



ALEXANDRA BARAHONA PELÁEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

alexandrab2828@yahoo.es

Armenia - Quindío

AC(03)

20606653



| | | | |
|-----|---|---|-----|
| MIN | 1 | 5 | MAX |
| | | X | |

SE RECIBE PARA ESTUDIO
NO IMPLICA ACEPTACION

hacer Carta

objetor
Hoyos

Armenia Agosto 16 de 2016

Seo 33173320

Señores
ALLIANZ SEGUROS
Armenia Quindío

Hoyos



REFERENCIA RECLAMACION DE INDEMNIZACION

ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ, mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cedula de ciudadanía numero 41 919 745 expedida en Armenia Quindío, abogada en ejercicio, portadora de la T P Nro 106 194 Del CSJ , actuando en calidad de apoderada de la señora **CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR**, igualmente mayor y vecina de La tebaida Quindío, identificada con la cedula de ciudadanía numero 1 096 035 585 expedida en La tebaida Q, representante legal y madre de los menores **CRISTIAN CAMILO** y **JUAN MANUEL CAMARGO HOYOS**, compañera permanente e hijos del occiso **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**, como fundamento de la petición que mas adelante formulare me permito exponer los siguientes

HECHOS

PRIMERO - El día 27 de enero de 2015, en la via Anapoima - San Antonio frente a la finca villa Daniela de jurisdicción de Anapoima Cundinamarca, colisionaron los siguientes vehículos

- MOTOCICLETA**, de servicio PARTICULAR, marca YAMAHA, modelo 1998, de placas RAB 22 A, color MARRON Y NIQUEL, de propiedad del señor MARTIN RINCON BAHAMON y conducida por el señor RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS, quien falleció a causa del accidente de transito
- Vehículo CAMION, de servicio PUBLICO, marca CHEVROLET NQR, modelo 2011, de placas SXM 505, color MAGENTA, VERDE LIMON, de propiedad de SIVA S.A ESP y conducida por el señor ANGEL OCTAVIO NARANJO CORREDOR, con póliza de responsabilidad civil extracontractual contratada con la compañía ALLIANZ SEGUROS



ALEXANDRA BARAHONA PELÁEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

alexandrab2828@yahoo.es

Armama - Quindío

Seguros A
Gerencia Nacional de
Indemnizaciones

18 ABO 2016

SE RECIBE PARA ESTUDIO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

SEGUNDO - Después de ocurrida la colisión se hizo presente al lugar del hecho de tránsito, personal adscrito a la POLICIA NACIONAL DE CARRETERAS, quien procedió a suscribir el respectivo informe policial de accidente de tránsito, dejando constancia en el acápite 11 HIPOTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO PARA EL VEHICULO Nro 1 del informe policial **CÓDIGO 157, HIPOTESIS NO TENER PRECAUSION AL MOMENTO DE TOMAR UNA CURVA**

El señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**, conducía su vehículo motocicleta en la vía Anapoima - San Antonio frente a la finca villa Daniela, cuando observo que el camión de placa **SXM 505**, se encontraba invadiéndole el carril, manifestando en vida cuando se encontraba en el hospital **PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ "Venía subiendo por la vía y colisiono con un carro que bajaba en contravía por una curva"** Causándose el accidente. Es claro y evidente que el señor **ANGEL OCTAVIO NARANJO CORREDOR** falto al deber objetivo de cuidado que le exige la actividad de conducir vehículos y por violación a las normas de tránsito al invadir el carril contrario por esquivar un hueco que se encontraba sobre su carril, además la interpretación de los daños del vehículo asegurado por ustedes afirma la manifestación realizada por la víctima antes de fallecer

NORMAS INFRINGIDAS

ARTÍCULO 55 DEL CODIGO NACIONAL DE TRANSITO COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR, PASAJERO, O PEATON Toda persona que tome parte en el tránsito como conductor, pasajero o peatón, debe comportarse en forma que no obstaculice, perjudique o ponga en riesgo a las demás y debe conocer y cumplir las normas y señales de tránsito que le sean aplicables, así como obedecer las indicaciones que le den las autoridades de tránsito

ARTÍCULO 60 DEL CODIGO NACIONAL DE TRANSITO OBLIGATORIEDAD DE TRANSITAR POR LOS CARRILES DEMARCADOS Los vehículos deben transitar, obligatoriamente, por sus respectivos carriles, dentro de las líneas de demarcación, y atravesarlos solamente para efectuar maniobras de adelantamiento o de cruce

Parágrafo 2º Todo conductor, antes de efectuar un adelantamiento o cruce de una calzada a otra o de un carril a otro, debe anunciar su intención por medio de las luces direccionales y señales ópticas o audibles y efectuar la maniobra de forma que no entorpezca el tránsito, ni ponga en peligro a los demás vehículos o peatones

ARTÍCULO 61 DEL CODIGO NACIONAL DE TRANSITO VEHICULO EN MOVIMIENTO Todo conductor de un vehículo deberá abstenerse de realizar o adelantar acciones que afecten la seguridad en la conducción del vehículo automotor, mientras este se encuentre en movimiento



