 1.130.569.272  
 R.M. 767665/12  
 POLICIA NACIONAL  
 DIRECCIÓN DE SANIDAD



**CLINICA COLOMBIA ES**  
**NIT. 900.242.742-1**

Certifica:

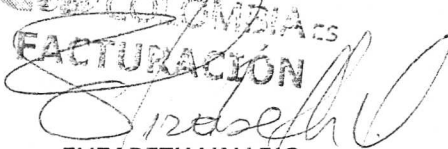
Que en esta institución fue atendido el (la) señor (a): **JOSE LEOMAR BONILLA PEREA**, identificado con **CC 14638326** a través **SEGUROS DEL ESTADO S.A. 2018**, con **POLIZA AT 1329-38399264-1**, por accidente de tránsito ocurrido el **03 DE AGOSTO DEL 2018**.

<b>CUBRIMIENTO ASEGURADORA 2018</b>	<b>\$ 20.833.120.00</b>
<i>Consumo Clínica Colombia</i>	<b>\$ 20.833.120.00</b>
<i>Consumo en otras entidades</i>	<b>\$ 0.00</b>
<i>Total Consumo</i>	<b>\$ 20.833.120.00</b>
<b>SALDO A LA FECHA</b>	<b>\$ 0.00</b>

Para constancia se firma a los **13 Días** del mes de **AGOSTO** del **2018**.

**NOTA:** TIEMPO DE VIGENCIA DE CUBRIMIENTO DEL SOAT, HASTA 2 (DOS) AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

Atentamente,

CLÍNICA COLOMBIA ES  
**FACTURACIÓN**  
  
**ELIZABETH VALLEJO**  
 Auxiliar de Facturación









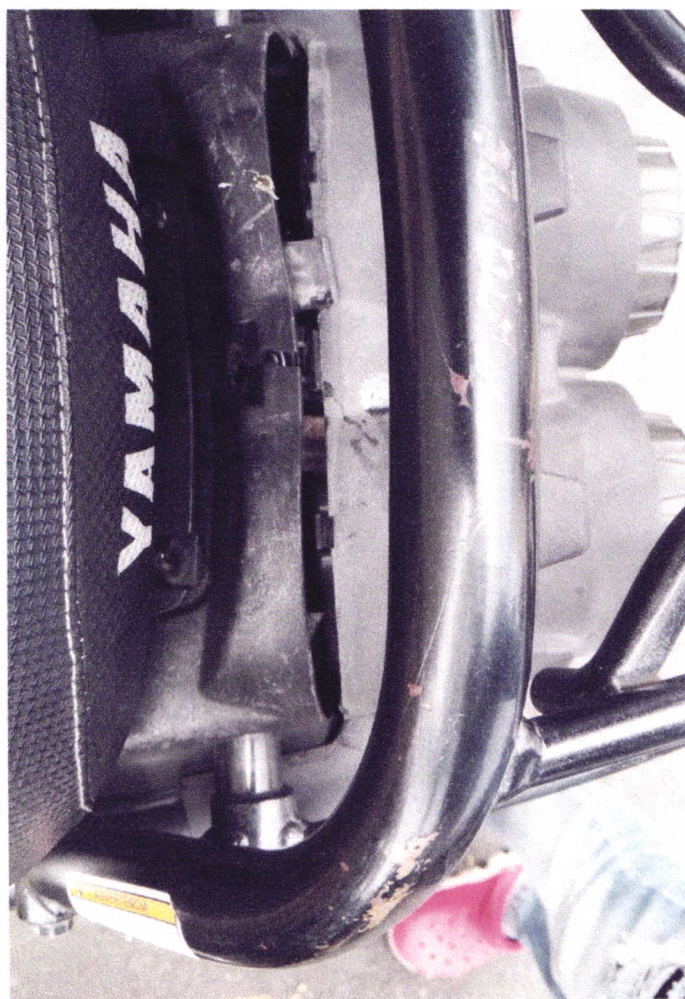























 <p>ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE MOVILIDAD</p>	<p>ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE MOVILIDAD GRUPO DE GESTION DE INFRACCIONES ACTA DE ENTREGA DE VEHICULOS POR ACCIDENTE DE TRANSITO</p>	<p>KTQ11C</p>
--	---	---------------

NUMERO UNICO DE INVESTIGACION: 76001-6000-196-2018- **84106**

Santiago de Cali, **10/AGOSTO/2018**

Señores: **PATIOS OFICIALES DE INMOVILIZACION**

Asunto: **Orden de salida de vehículo**

En Cumplimiento con todos los requisitos legales, y en virtud que se ha revisado y consultado la página de Fiscalía (SPOA) y a la fecha NO figura registro alguno por parte del Agente de Tránsito conocedor del accidente que el hecho sea de oficio, y los lesionados y/o perjudicados de haber interpuesto Querella alguna y disponen de seis (6) meses para formular la querella, según Ley 906 de 2004 (Art. 73 C.P.P.) ha sido autorizada por el presente despacho conforme al (Art. 202 Numeral 3 C.P.P.) la entrega material del vehículo involucrado en un accidente de tránsito con Lesiones personales en calidad de **PROPIETARIO**: Él (la) Señor(a): **JOSE LEOMAR BONILLA PEREA** Cedula del Autorizado No.: **14638326**

Vehículo de las siguientes Características

PLACA		KTQ11C
TIPO	MOTO	
MARCA	YAMAHA	
SERVICIO	PARTICULAR	
MODELO	2011	
*MOTOR	***545	
*CHASIS		

Agente de Tránsito: **532**

Fecha Inmovilización: **03/AGOS/2018**

Se le impone de presente al Propietario, Poseedor o Tenedor del Vehículo, que en el momento en que cualquiera de las partes que hayan resultado lesionadas en el accidente de tránsito formule querella por los hechos narrados, el vehículo quedara a disposición ante la autoridad competente que lo exija, para la cual se compromete.