ALEXANDRA BARRAHONA PELÁEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

alexandrab2828@yahoo.es

Armenia - Quindío

TERCERO - A consecuencia de la colisión, el señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**, resultado lesionado, quien sufrió lesiones de consideración en diferentes partes del cuerpo, debiendo ser trasladado al HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ de la Mesa Cundinamarca, quien fue atendido por Neumotórax del lado derecho, fractura de la bóveda del cráneo, hemonemotórax traumático izquierdo, traumatismos múltiples del tórax, fractura de la diáfisis de la tibia izquierdo, fractura del peroné izquierdo, traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla, amputación traumática a nivel de la rodilla, amputación traumática de miembro inferior izquierdo y finalmente fallece a las 12 del día por paro cardiorespiratorio Segun el informe pericial de necropsia Nro 2015010125386000004 Causa de muerte POLITRAUMATISMO CONTUNDENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO Diagnostico medico legal de la manera de la muerte violenta - transito

CUARTO - Para la fecha del accidente, mi representado laboraba como TRABAJADOR de la construcción devengando un salario mensual de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1 200 000=), Pero para efectos de liquidación del lucro cesante (perjuicios patrimoniales) se tomara la suma de un salario mínimo legal mensual vigente para la época del accidente (enero 27 de 2015) con sus incrementos promedio anual, el cargo ocupado por el occiso, su edad, su capacidad laboral y sus ingresos El occiso era compañero permanente y padre de mis representados, quienes con su deceso han sufrido irreparables perjuicios tanto patrimoniales como morales El occiso era quien sostenia económicamente su nucleo familiar conformado por su compañera permanente y sus hijos, pues su compañera permanente no trabajaba ni recibía ingresos, y dependía económicamente de su compañero, era el padre quien asumía todos los gastos del hogar

Mi representado es padre de **CRISTIAN CAMILO CAMARGO HOYOS** de 10 años de edad y **JUAN MANUEL CAMARGO HOYOS**, de 8 años de edad, por los cuales respondió económicamente y velaba por el sustento y manutención de su familia, proporcionándoles alimentación, vivienda, salud, estudio, recreación, vestido, y demás Para la fecha del acontecimiento el señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS** tenía 27 años, 11 meses y 2 días de edad

QUINTO - En la actualidad se tramita y encuentra activo en la **FISCALÍA PRIMERA SECCIONAL DE LA MESA CUNDINAMARCA**, la investigación por **HOMICIDIO CULPOSO**, radicado bajo el numero 253866000696201500007 donde figura como indiciado el señor **ANGEL OCTAVIO NARANJO CORREDOR**.

SEXTO - La señora **CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR**, me ha conferido poder para que la represente legalmente como victima y en representación de sus dos menores hijos ante la **FISCALÍA PRIMERA SECCIONAL DE LA MESA CUNDINAMARCA**



ALEXANDRA BARRAHONA PELÁEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

alexandrab2828@yahoo.es

Armenia - Quindío

PETICIÓN

De acuerdo a los hechos antes expuestos, obrando en representación de la señora **CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR**, y en representación de sus dos menores hijos, como victimas, según poder conferido y en vista a que procede la indemnización por parte de **LA COMPAÑÍA ALLIANZ SEGUROS**, me permito solicitar el pago extrajudicial de las siguientes sumas de dinero así

**1 PERJUICIOS MATERIALES O PATRIMONIALES (LUCRO CESANTE)
DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA
Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MONEDA
CORRIENTE (\$237 745 265=)**

**2 PERJUICIOS MORALES
PARA CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR COMPAÑERA PERMANENTE
CINCUENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE
(\$55 000 000=)**

**PARA CRISTIAN CAMILO CAMARGO HOYOS (HIJO) CINCUENTA Y
CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$55 000 000=)**

**Y PARA JUAN MANUEL CAMARGO HOYOS (HIJO) CINCUENTA Y CINCO
MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$55 000 000=)**

**Para un gran total de CUATROCIENTOS DOS MILLONES SETECIENTOS
CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS
MONEDA CORRIENTE (\$402 745.265=)**

ANEXOS

- Poder a mí conferido debidamente autenticado por la señora **CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR**.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía la señora **CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR**.
- Fotocopia de la tarjeta de propiedad del vehículo de placa **RAB 22 A**, fotocopia de la cedula de ciudadanía y licencia del señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**
- Fotocopia autenticada del registro civil de defunción del señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**



ALEXANDRA BARAHONA PELÁEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

alexandrab2828@yahoo.es

Armenia - Quindío

-
- Fotocopia autenticada del registro civil de nacimiento de **CRISTIAN CAMILO CAMARGO HOYOS**
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad de **CRISTIAN CAMILO CAMARGO HOYOS**
 - Fotocopia autenticada del registro civil de nacimiento de **JUAN MANUEL CAMARGO HOYOS**
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad de **JUAN MANUEL CAMARGO HOYOS**
 - Fotocopia autenticada de tres declaraciones extrajuicio para demostrar la unión marital de hecho
 - Fotocopia de la licencia de conducción, cedula de ciudadanía del conductor y tarjeta de propiedad del vehiculo de placa SXM 505
 - Fotocopia del soat y revisión técnico mecánica del vehiculo de placa SXM 505
 - Fotocopia del informe policial de accidente de transito y croquis
 - Fotocopia de la epícrisis
 - Fotocopia de la historia clinica expedida por el HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ de la Mesa Cundinamarca.
 - Fotocopia de inspección técnica a cadáver
 - Fotocopia del informe pericial de necropsia Nro 2015010125386000004
 - Fotocopia del poder conferido a la fiscalía 1 seccional de la Mesa Cundinamarca
 - Certificación expedida por la fiscalía 1 seccional de la Mesa Cundinamarca.