Anexos:

Fotocopia IPAT No:

Chequeo técnico mecánico No. **225723**

Certificado de Tradición: **SI**

Poder o Autorización:

Documento de Desistimiento Autenticado en la

Otros

Numero de Hojas de informe Policial: **( )**

Total, de Folios: **( )**

Para constancia se firma por los que en ella intervienen.

**LUIS RODRIGO GARCIA LOSADA**

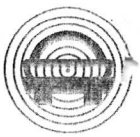
Funcionario Secretaria de Movilidad

Sede Sameco

**JOSE LEOMAR BONILLA PEREA**

C. C. No. **14638326**





Centro de DIAGNOSTICO  
AUTOMOTOR del Valle Ltda.

NIT: 890.311.425-0

COMPROBANTE DE INGRESO

No. SC - 03831

FECHA DE TRAMITE	10	08	2018	RECIBO	RECIBO
------------------	----	----	------	--------	--------

PERIODO DE LIQUIDACION	01	01	2018	31	12	2018
------------------------	----	----	------	----	----	------

USUARIO	JOSE LOMAR BONTIELA PEREA
---------	---------------------------

NIT CEDULA	14638326
------------	----------

CARRERA	108 # 44 - 84
---------	---------------

VALOR	43300402
-------	----------

GRUAS MOTOS Y SIMILARES	CDAY	52,100
-------------------------	------	--------

VALOR	52,100
TOTAL	CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO PESOS
VALOR EN LETRAS	

20180731 - 34
---------------

DIANA FERNANDA MELENDEZ LAME
------------------------------

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - RES. DIAN 10738 - FECHA 22 DIC/2000
---



Centro de DIAGNOSTICO  
AUTOMOTOR del Valle Ltda.

NIT: 890.311.425-0

COMPROBANTE DE INGRESO

No. SC - 03832

FECHA DE TRAMITE	10	08	2018	RECIBO	RECIBO
------------------	----	----	------	--------	--------

PERIODO DE LIQUIDACION	01	01	2018	31	12	2018
------------------------	----	----	------	----	----	------

USUARIO	JOSE LOMAR BONTIELA PEREA
---------	---------------------------

NIT CEDULA	14638326
------------	----------

CARRERA	108 # 44 - 84
---------	---------------

VALOR	4330030
-------	---------

PARQUEADERO MOTOS Y SIMILARES	CDAY	130,000
-------------------------------	------	---------

VALOR	130,000
TOTAL	CIENTO TREINTA MIL PESOS
VALOR EN LETRAS	

20180731 - 34
---------------

DIANA FERNANDA MELENDEZ LAME
------------------------------

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - RES. DIAN 10738 - FECHA 22 DIC/2000
---

IMPRESO POR: 316.006.411-1 TEL. 333303 PEREIRA

2. USUARIO

GRAN CONTRIBUYENTE RESOLUCIÓN 10738 DIC22/00

IMPRESO POR: 316.006.411-1 TEL. 333303 PEREIRA

2. USUARIO

GRAN CONTRIBUYENTE RESOLUCIÓN 10738 DIC22/00


**CDAV**

SOLUCIONES INTEGRALES DE MOVILIDAD

Secretaría de Movilidad de Santiago de Cali

# Comprobante de Ingreso

**FECHA DE TRAMITE**

DIA MES AÑO HORA

10 8 2018 09:20

No. 5076830

**PERIODO DE LIQUIDACION**

DIA MES AÑO DIA MES AÑO

AL

**PLACA**

10 8 2018

**MARCA**

10 8 2018

**CLASE**
**MODELO**
**OTROS DATOS**
**NIT. O C.C.**

KTQ11C

**NOMBRES Y APELLIDOS**

YAMAHA MOTOCICLETA 2011

**DIRECCION**

SIN CARROCERIA 125cc. 1psj PARTICULAR

**CODIGO**

14638326

**CONCEPTO**

JOSE LEONAR BONILLA PEREA

**VALOR**

CARRERA 108 # 44 - 84

**PARTICIPACIONES**

433001

Certi.Tradicion

26.000

433001

Estampilla Procultura 2

2.000

433001

Estampilla Prodesarrollo Urb.

1.300

433001

Estampilla Pro-HUV 3

3.100

0

Estampillas Pro Universidad

500

0

Estampilla Pro-Salud

3.100

0

Derechos RUNT

1.000

CU 32

Conceptos varios Acuerdo 32

1.000

FASTM 11,960.00

FIDE.PST 31,200.00

STM 8,840.00

PROCULT. 2,000.00

PRODESA 1,300.00

PRO\_HUV 3,100.00

PROUNIV. 500.00

PROSALUD 3,100.00

RUNT-R 1,800.00

**VALOR EN LETRAS:**
**TOTAL:**
**FORMA DE PAGO:**

SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS

Banco de Bogotá

OF. CDAV SAMECO CALI - CALI

63.800

EFECTIVO CHEQUE TARJETA

**FAVOR RECLAMAR EL TRÁMITE A PARTIR DE:**

DIA 10 MES ABO. 2018 AÑO 1765

EFECTIVO X

HORA

**OBSERVACIONES:**
**ELABORADO POR:**

2018

10:16

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - RES. DIAN 10738 - FECHA 22 DIC./2.000

[www.serviciosdetransito.com](http://www.serviciosdetransito.com)

Contrato Interadministrativo Municipio Santiago de Cali (SM) - CDAV LTDA. - NIT.890.311.425 - 0

CALI: Salomía: Cra 3 No 56-30

Sameco: Centro de Diagnóstico Automotor del Valle Calle 70 No. 3BN-200

Comercial Aventura Plaza: Cra 100 # 15A-61 Local 205

Comercial Carrera: Calle 52 No. 1B-160 Local 113

Contact Center: 445 9000

Bogotá: Autopista Norte No. 106-25 Local 201

**Programa  
SERVICIOS  
DE TRÁNSITO**  
 Seguridad y agilidad  
 Operador Especializado en Movilidad







Centro de DIAGNOSTICO  
AUTOMOTOR del Valle Ltda.