Atentamente,

ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ

C C Nro 41 919 745 Armenia Q

T P Nro 106 194 del C S J

Calle 57 Nro 24 - 11

La Arcadia Manzana 17 Casa 4 ARMENIA Q

Cel 312 743 36 88 - 310 49 25 799



ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

CALLE 57 # 24 11 LA ARCADIA

Armenia - Quindio

Señores

ALLIANZ SEGUROS

Armenia - Quindio

CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR, mayor de edad y vecina de La tebaida Quindio identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de victima y representante legal de los menores CRISTIAN CAMILO CAMARGO HOYOS y JUAN MANUEL CAMARGO-HOYOS, -respetuosamente me permito manifestar que otorgo PODER ESPECIAL AMPLIO y SUFICIENTE a la abogada ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ, igualmente mayor y vecina de Armenia Quindio, identificada con la cedula de ciudadanía Nro 41 919 745 expedida en Armenia Q portadora de la tarjeta profesional Nro 106 194 del CSJ, para que en mi nombre y en el de mis menores hijos proceda en forma extrajudicial, a solicitar ante la COMPAÑIA ALLIANZ SEGUROS la cancelación de la suma de dinero por concepto del valor de la indemnización por perjuicios morales y materiales ocasionados a raíz del accidente de tránsito ocurrido el día 27 de Enero de 2015 en la Via anapoima - san Antonio frente a la finca la Daniela ,en el cual falleció mi compañero permanente y padre de mis hijos

Mi apoderada queda ampliamente facultada para que nos represente ante la compañía ALLIANZ SEGUROS, presente la reclamación de indemnización, como también esta facultada para transigir, recibir, CONCILIAR, sustituir, desistir, reasumir, aportar y debatir pruebas, interponer recursos y en general para adelantar todas las diligencias inherentes a este mandato

Atentamente,

Cindy Carolina Hoyos
CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR -
C C Nro 1 096 035 585 de la tebaida Q

ACEPTO,

ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ
Abogada



DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
REPUBLICA DE COLOMBIA - ARMENIA QUINDIO

19 JUL 2016

FECHA

ANTE EL SUSCRITO NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO SE PRESENTO

Cindy Carolina Hoyos Salazar

QUIEN SE IDENTIFICO CON CC 1096035585

EXPEDIDA EN

La Tebuda

Y DIO QUE EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO ES
CIERTO Y QUE LA FIRMA PUESTA EN EL MISMO ES LA SUYA Y
POR ESTE VI ESTAMPA LA HUELLA DACTILAR DEL INDICE DERECHO
EN LA CONSTANCIA FIRMA



HUELLA INDICE DERECHO

EL PRESENTE PUELLA SE
AUTENTICA POR PETICION
DEL INTERESADO

Cindy Carolina Hoyos
1096035585



NOTARIA TERCERA
ARMENIA QUINDIO - COLOMBIA
EL PRESENTE DOCUMENTO SE
AUTENTICA POR INSISTENCIA
DEL INTERESADO

NOTARIA TERCERA
ARMENIA QUINDIO - COLOMBIA
EL PRESENTE DOCUMENTO FUE OBJETO DE AUTENTICACION
MANUAL, TODA VEZ QUE EL SUELO BIOMETRICO PRESENTO
FALLA TECNICA AL MOMENTO DE LA DILIGENCIA

PCBDIG82-84/18/2816 - 83478

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.096.035.585

HOYOS SALAZAR

APELLIDOS
CINDY CAROLINA

NOMBRES

Cindy Carolina Hoyos
FIRMA



ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL



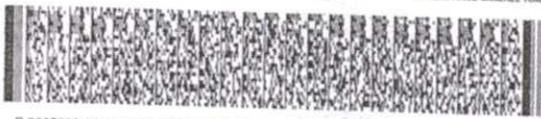
FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1991
CARTAGO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-JUL-2009 LA TEBAIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

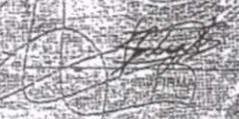


P-2005000-00181436-F-109603585-20000928 0016635483A 1 24864964

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| REPÚBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSPORTE Y TRÁNSITO TERRESTRE AUTOMOTOR | | 02-006592 LICENCIA DE TRÁNSITO No. | |
| PLACA ÚNICA RAB-22A | MARCA YAMAHA | LÍNEA Y CILINDRAJE RX-115S | MODELO 1998 |
| CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA | | COLORES MARRÓN Y NIQUEL | |
| SERVICIO PARTICULAR | CARROCERÍA O TIPO TURISMO | No. PUERTAS | |
| NÚMERO DE MOTOR 4JF-009462 | R. | No. DE SERIE | R. |
| NÚMERO DE CHASIS 4JF-009462 | R. | CAP. TON. PAS. 01 PASAJ. | PESO BRUTO VEHICULAR |
| VOLADIZO ANTERIOR | DISTANCIA ENTRE EJES | VOLADIZO POSTERIOR | No. EJES |
| ANCHO (m.m.) | ALTO (m.m.) | LARGO (m.m.) | AVALÚO COMERCIAL |
| ACTA X | DEC. DE MPOR. | NÚMERO 119C4050411 | CIUDAD MEDELLÍN |
| | | DÍA - MES - AÑO 12 09 97 | |
| EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHÍCULOS ARTICULADOS SERÁ EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIRREMOLQUES Y SIMILARES | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------|----|
| LICENCIA DE TRÁNSITO No. 73268-02-006592 | | | |
| PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES RINCON BAHAMON MARTIN | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | X | NI |
| No. DE IDENTIFICACION | DE IBAGUE | | |
| DIRECCIÓN MZ. 15 CASA 23 B/BALKANES | | | |
| CIUDAD ESPINAL | TELÉFONO 2481547 | | |
| ÚLTIMO TRÁMITE LEVANTA ALERTA | ORGANISMO DE TRÁNSITO S.T.T.M ESPINAL | | |
| LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD | | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | TRÁMITE REALIZADO 270301 | |
| DÍA 31 | MES 05 | AÑO 2002 | |
| FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD QUE EXPIDIO | | | |

| | | | |
|---|----------------------------|---------------------|--|
|  | FECHA DE NACIMIENTO | 25-FEB-1987 | |
| | ANAPOIMA (CUNDINAMARCA) | LUGAR DE NACIMIENTO | |
| 1.80 | A+ | M | |
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO | |
| 18-ABR-2005 ANAPOIMA | | | |
| FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN | | | |
| REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ANIBAL SANCHEZ TORRES | | | |
|  | | | |
| A-1501000-00213987-M-1072960296-20100210 0020807354A 1 28673552 | | | |

| | | |
|---|---------------|--|
| REPÚBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACION PERSONAL CEDULA DE CIUDADANIA | |  |
| NÚMERO | 1.072.960.296 | |
| CAMARGO ARIAS | | |
| APELLIDOS RUBEN DARIO | | |
| NOMBRES | | |
|  | | |

| | |
|---|----|
| REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE TRANSPORTE DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSPORTE Y TRÁNSITO TERRESTRE AUTOMOTOR | |
| LICENCIA DE CONDUCCIÓN 73268-028-1374-1 | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | |
| C01072960296 S | 02 |
| CAMARGO ARIAS | |
| RUBEN DARIO | |
| A 2003-SEP-002-73268 | |
|  | |

ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL

PCBDDIG02-04/10/2016 - 03472

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION

Indicativo Serial 0 6183378



| | | | | | | | | | | |
|---|---------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Datos de la oficina de registro | | | | | | | | | | |
| Clase de oficina | Registraduría | <input checked="" type="checkbox"/> | Notaría | <input type="checkbox"/> | Consulado | <input type="checkbox"/> | Corregimiento | <input type="checkbox"/> | Insp. de Policía | <input type="checkbox"/> |
| Código J 8 Q | | | | | | | | | | |
| Pal. Departamento Municipio Corregimiento e/o Inspección de Policía | | | | | | | | | | |
| REGISTRADURIA DE LA MESA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - LA MESA | | | | | | | | | | |

| | |
|--|------------------|
| Datos del inscrito | |
| Apellidos y nombres completos | |
| CAMARGO ARIAS RUBEN DARIO | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
| CC 1 072 960 296 | MASCULINO |

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| Datos de la defunción | | |
| Lugar de la Defunción: País Departamento Municipio Corregimiento e/o Inspección de Policía | | |
| COLOMBIA CUNDINAMARCA LA MESA | | |
| Fecha de la defunción | | Hora |
| Año | Mes | Día |
| 2015 | ENE | 27 12 00 |
| Número de certificado de defunción | | |
| UPJCTILM N 028-2015 | | |
| Presunción de muerte | | |
| Juzgado que profiere la sentencia | | Fecha de la sentencia |
| | | Año Mes Día |
| Documento presentado | | Nombre y cargo del funcionario |
| Autorización judicial <input checked="" type="checkbox"/> | Certificado Médico <input type="checkbox"/> | CTI CUNDINAMARCA UNIDAD LOCAL |

| | |
|---|-------|
| Datos del denunciante | |
| Apellidos y nombres completos | |
| FONSECA ALVAREZ JAIME | |
| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
| SIN INFORMACION | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Primer testigo | |
| Apellidos y nombres completos | |
| Documentos de identificación (Clase) | |
| Firma | |

| | |
|---|--|
| Segundo testigo | |
| Apellidos y nombres completos | |
| Documentos de identificación (Clase y número) | |
| Firma | |

| | | | | |
|--|-----|-----|---|--|
| Fecha de inscripción | | | Nombre y firma del funcionario que autoriza | |
| Año | Mes | Día | | |
| 2015 | FEB | 06 | LUIS ALBERTO RONCANCIO CASTILLO | |
| ESPACIO PARA NOTAS | | | | |
| 06 FEB 2015 - ANEXA CERTIFICADO DE DEFUNCION NO 81425088-1 | | | | |

ES FIEL REPRODUCCION MECANICA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA LIBRO DE Defuncion TOMO - FOLIO 6183378 SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO HOY 05 JUL 2016 VALIDO SIN SELLO SEGUN ART 11 DEL DECRETO 2150 DE 1995

LUIS ALBERTO RONCANCIO CASTILLO REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL LA MESA

ORIGEN PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1096033523

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 31146750

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 Q 3 C |
|---|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|--|--------------|