NIT: 890.311.425-0

COMPROBANTE DE INGRESO

No. SC - 03608

FECHA DE TRAMITE			PLACA
DIA	MESES	AÑO	
10	08	2018	KTQ11C

PERIODO DE LIQUIDACION					
DIA	MESES	AÑO	DIA	MESES	AÑO
01	01	2018	31	12	2018

RAZON SOCIAL NOMBRES Y APELLIDOS
JOSE LEOMAR BONILLA PEREA

NIT Y CÉDULA DE CIUDADANO/C
14638326

DIRECCION
CARRERA 108 # 44 - 84

CODIGO
433002020453

CONCEPTO
REVISION DE ACCIDENTES

CDAV	VALOR
IVA	22,689
	4,311
<b>TOTAL</b>	<b>27,000</b>

VALOR EN LETRAS
VEINTISIETE MIL PESOS

OBSERVACIONES
201803608 - 12

ELABORADO POR
DIANA FERNANDA MELENDEZ LAME



SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - RES. DIAN 10738 -  
FECHA 22 DIC/2000.

IMPRESO POR: S.A. AUTOMOTORES NIT. 816.006.414-1 TEL. 3333301 PEREIRA 2. USUARIO: CENTRO CONTRIBUYENTES RESOLUCION DIAN 10738







# HUECO TAPADO EN CRA 86 CON CALLE 45







MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICIA NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD  
SECCIONAL VALLE DEL CAUCA

S-2019-153021-DEVAL

SECSA – MELAB 1.10

Santiago de Cali, 06 de noviembre de 2019

Señor  
JOSE LEOMAR BONILLA PEREA  
C.C. 14638326  
[pedronelbonilla@outlook.com](mailto:pedronelbonilla@outlook.com) ; [lufegue@hotmail.es](mailto:lufegue@hotmail.es)  
Teléfono: 3113616923  
Ciudad

Asunto: respuesta derecho de petición solicitud junta médico laboral

En el marco de la organización y las políticas establecidas por el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con toda atención y en relación a derecho de petición allegado a esta dependencia mediante oficio E-2019-018870-DEVAL, respetuosamente informo lo siguiente:

El proceso médico laboral se inicia con una valoración médica en la cual se examina al paciente y se ordenan los conceptos que a criterio médico deben ser valorados para el caso en concreto, siendo deber del interesado la realización de los mismos a fin de que una vez se encuentren cerrados los conceptos médicos ordenados en el inicio de estudio, el interesado ó su apoderado informe que cuenta con la totalidad de los conceptos solicitados.

Cumplido este requisito, se procede a solicitar autorización al Director de Sanidad para convocar a Junta Médico Laboral, dicha junta se encuentra conformada por tres (3) médicos calificados, con experiencia, conocimientos, quienes se reúnen como cuerpo colegiado, que como autoridades médico laborales hacen un análisis integral del paciente desde el punto de vista orgánico y funcional (nuevamente se examina al paciente) apoyados en conceptos médicos especializados considerados indispensables, para finalmente en forma unánime tomar una decisión, la cual se notificada en forma personal al paciente dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, quien en caso de no encontrarse conforme con las decisiones tomadas por la Junta, puede solicitar la convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, máximo organismo médico laboral (independiente de la Institución Policía Nacional) que es la última instancia en el proceso médico laboral el cual puede ratificar, modificar o revocar las decisiones de la Junta Médico Laboral, de conformidad con lo establecido por el artículo 21 del Decreto 1796 de 2000, que a la sazón reza:

*"ARTICULO 21. TRIBUNAL MÉDICO-LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICÍA. El Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía conocerá en última instancia de las reclamaciones que surjan contra las decisiones de las Juntas Médico-Laborales y en consecuencia podrá ratificar, modificar o revocar tales decisiones. Así mismo, conocerá en única instancia la revisión de la pensión por solicitud del pensionado."*



Ahora bien, como máximo organismo Médico Laboral e independiente (completamente) de la Institución Policía Nacional, las decisiones el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía son irrevocables y contra las mismas solo procede las acciones jurisdiccionales correspondientes, tal y como lo establece el artículo 22 del Decreto 1796 de 2000.

*"ARTICULO 22. IRREVOCABILIDAD. Las decisiones del Tribunal Médico-Laboral de Revisión Militar y de Policía son irrevocables y obligatorias y contra ellas sólo proceden las acciones jurisdiccionales pertinentes."*

Teniendo en cuenta lo anterior, me permito indicar que el Grupo médico laboral Valle del Cauca, en cumplimiento de sus funciones, mediante comunicación oficial número S-2019-140024-DEVAL de fecha 09 de octubre de 2019, remitió solicitud de convocatoria a Junta médica Laboral a la Dirección de Sanidad, con el fin de recibir una respuesta favorable y poder realizar la junta médico laboral del señor PT JOSE LEOMAR BONILLA PEREA

Es importante aclarar que el Grupo de Medicina Laboral no puede realizar la junta definitiva sin la debida autorización que suscribe la **Directora de Sanidad de la Policía Nacional**, por tal motivo no es viable realizar en este momento la junta médica, ya que no contamos con respuesta ante la solicitud realizada por este grupo médico laboral.

Agradecemos permanecer en comunicación con el grupo de Medicina Laboral Sanidad Valle, la cual se encuentra ubicada en la Avenida 10N Numero 16N 21 Barrio Granada, teléfono 6617272 ext. 5308, los cuales estarán presto atender sus inquietudes y/o programación de su Junta Médica una vez receptionemos el oficio de autorización por parte de la Dirección de Sanidad.