Datos de la oficina de registro - País Departamento Municipio Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE LA TEBAIDA COLOMBIA QUINDIO LA TEBAIDA*****

Datos del inscrito

| | |
|--|------------------------------------|
| Primer Apellido CAMARGO***** | Segundo Apellido HOYOS***** |
| Nombre(s) CRISTIAN CAMILO***** | |
| Fecha de nacimiento Año 2 0 0 8 Mes JUN Día 0 9 | Sexo (en letras) MASCULINO***** |
| Grupo sanguíneo A***** | Factor RH +***** |
| Lugar de nacimiento (País Departamento Municipio Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA QUINDIO LA TEBAIDA***** | |

| | |
|---|---|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de castigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** | Número certificado de nacido vivo A 7108521***** |
|---|---|

Datos de la madre

| | |
|---|-------------------------------|
| Apellidos y nombres completos HOYOS SALAZAR CINDY CAROLINA***** | |
| Documento de identificación (Clase y número) TARJETA DE IDENTIDAD 91072454338***** | Nacionalidad COLOMBIA***** |

Datos del padre

| | |
|--|-------------------------------|
| Apellidos y nombres completos CAMARGO ARIAS RUBEN DARIO***** | |
| Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 1072960296***** | Nacionalidad COLOMBIA***** |

Datos del declarante

| | |
|--|-----------|
| Apellidos y nombres completos CAMARGO ARIAS RUBEN DARIO***** | |
| Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 1072960296***** | 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 2 0 0 8 Mes JUN Día 2 9 | Nombre y firma del funcionario que autoriza JOHN MUÑOZ RENDON. ***** Nombre y firma |
|---|---|

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

ESPACIO PARA NOTAS

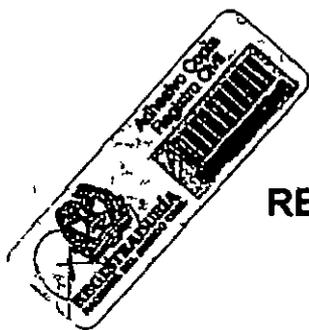


ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTE DESPACHO, EL CUAL SE EXPIDE, A SOLICITUD DE CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR, IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA Nro 1 096 035 585, BAJO EL INDICATIVO SERIAL Nro 31146750 A NOMBRE DE CAMARGO HOYOS CRISTIAN CAMILO, SE EXPIDE A LOS 27 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 2016, PARA TRÁMITES DE DOCUMENTACIÓN Y/O DE LEY



MÓNICA ALEJANDRA VALENCIA LÓPEZ
REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL (E)
VALIDO SIN SELLO DEC 2150, ART, 11 DE 1995



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1 096.033 523
CAMARGO HOYOS

APELLIDOS
CRISTIAN CAMILO

NOMBRES

CRISTIAN
FORMA



ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE REPTIM DOCUMENTAL



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-2008

LA TEBADA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-JUN-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

G B RH

M

SEXO

20-AGO-2013 ANAFORMA

FECHA / LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]

PODE DECIRLO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANDRÉS GARCÍA TORRES



P 1501009-02507180 M 1098033523-20131113 0005628478A 1 40798026

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1 097 395 607

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32788328

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría
 Notaría
 Número
 Consulado
 Corregimiento
 Inspección de Policía
 Código Q 6 A

País Departamento Municipio Corregimiento año Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CALARCA - COLOMBIA - QUINDIO - CALARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido CAMARGO
 Segundo Apellido HOYOS

Nombre(s) JUAN MANUEL.

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 8 Mes A G O Día 2 4 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País Departamento Municipio Corregimiento año Inspección)

COLOMBIA QUINDIO CALARCA

Tipo de documentos antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 502750475

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos HOYOS SALAZAR CINDY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) TI 910724-54338

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CAMARGO ARIAS RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1 072 960 296

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CAMARGO ARIAS RUBEN DARIO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1 072 960 296

Firma *Ruben Camargo*

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 2 0 0 8 Mes S E P Día 0 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza *Fernando Ma... GARCIA* REGISTRAD

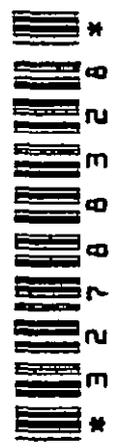
Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma *Ruben Camargo*

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
CALARCA - QUINDIO

Es fotocopia tomada del Original
que reposa en Archivo
[Handwritten Signature]
REGISTRADURIA MUNICIPAL
2 JUN 2016
Calarcá (Q)



Harold Edward Lara
REGISTRADOR MUNICIPAL

ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE REPRODUCCIÓN DOCUMENTAL

670-1000

ACTA DECLARACIÓN PARA FIN EXTRAPROCESAL

En la Ciudad de Armenia, Departamento del Quindío, República de Colombia, al primer día del mes de JULIO, del año Dos Mil Dieciséis (2.016), en el Despacho de la Notaría Tercera del Circulo Notarial de Armenia, a cargo de la Notaria encargada **CAROLINA GIRALDO ALVARADO**, compareció _____

CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR _____

Me llamo como viene escrito, natural de **CARTAGO - VALLE** tengo 24 años de edad, identificada con la cédula de ciudadanía numero **1 096 035.585**, expedida en **LA TEBAIDA** resido en **LA TEBAIDA- QUINDIO, EN EL BARRIO LA NUEVA TEBAIDA MANZANA 4 CASA 8** de estado civil **SOLTERA** numero de teléfono **3135680057** y con sujeción a-l Decreto 1557 de 1 989, bajo la gravedad de juramento manifiesto _____

PRIMERO Rindo esta declaración manifestando que, Conviví bajo el mismo techo compartiendo lecho y mesa de forma continua e ininterrumpida con el señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**, identificado en vida con cedula de ciudadanía numero **1072960296** expedida en Anapoima, en la dirección **VILLAS DEL SANTIAGO** en la manzana E casa No 4 **ANAPOIMA CUNDINAMARCA**, fallecido el 27 de enero de de dos mil quince, estuvimos conviviendo desde el 13 de enero de 2005, es decir hace 10 años, hasta el día de su fallecimiento, mi compañero falleció en un accidente de tránsito en la vía **ANAPOIMA- SAN ANTONIO** frente a la finca villa Daniela como conductor de la motocicleta de placas **RAB22A**, de esa unión procreamos 2 hijos de nombres **CRISTIAN CAMILO Y JUAN MANUEL** identificados con **NUIP 1096033523 y 1097395607**, como compañera permanente nunca nos separamos, mis hijos y yo dependíamos económicamente de él La presente declaración la rindo para efecto de trámites ante la Entidad que lo solicite, **FISCALIA, FOSYGA Y DEMAS ENTIDADES QUE LO REQUIERAN HASTA AQUÍ MI DECLARACIÓN** _____

PARÁGRAFO PRIMERO Manifiesto que he leído detenida y voluntariamente el contenido de la declaración antes vertida, y por estar conforme a lo expresado, no tengo ningún reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar Es de advertir que una vez firmada y autorizada la declaración, cualquier modificación que se pretenda introducir posteriormente deberá ser objeto de nueva declaración, sujeta al pago de la tarifa de Ley ---

PARÁGRAFO SEGUNDO En este estado del presente instrumento, el suscrito notario deja constancia que ha advertido previa y expresamente a la persona que voluntariamente realiza esta declaración, que las personas son libres conforme a la Constitución Política de Colombia, de manifestar, expresar y declarar espontáneamente lo que a bien tengan, pero que esta declaración se debe hacer conforme a la ley, el orden publico y las buenas costumbres _____

PARÁGRAFO TERCERO Adicionalmente el Notario, deja señalado que la presente declaración se ha rendido, consultando para ello, principios jurídicos del derecho notarial



Notaría 3



como los de control de legalidad, rogación e intermediación, incorporados tanto en la Constitución de Colombia como en la Ley _____
REALIZADAS ESTAS ADVERTENCIAS Y ASÍ ACEPTADAS, SE PROCEDE A SU FIRMA POR PARTE DEL DECLARANTE. _____

No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se termina y se firma, en señal de aprobación del contenido del acta _____

DERECHOS NOTARIALES \$11 500 I V A. \$1 840 RESOLUCIÓN 0726 DE 2016

LA DECLARANTE.

x Cindy Carolina Hoyos
CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR
CC No 1096035585



CAROLINA GIRALDO ALVARADO
NOTARIA TERCERA EN CARGA (M.E)
ARMENIA Q.
Laura



Ministerio de Justicia

PROSPERIDAD PARA TODOS

Notaría 3 de Armenia
Notario Juan Carlos Ramírez Gómez.
Dirección Carrera 13 18-21
Teléfonos 7410494 / 7313409 / 7441464
Cel 3158330031 / 3172532849
Email: notaria3armenia@supernotariado.gov.co
notaria3armenia@una.net.co

ACTA DECLARACIÓN PARA FIN EXTRAPROCESAL

En la Ciudad de Armenia, Departamento del Quindío, República de Colombia, al primer día del mes de JULIO, del año Dos Mil Dieciséis (2016), en el Despacho de la Notaría Tercera del Circulo Notarial de Armenia, a cargo de la Notaria encargada CAROLINA GIRALDO ALVARADO, compareció _____

TITO JAIR BAUTISTA CUBIDES _____

Me llamo como viene escrito, natural de SAN JOSE DE PARE - BOYACA tengo 44 años de edad, identificado con la cédula de ciudadanía numero 9.808.082, expedida en LA TEBAIDA resido en LA TEBAIDA- QUINDIO, EN EL BARRIO PROVIDENCIA CALLE 14 No 4B-22 de estado civil UNION LIBRE numero de teléfono 3148818149 y con sujeción a-l Decreto 1557 de 1 989, bajo la gravedad de juramento manifiesto _____

PRIMERO Rindo esta declaración manifestando que, me consta y se por motivos de amistad que los señores CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR identificada con cedula de ciudadanía numero 1 096 035.585 expedida en la tebaida y el señor RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS, identificado en vida con cedula de ciudadanía numero 1072960296 expedida en Anapoima, convivieron desde el año 2005 y de esta unión procrearon dos hijos De nombres CRISTIAN CAMILO Y JUAN MANUEL identificados con NUIP 1096033523 y 1097395607, en mi declaración manifiesto que la señora CINDY y los hijos dependían económicamente del señor RUBEN La presente declaración la rindo para efecto de trámites ante la Entidad que lo solicite, **HASTA AQUÍ MI DECLARACIÓN.** _____