Atentamente,




Coronel **CARLOS ORLANDO MORA FRANCO**  
Jefe Seccional Sanidad Valle del Cauca

Elaborado por:: Maira Alejandra Mosquera Galindez  
Fecha de Elaboración 06/11/2019  
Ubicación C Mis documentos OFICIOS 2019

Avenida 10 Norte Numero 16N-21 B/ Granada  
6618977 – 6617272 ext 5313  
[disan.seval-jml@policia.gov.co](mailto:disan.seval-jml@policia.gov.co)  
[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)



<b>CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL</b>		 <b>POLICIA NACIONAL</b>
<b>CÓDIGO:</b> 2ML-FR-0008	<b>ACTA JUNTA MÉDICO LABORAL</b>	
<b>FECHA:</b> 08-07-2009		
<b>VERSIÓN:</b> 0		

Página 1 de 5

CALI, 30 de Julio de 2020 10:31:05 AM

5418

**INTERVIENE**

**SM-214 DR. JAIRO DELGADO VIDAL CC. 16602155 RM 16187/86 Autoridad Medico Laboral**  
**SM-214 DRA. NADIYA CHERNETSKA C.EXT.270032 RM 50-32/97 Autoridad Medico Laboral**  
**SM-214 DRA. MIRYAM MARCELA AREVALO NOVA CC: 52255533 RM 1889/02 Autoridad Medico**

**ASUNTO**

QUE TRATA DEL ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL DE POLICÍA POR INFORME ADMINISTRATIVO AUTORIZADA POR EL SEÑOR DIRECTOR DE SANIDAD MEDIANTE OFICIO No: S-2020-031256-DISAN del 24/06/2020 DISAN- ARMEL. , CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 15 DEL DECRETO 1796 DEL 14/09/00, PARA LO CUAL SE REUNIERON LOS SEÑORES MEDICOS DE SANIDAD ANTERIORMENTE ANOTADOS, ACORDANDO EL TEXTO Y CONCLUSIONES DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS DE SANIDAD RELACIONADOS CON EL CASO MENCIONADO. SE LE INFORMA QUE EL ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL ES UN DOCUMENTO PUBLICO Y POR TANTO LA INFORMACION SUMINISTRADA POR USTED DEBERA CORRESPONDER A LA VERDAD, SO PENA DE INCURRIR EN LAS SANCIONES PENALES CONTENIDAS EN EL ARTÍCULO 288. DEL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO, QUE AL TENOR LITERAL REZA "Obtención de documento público falso. El que para obtener documento público que pueda servir de prueba, induzca en error a un servidor público, en ejercicio de sus funciones, haciéndole consignar una manifestación falsa o callar total o parcialmente la verdad, incurrirá en prisión de tres (3) a seis (6) años".

**I. IDENTIFICACIÓN**

El Señor PT. BONILLA PEREA JOSE LEOMAR, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.638.326, de CALI-VALLE DEL CAUCA fecha de nacimiento: 23/10/1984 natural de: EL CHARCO-NARIÑO, edad: 35, estado civil Soltero, con un tiempo de servicio: 16 años, 10 meses, 23 días, quien labora en: MECAL dirección: KR 108 44 84 TO 1 APTO 406 VALLE DEL LILI CALI VALLE DEL CAUCA correo electrónico leoma.bonilla@correo.policia.gov.co, teléfono fijo No reportado, Número Celular 3113616923.

**II. ANTECEDENTES**

Se le ha practicado Junta Médica Laboral: No Registra.

Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: No Registra.


Antecedentes del Informativo: **N. 457/2018** del 02-05-2019 MECAL, LITERAL A, Accidente en Moto, TCE, POLITRAUMATISMO, LUXOFRATURA DEL 5° DEDO IZQUIERDO.

**III. SITUACIÓN ACTUAL:**

A. INICIO DE ESTUDIO DEL 26/11/2018 DRA SANDRA ORTIZ POR INCAPACIDAD MAYOR A 90 DIAS quien solicito conceptos de Ortopedia, Cirugía Maxilofacial, Ortopedia, Neurocirugía, Seguridad Y Salud En El Trabajo.

B. CONCEPTOS ESPECIALISTAS: **1. CIRUGIA MAXILOFACIAL:** CLINICA COLOMBIA (SOAT) 27/08/2018 DR. LUIS CASANOVA DX T902 POP DE REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS FACIALES MULTIPLES, NO DOLOR, ADECUADO PROCESO DE CICATRIZACION EN AUSENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS O PATOLOGICO, OCLUSION ESTABLE, EVOLUCION SATISFACTORIA, RECOMENDACIONES GENERALES. DX. FRACTURA DE CRANEO Y HUESOS FACIALES. **2. CIRUGIA PLASTICA:** CLINICA COLOMBIA (SOAT) 21/08/2018 DR HERNANDO TENORIO DX S017 CONTROL POP DE REPARACION DE HERIDAS EN CARA, LIMPIA, CERRADA PACIENTE CON ROSTRO SIMETRICO, NO SE OBSERVAN LESIONES O EDEMA, MASAS NI DEPRESIONES, HERIDA SUPERCILIAR DERECHA CERRADA.DX.HERIDAS MULTIPLES EN LA CABEZA. **3. NEUROCIRUGIA:** CLINICA COLOMBIA 10/09/2018 DRA DUNIA PATRICIA QUIROGA (SOAT) DX S058 CONTROL POST TCE MODERADO SIN LESION HEMORRAGICA O FX, EN EL MOMENTO SIN SINTOMAS NEUROLOGICOS EXAMEN FISICO SIN DEFICIT NEUROLOGICO, ASINTOMATICO, BUENA EVOLUCION NEUROLOGICA, SE DA ALTA POR NEUROCX. **4. ORTOPEDIA:** CIRUGIA DE MANO EVENTO 176 DEL 25/02/2020 DR DIEGO MUQOZ DX T922 POR CONCEPTO: NO TIENE FORMATO DE SOLICITUD POR ACCIDENTE DE TRANSITO AÑO Y MEDIO DE EVOLUCION CON TRAUMA EN MANO IZQUIERDA CON HERIDAS VOLARES POR LO CUAL ES ATENDIDO EN LA CLINICA COLOMBIA, MANEJO QUIRURGICO AL PARECER CON OSTEOSINTESIS Y TENORRAFIAS. EF: MANO IZQUIERDA CON CICATRIZ EN PLIEGUE PALMAR LONGITUDINAL EN ZONA DE TUNEL CARPIANO. TINEL NEGATIVO, MAS CICATRIZ EN ZONA 2 DE FLEXORES EN QUINTO DEDO A NIVEL DE IFP. FLEXION



<b>CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL</b>		 <b>POLICIA NACIONAL</b>
<b>CÓDIGO:</b> 2ML-FR-0008		
<b>FECHA:</b> 08-07-2009		
<b>VERSIÓN:</b> 0	<b>ACTA JUNTA MÉDICO LABORAL</b>	

Página 2 de 5

CALI, 30 de Julio de 2020 10:31:05 AM

5418

DE PUÑO COMPLETA EXCEPTO QUINTO DEDO A EXPENSAS DE IFP CON LIMITACION DE 10 GRADOS. EVIDENCIA DE PRIMINENCIA OSEA ARTICULAR POR ARTROSIS POSTRAUMATICA DE IFP DE QUINTO DEDO. RX: ARTROSIS DE IFP DE QUINTO DEDO SIN OTROS HALLAZGOS POSITIVOS. DIAGNOSTICO: ARTROSIS POS TRAUMATICA IFP QUINTO DEDO. SECUELAS LIMITACION PARCIAL DE FLEXION DE IFP QUINTO DEDO. TRATAMIENTO: EN CASO DE DOLOR INTENSO, ARTRODESIS FUNCIONAL DE IFP. PRONOSTICO BUENO. MANO DOMINANTE: MANO DERECHA. **5. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** DRA. ALBA CERON DEL 01-03-2019 ACCIDNETE DE TRANSITO MIENTRAS SE DESPLAZABA A LABORAR EL 3 DE AGOSTO DEL 2018. PRESENTO HERIDA EN CARA: CEJA. ESCORIACIONES EN MUÑECA DERECHA RODILLA DERECHA Y LUXOFRATURA EXPUESTA DE 5 DEDO MANO IZQ- HERIDA PALMAR DE MANO IZQ. REQUIRIO OT- TENORRAFIA FLEXOR PROFUNDO DE 5TO DEDO, DOMINANCIA DERECHA TTO: TEERAPIA FISICA, EF: AMBULATORIO ALERTA, CICATRINCES EN CARA, MUÑECA DER MANO IZQ PALAM- V DEDO CON DEFORMIDAD EN FLEXION. AGARRES A MANO LLENA CONSERVADOS AMA DE MUQECA OK. CONSIDERO SECUELA DE LUXOFRATURA DE FALANGE MEDIA V DEDO MANO IZQ NO DOMINANTE- DEFORMIDAD EN FLEXION , CON FUERZA DE AGARRE CONSERVADA, CONSIDERO ES FUNCIONAL.


**C. EXAMÉN FÍSICO:** Se valora paciente a las 11:40 am encontrándose buenas condiciones generales, soltero, ambulatorio, asiste solo TA: 120/80 FC: 64 por minuto, FR: 16 por min, Cabeza: Ojos con pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación, apertura ocular normal, tabique nasal central y funcional, apertura bucal completa, cicatrices traumáticas ceja derecha de 4cm irregular, otra en la cola de la ceja 1.5cm ,se palpa irregularidad región supraorbitaria derecha, cicatriz región frontal derecha de 1 cm, antebrazo derecho cicatriz superficial tipo laceración de 8cm x 2cm ,muñeca derecha de 2cm x 1cm, codo derecho cicatriz queloides de 3cm, dorso del 2° MTC derecho 3cm, antebrazo izquierdo cicatriz superficial tipo laceración de 10cmx 2 cm, muñeca izquierda cicatriz queloides de 3cm, dorso de la mano izquierda cicatrices de 1cm sobre los 2°, 3° 4° metacarpianos izquierdos, 5° dedo izquierdo con deformidad con engrosamiento región interfalangica media, limitación para la flexión, cicatriz quirúrgica extensa irregular región palmar izquierda de 6 cm por tenorrafia flexor profundo, cicatriz superficial lineal de 8cm antebrazo izquierdo, rodilla derecha región prepatelar cicatriz queloides de 6 x2 cm y otras pequeñas de 1 cm y de 2cm, movimientos completos, fuerza conservada. TORAX: Cardiopulmonar normal sin agregados. Abdomen: Normal. Miembros Superiores: Arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional, excepto del 5° dedo izquierdo limitación para la flexión, mano dominante derecha. Miembros Inferiores: Arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional, no signos de inestabilidad ni meniscales de rodillas, marcha punta talón normal. Columna Vertebral: Arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional. Neurológico: normal, sin déficit motor ni sensitivo, Lasegue negativo, marcha normal. Examen Mental: normal, consciente, orientado, buena presentación personal, lenguaje coherente, afecto modulado. Se revisa Historia Médico laboral suministrada por el Área en 70 folios, historia clínica en el sistema integral de salud de la Policía Nacional (SISAP), NO TIENE TML PREVIO, NO TIENE JML PREVIAS.

**D. CONSIDERACIÓN:** Antecedente de accidente de tránsito el 3 de agosto del 2018 con fracturas y heridas faciales múltiples con Trauma craneoencefálico sin hemorragia, manejados con reducción abierta y suturas, luxofratura del 5° dedo mano izquierda no dominante manejada quirúrgicamente con buena evolución, funcional. Paciente con Disminución de su Capacidad Laboral Parcial, (NO presenta restricciones para su actividad Policial) APTITUD - APTO.