PARÁGRAFO PRIMERO Manifiesto que he leído detenida y voluntariamente el contenido de la declaración antes vertida, y por estar conforme a lo expresado, no tengo ningun reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar Es de advertir que una vez firmada y autorizada la declaración, cualquier modificación que se pretenda introducir posteriormente deberá ser objeto de nueva declaración, sujeta al pago de la tarifa de Ley --

PARÁGRAFO SEGUNDO En este estado del presente instrumento, el suscrito notario deja constancia que ha advertido previa y expresamente a la persona que voluntariamente realiza esta declaración, que las personas son libres conforme a la Constitución Política de Colombia, de manifestar, expresar y declarar espontáneamente lo que a bien tengan, pero que esta declaración se debe hacer conforme a la ley, el orden publico y las buenas costumbres _____

PARÁGRAFO TERCERO Adicionalmente el Notario, deja señalado que la presente declaración se ha rendido, consultando para ello, principios jurídicos del derecho notarial como los de control de legalidad, rogación e intermediación, incorporados tanto en la Constitución de Colombia como en la Ley _____

REALIZADAS ESTAS ADVERTENCIAS Y ASÍ ACEPTADAS, SE PROCEDE A SU FIRMA POR PARTE DEL DECLARANTE _____



Ministerio de Justicia
Superintendencia de Notariado y Registro

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Notaría 3 de Armenia
Notario Juan Carlos Ramírez Gómez.
Dirección Carrera 13 18-21
Teléfonos 7410494 / 7313409 / 7441464
Cel 3158330031 / 3172532849
Email notaria3 armenia@supernotariado.gov.co
notaria3armenia@une.net.co

PCBDIG02-04/10/2016 - 03482

Notaría 3



No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se termina y se firma en señal de aprobación del contenido del acta _____

DERECHOS NOTARIALES \$11 500 LV A. \$1 840 RESOLUCIÓN 0726 DE 2016

EL DECLARANTE



TITO JAIR BAUFISTA CUBIDES
CC No 9.808.082

CAROLINA GIRALDO ALVARADO
NOTARIA TERCERA ENCAJONADO
Laura



Ministerio de Justicia

PROSPERIDAD PARA TODOS

Notaría 3 de Armenia
Notario Juan Carlos Ramírez Gómez.
Dirección, Carrera 13 18-21
Teléfonos 7410494 / 7313409 / 7441484
Cel 3158330031 / 3172532849
Email: notaria3armenia@supernotariado.gov.co
notaria3armenia@une.net.co

ACTA DECLARACIÓN PARA FIN EXTRAPROCESAL

En la Ciudad de Armenia, Departamento del Quindío, República de Colombia, al primer día del mes de JULIO, del año Dos Mil Dieciséis (2016), en el Despacho de la Notaría Tercera del Circulo Notarial de Armenia, a cargo de la Notaria encargada **CAROLINA GIRALDO ALVARADO**, compareció _____

MARCO ANTONIO LOPEZ OROZCO _____

Me llamo como viene escrito, natural de tengo 44 años de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 9.808.148, expedida en LA TEBAIDA resido en LA TEBAIDA-QUINDIO, EN EL BARRIO EL PORVENIR MANZANA C CASA 3 de estado civil UNION LIBRE número de teléfono 3218702095 y con sujeción a-l Decreto 1557 de 1989, bajo la gravedad de juramento manifiesto _____

PRIMERO Rindo esta declaración manifestando que, me consta y se por motivos de amistad que los señores **CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR** identificada con cedula de ciudadanía numero 1 096 035 585 expedida en la tebaida y el señor **RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS**, identificado en vida con cedula de ciudadanía numero 1072960296 expedida en Anapoima, convivieron desde el año 2005 y de esta unión procrearon dos hijos De nombres **CRISTIAN CAMILO Y JUAN MANUEL** identificados con NUIP 1096033523 y 1097395607, en mi declaración manifiesto que la señora **CINDY** y los hijos dependían económicamente del señor **RUBEN** La presente declaración la rindo para efecto de trámites ante la Entidad que lo solicite, **HASTA AQUÍ MI DECLARACIÓN** _____

PARÁGRAFO PRIMERO Manifiesto que he leído detenida y voluntariamente el contenido de la declaración antes vertida, y por estar conforme a lo expresado, no tengo ningun reparo, ni nada que aclarar, corregir y/o enmendar Es de advertir que una vez firmada y autorizada la declaración, cualquier modificación que se pretenda introducir posteriormente deberá ser objeto de nueva declaración, sujeta al pago de la tarifa de Ley ---

PARÁGRAFO SEGUNDO. En este estado del presente instrumento, el suscrito notario deja constancia que ha advertido previa y expresamente a la persona que voluntariamente realiza esta declaración, que las personas son libres conforme a la Constitución Política de Colombia, de manifestar, expresar y declarar espontáneamente lo que a bien tengan, pero que esta declaración se debe hacer conforme a la ley, el orden publico y las buenas costumbres _____

PARÁGRAFO TERCERO Adicionalmente el Notario, deja señalado que la presente declaración se ha rendido, consultando para ello, principios jurídicos del derecho notarial como los de control de legalidad, rogación e inmediación, incorporados tanto en la Constitución de Colombia como en la Ley _____