#### IV. CONCLUSIONES.

A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas:

- 1. CICATRICES TRAUMATICAS FACIALES DESCRITAS.
- 2. CICATRICES TRAUMATICAS CORPORALES DESCRITAS.
- 3. TRAUMA CRANEOENCEFALICO RESUELTO SIN SECUELAS.
- 4. FRACTURAS FACIALES MULTIPLES CORREGIDAS QUIRURGICAMENTE CONSOLIDADAS SIN SECUELAS
- 5. LUXOFRATURA 5° DEDO MANO IZQUIERDA (NO DOMINANTE) CON LESION DEL FLEXOR PROFUNDO MANEJADA QUIRURGICAMENTE QUE DEJA COMO SECUELA ARTROSIS DEL 5° DEDO Y DEFORMIDAD DESCRITA.

CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL		 <b>POLICIA NACIONAL</b>
CÓDIGO: 2ML-FR-0008	<b>ACTA JUNTA MÉDICO LABORAL</b>	
FECHA: 08-07-2009		
VERSIÓN: 0		

Página 3 de 5

CALI, 30 de Julio de 2020 10:31:05 AM

5418

B. Fijación de los correspondientes índices.

De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 094/1989, modificado y adicionado por el Decreto Ley 1796 de 2000, le corresponde los siguientes índices:

**A.1. NUMERAL 10-003 GRUPO 10 ARTICULO 86. LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL. NEOPLASIAS MALIGNAS. OTRAS ENFERMEDADES SISTEMATICAS NO CONTEMPLADAS EN LOS GRUPOS ANTERIORES. SECCION A - LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL**

Cicatrices con desfiguración facial:

a. Grado Mínimo.

Índices asignados = 3

**A.2. NUMERAL 10-004 GRUPO 10 ARTICULO 86. LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL. NEOPLASIAS MALIGNAS. OTRAS ENFERMEDADES SISTEMATICAS NO CONTEMPLADAS EN LOS GRUPOS ANTERIORES. SECCION A - LESIONES Y AFECCIONES DE LA PIEL**

Cicatrices no quirúrgicas de cualquier localización y no susceptible de corrección:

a. Grado Mínimo.

Índices asignados = 2

**A.5. NUMERAL 1-157 GRUPO 1 ARTÍCULO 77. HUESOS Y ARTICULACIONES**

SECCION G - MIEMBROS SUPERIORES

DEDOS ANULAR, MEDIO O AURICULAR

Anquilosis de las articulaciones interfalángica. Izquierda:

Índices asignados = 2

**A.3. NO AMERITA ASIGNACION DE INDICE LESIONAL**

**A.4. NO AMERITA ASIGNACION DE INDICE LESIONAL**

**NOTA:** A1, A2, A3, A4 y A5 relacionados con el IA N°457/2018 del 02-05-2019 MECAL, LIT.A, se trata de accidente común.

C. Imputabilidad del servicio.

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000 **A1, A2, A3, A4 Y A5** les corresponde el literal: **A** En el servicio pero no por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad y/o accidente común, Se trata de Accidente Común.

D. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.


Presenta una disminución de la capacidad laboral de:

**Actual: DIECISEIS PUNTO VEINTIOCHO POR CIENTO 16.28 %**

**Total: DIECISEIS PUNTO VEINTIOCHO POR CIENTO 16.28 %**

**E. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (Paciente con Disminución de su Capacidad Laboral Parcial, NO presenta restricciones para su actividad Policial) -APTITUD- APTO.**



CÓDIGO: 2ML-FR-0008		 <b>POLICIA NACIONAL</b>
FECHA: 08-07-2009		
VERSIÓN: 0		
<b>CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL</b>		
<b>ACTA JUNTA MÉDICO LABORAL</b>		

Página 4 de 5

CALI, 30 de Julio de 2020 10:31:05 AM

5418

**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. De acuerdo al número de identificación del acta medica 726013.

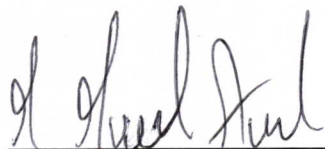
**VI. CONVOCATORIA A TRIBUNAL MEDICO LABORAL.**

Contra la presente acta de Junta Médico Laboral procede la convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en los artículos 25 y 29 del Decreto



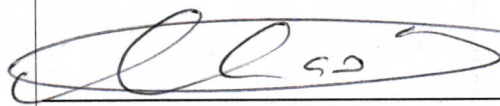
Dr. JAIRO DELGADO VIDAL  
AUTORIDAD MEDICO LABORAL C.C. 16.602.155

Huella

Dra. MIRYAM MARCELA AREVALO NOVA  
AUTORIDAD MEDICO LABORAL C.C. 52.255.533


Huella

Dra. NADIYA CHERNETSKA  
AUTORIDAD MEDICO LABORAL C.C. 270.032

Huella



CÓDIGO: 2ML-FR-0008		 <b>POLICIA NACIONAL</b>
FECHA: 08-07-2009		
VERSIÓN: 0		
<b>CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL</b>		
<b>ACTA JUNTA MÉDICO LABORAL</b>		

Página 5 de 5

CALI, 30 de Julio de 2020 10:31:05 AM

5418

En CALI a los días de 11 de 08 a las 15:00 horas, se notificó personalmente, al señor PT. BONILLA PEREA JOSE LEOMAR, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 14.638.326, de CALI-VALLE DEL CAUCA, de las conclusiones del acta de Junta Médico Laboral No. 5418 del 30 de Julio de 2020, registrada en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, y se le hizo saber del derecho que tiene para reclamar por escrito ante la Secretaria General del Ministerio de Defensa Nacional, elevando una solicitud de Convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía con un plazo de cuatro (4) meses a partir de la fecha de la presente notificación, de acuerdo a los Artículos 25 y 29 del Decreto 094/1989 y Artículo 21 del Decreto 1796/2000.

NOTIFICADOR: Martha flores flaker  
 Secretario(a) Notificador

NOTIFICADO: [Signature]  
 PT. BONILLA PEREA JOSE LEOMAR  
 CC No. 14638326

Huella

FECHA 11-08-2020


DIRECCIÓN Carrera 108 # 44-84

CIUDAD Cali

TELEFONO 311 361 69 23





	PROCESO: INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	14/11/2018
	SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	14/11/2018
	CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	1
	CÓDIGO: REG-IN-CE-006	Página	Página 1 de 3

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL PROCURADURÍA 59 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS Radicación No. 1584 de 16 de marzo de 2021.	
Convocante (s):	JOSE LEOMAR BONILLA PEREA actuando en nombre propio y en representación de JOSE MANUEL BONILLA TOLOZA; LUZ LIBIA LUCUMI LUCUMI actuando en nombre propio y en representación de JOAQUIN BONILLA LUCUMI y ANTONIO BONILLA LUCUMI; SALMA PAMELA BONILLA PEREA, YARLY XILENA BONILLA PEREA, JHUNIOR BONILLA PEREA, MARIA ELENA PEREA OBREGON.
Convocado (s):	DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI
Medio de control:	REPARACION DIRECTA


En los términos del artículo 2.º de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo dispuesto en el numeral 6.º del artículo 2.2.4.3.1.1.9 del Decreto 1069 de 2015<sup>1</sup>, el artículo 9 del Decreto 491 de 28 de marzo de 2020, la Resolución 312 de 29 de julio de 2020 y la Resolución No. 462 de 30 de noviembre de 2020, el (la) Procurador (a) 59 Judicial I para Asuntos Administrativos expide la siguiente:

CONSTANCIA:

- Los señores **JOSE LEOMAR BONILLA PEREA** actuando en nombre propio y en representación de **JOSE MANUEL BONILLA TOLOZA; LUZ LIBIA LUCUMI LUCUMI** actuando en nombre propio y en representación de **JOAQUIN BONILLA LUCUMI y ANTONIO BONILLA LUCUMI; SALMA PAMELA BONILLA PEREA, YARLY XILENA BONILLA PEREA, JHUNIOR BONILLA PEREA, MARIA ELENA PEREA OBREGON**, presentaron solicitud de conciliación extrajudicial el día **16 de marzo de 2021**, convocando al **DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO, CULTURAL, TURISTICO, EMPRESARIAL Y DE SERVICIOS DE SANTIAGO DE CALI**.
- Las pretensiones de la solicitud fueron las siguientes: *“PRIMERA: QUE SE DECLARE la responsabilidad administrativamente de la NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI – ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI, por los Daños y Perjuicios Materiales, Morales y Daños a la Salud que sufrió el señor JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, y su núcleo familiar, como consecuencia de la FALLA DEL SERVICIO de las convocadas al no ejecutar las políticas y proyectos referentes a la infraestructura vial a su cargo, en lo que refiere a las vías Municipales específicamente en lo referente a los planes, programas y proyectos de construcción, mejoramiento, rehabilitación, conservación, atención de emergencias, y demás obras que requiera la infraestructura vial del Municipio de Cali. SEGUNDA: Como consecuencia lógica de las anteriores declaraciones, condénese a la NACIÓN – MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - ALCALDÍA MUNICIPAL DE CALI, a pagar: 1. PERJUICIOS MATERIALES DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE 1.1. Daño emergente debido o consolidado. Las Demandadas deben pagar al señor JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente, la suma de DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE. (\$272.900), en virtud de los gastos en que incurrió para cumplir los requisitos de ley exigidos por el Tránsito Municipal para retirar su motocicleta de los Patios, según los recibos expedidos por la entidad. 1.1 LUCRO CESANTE. Las Convocadas, deben reconocer y pagar al señor JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de Lucro Cesante, la sumas que resulten luego de multiplicar el valor del salario mínimo mensual legal vigente (\$908.526), adicionado en veinticinco por ciento (25%) de las prestaciones sociales, que suma de (\$1,135,657), multiplicado por dieciséis punto veintiocho por ciento (16.28%), que es el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral, obteniéndose la suma de ciento ochenta y cuatro mil ochocientos ochenta y cinco (\$184.885), que al ser multiplicados por siete (7), que corresponde al número de meses que han transcurrido desde el 30 de julio de 2020, a la fecha de presentación de la presente Conciliación, resultando el valor de UN MILLÓN DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/C. (\$1'294.195). 1.2 Lucro cesante futuro. Las Convocadas deben pagar al señor JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, por concepto de PERJUICIOS MATERIALES, en la Modalidad de Lucro Cesante Futuro, con fundamento en la Base de Liquidación antes referenciada (\$184.885), a partir de la fecha del Auto que ponga fin al proceso, de acuerdo con la edad del Afectado Directo y la expectativa de vida probable actual para los hombres en Colombia. (...) un total de OCHENTA Y OCHO MILLONES CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS. (\$88'005.260).i. LUCRO CESANTE DEBIDO O CONSOLIDADO\$1'567.095. ii. LUCRO CESANTE FUTURO\$88'005.260 1.2 PERJUICIOS MORALES. Condénese a las Entidades convocadas a pagar a los Actores en su condición de afectadas o a quien represente sus derechos al momento de la Aprobación del Acuerdo Conciliatorio que ponga fin al presente proceso, por el daño causado, dolor, tristeza y zozobra en aplicación al Precedente Jurisprudencial del Honorable Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, en Sentencia de Unificación de fecha 4 de septiembre de 2014, en la que estableció los parámetros a tener en cuenta de acuerdo con la gravedad de la Lesión, que para el caso que nos ocupa, teniendo en cuenta el porcentaje de*

<sup>1</sup> Decreto 1069 del 26 de mayo de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho". Antigua artículo 9° del Decreto 1716 de 2009.

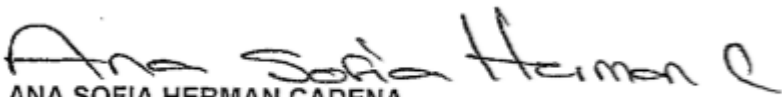
Lugar de Archivo: Procuraduría 59 Judicial I Administrativa	Tiempo de Retención: 5 años	Disposición Final: Archivo Central
---	-----------------------------	------------------------------------

	PROCESO: INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	14/11/2018
	SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	14/11/2018
	CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	1
	CÓDIGO: REG-IN-CE-006	Página	Página 2 de 3

pérdida de la capacidad laboral emitido por la Junta Medico Laboral de Calificación, que es del 16.28%, le corresponde tanto al señor JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, y a los integrantes de su Núcleo familiar un porcentaje como se describe a continuación. **2.8.2. Perjuicios morales.** (...) 1) Para JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, (Victima), 20 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$18'170.520. 2) Para **JOSÉ MANUEL BONILLA TOLOZA**, (Hijo), 20 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$18'170.520. 3) Para **JOAQUÍN BONILLA LUCUMÍ**, (Hijo), 20 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$18'170.520. 4) Para **ANTONIO BONILLA LUCUMÍ**, (Hijo), 20 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$18'170.520. 5) Para **LUZ LIBIA LUCUMÍ LUCUMÍ**, (Compañera Permanente) 20 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$18'170.520. 6) Para **SALMA PAMELA BONILLA PEREA**, (Hermano), 10 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$9'085.260. 7) Para **YARLY XILENA BONILLA PEREA**, (Hermana), 10 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$9'085.260. 8) Para **MARÍA ELENA PEREA OBREGÓN**, (Hermano), 10 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$9'085.260. 9) Para **JHUNIOR BONILLA PEREA**, (Hermano), 10 s.m.l.m.v. a razón de \$908.526 = \$9'085.260. **TOTAL, DAÑOS MORALES \$ 136'278.900.** 3°. **DAÑOS A LA SALUD.** En la Modalidad de Daño a la Salud, las Convocadas deben reconocer y pagar al señor JOSÉ LEOMAR BONILLA PEREA, el equivalente a VEINTE (20) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, por las secuelas de carácter permanente que afectan el órgano de locomoción, como fundamento los principios de reparación integral y equidad del daño establecido en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998, reconocidos ampliamente por la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado. (...). **PAGOS E INTERESES DE LA INDEMNIZACIÓN.** En los artículos 192 y 195 del Código de Procedimiento Administrativo, se establece que todo pago se imputará a intereses. Por tanto, a partir de la ejecutoria del Auto que ponga fin al Proceso, se adeudarán los intereses correspondientes, y los pagos que se ordenen a favor de los actores deben ser en moneda de curso legal en Colombia, ajustando su valor con base en los índices de precios al consumidor certificados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) o por la entidad que eventualmente llegare a hacer sus veces, de conformidad con el artículo 178 de Código Contencioso Administrativo (...). Estimó la cuantía en \$244.021.775.

- 3. La audiencia se hizo de manera no presencial, a través de la aplicación TEAMS, de acuerdo con las disposiciones contenidas en la Resolución N° 312 de 29 de julio de 2020 “Por la cual se regula la celebración de audiencias de conciliación extrajudicial en materia contencioso administrativo mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones”, en la que se dispone que los Procuradores Judiciales podrán realizar las audiencias de que trata el artículo 2.2.4.3.1.1.7 del Decreto 1069 de 2015 en la modalidad no presencial, haciendo uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones dispuestas o autorizadas por la Procuraduría General de la Nación, con las que se garanticen su autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta; además la Resolución No. 462 de 30 de noviembre de 2020, proferidas por el Procurador General de la Nación. así como el artículo 9 del Decreto 491 de 28 de marzo de 2020.
- 4. Llegado el día previsto para la audiencia de conciliación, **14 DE MAYO DE 2021 A LA 1:30 P.M.**, la misma se declaró **FALLIDA**, por no existir ánimo conciliatorio de la entidad **CONVOCADA DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO, CULTURAL, TURISTICO, EMPRESARIAL Y DE SERVICIOS DE SANTIAGO DE CALI.**
- 5. De conformidad con lo anteriormente expuesto, se da por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la jurisdicción de lo contencioso administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el artículo 161 del CPACA.
- 6. En los términos de la Ley 640 de 2001, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1069 de 2015, no hay lugar a devolución de documentos a la parte convocante, por haber sido radicada la solicitud de conciliación en sede virtual.


Dada en Santiago de Cali, el día **14 DE MAYO DE 2021.**

  
ANA SOFIA HERMAN CADENA  
Procuradora 59 Judicial I para Asuntos Administrativos

<sup>2</sup> Decreto Legislativo 491 del 28 de marzo de 2020: “Artículo 11: De las firmas de los actos, providencias y decisiones. Durante el periodo de aislamiento preventivo obligatorio las autoridades a que se refiere el artículo 1 del presente Decreto, cuando no cuenten con firma digital podrán válidamente suscribir los actos, providencias y decisiones que adopten mediante firma autógrafa mecánica, digitalizadas o

Lugar de Archivo: Procuraduría 59 Judicial I Administrativa	Tiempo de Retención: 5 años	Disposición Final: Archivo Central
---	-----------------------------	------------------------------------



	PROCESO: INTERVENCIÓN	Fecha de Revisión	14/11/2018
	SUBPROCESO: CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	Fecha de Aprobación	14/11/2018
	CONSTANCIAS DE TRAMITE CONCILIATORIO EXTRAJUDICIAL ADMINISTRATIVO	Versión	1
	CÓDIGO: REG-IN-CE-006	Página	Página 3 de 3

Santiago de Cali,\_\_\_\_\_

En la fecha recibí la presente constancia y los documentos aportados a la conciliación.

Nombre:\_\_\_\_\_

Cedula:\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_

T.P:\_\_\_\_\_

escaneadas, según la disponibilidad de dichos medios. Cada autoridad será responsable de adoptar las medidas internas necesarias para garantizar la seguridad de los documentos que se firmen por este medio”.

Lugar de Archivo: Procuraduría 59 Judicial I Administrativa	Tiempo de Retención: 5 años	Disposición Final: Archivo Central
--	--------------------------------	---------------------------------------