REALIZADAS ESTAS ADVERTENCIAS Y ASÍ ACEPTADAS, SE PROCEDE A SU FIRMA POR PARTE DEL DECLARANTE _____

No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se termina y se firma en señal de



Ministerio de Justicia

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Notaría 3 de Armenia
Notario Juan Carlos Ramírez Gómez
Dirección Carrera, 13-18-21
Teléfonos 7410494 / 7313409 / 7441464
Cel 3158330031 / 3172532849
Email notaria3.armenta@supernotariado.gov.co
notaria3armenta@una.net.co

Notaría 3

SNR SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La guarda de la fe pública

aprobación del contenido del acta.-----

DERECHOS NOTARIALES \$11.500 I.V.A. \$1. 840 RESOLUCIÓN 0726 DE 2016

EL DECLARANTE:

x 



MARCO ANTONIO LOPEZ OROZCO
C.C. No 9908148



CAROLINA GIRALDO ALVARADO
NOTARIA TERCERA ENCARGADA
Laura



MinJusticia
Ministerio de Justicia
y del Derecho

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Notaría 3 de Armenia
Notario Juan Carlos Ramirez Gómez.
Dirección: Carrera 13 18-21
Teléfonos: 7410494 / 7313409 / 7441464
Cel. 3158330031 / 3172532849
Email: notaria3.armenia@supernotariado.gov.co
notaria3armenia@une.net.co


REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
 No. 19468681

LIBERTAD Y ORDEN
 NOMBRE: **ANGEL OCTAVIO NARANJO TEJEDOR**
 FECHA DE NACIMIENTO: **01-11-1961** SANGRE: **O+**
 FECHA DE EXPEDICIÓN: **30-01-2014**
 RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR:



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR: **SDM - BOGOTÁ D.C.**

CATEGORÍAS AUTORIZADAS

| CATEGORÍA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|-----------|---|------------|------------|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOCICLETO DE CUALQUIER CATEGORÍA | 18-01-2022 | PARTICULAR |
| B2 | MOTOCICLETO, MOTOCARRO, CUATROMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSSETA Y BUS | 30-01-2024 | PARTICULAR |
| C2 | MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSSETA Y BUS | 30-01-2017 | PUBLICO |




ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03000778194


REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10001346383

PLACA: **SXM606** MARCA: **CHEVROLET** LINEA: **NQR** MODELO: **2011**
 CILINDRADA CC: **4.570** COLOR: **MAGENTA VERDE LIMON** SERVICIO: **PÚBLICO**
 CLASE DE VEHÍCULO: **CAMION** TIPO CARROCERIA: **ESTIBAS** COMBUSTIBLE: **DIESEL** CAPACIDAD KUP/PSJ: **4586 - 3**
 NÚMERO DE MOTOR: **"846084"** REG. VIN: **N 9GDN1R714BB034145**
 NÚMERO DE SERIE: **9GDN1R714BB034145** REG. NÚMERO DE CHASIS: **9GDN1R714BB034145** REG. N:
 PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): **SIVA S.A ESP** IDENTIFICACIÓN: **NIT 9003085996**

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: BLINDAJE: ********* POTENCIA HP: **119**
 DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 032010001010150 IE FECHA IMPORT.: **E 13/10/2010** PUERTA: **2**
 LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: *********
 FECHA MATRÍCULA: **19/01/2011** FECHA EXP. LIC. TTD: **19/01/2011** FECHA VENCIMIENTO: *********
 ORGANISMO DE TRÁNSITO: **SDM - BOGOTÁ D.C.**




LTD1001296171

ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO: **19.468.681**
NARANJO TEJEDOR

APELLIDOS: **ANGEL OCTAVIO**
 NOMBRES:
 FIRMA:

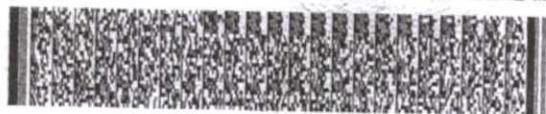


FECHA DE NACIMIENTO: **01-NOV-1961**
BOGOTÁ D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO:

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

15-JUL-1980 **BOGOTÁ D.C.**
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO:

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARBEL SÁNCHEZ TORRES

A-1505500-00060561-M-0019468681-20080829 0002694048A 1 1810009299

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

suramericana

ESTADOS GENERALES SURAMERICANA S.A.
TEL. 992 903 487 8

FECHA EXPEDICIÓN
AÑO: 2014 MES: 11 DÍA: 18
VIGENCIA
DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO: 2014 MES: 12 DÍA: 24
HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO: 2015 MES: 12 DÍA: 23

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR
COMBUSTIBLES LIQUIDOS DE COLOMBIA

TELÉFONO TOMADOR
5935999

TIPO DE DOCUMENTO
NIT

Nº. DOCUMENTO TOMADOR
9001758302

COD. SUJECIONAL
094

CLAVE PRODUCTOR
20579

CUIDAD EXPEDICIÓN
586

DIRECCIÓN DEL TOMADOR
CARRERA 59 18 A 75 BOGOTA

CUIDAD RESIDENCIA TOMADOR
BOGOTA D.C.

AT 1318 **15469639**

7644966 0

RESOLUCIÓN SUPERINTENDENCIA BANCARIA 2086 DE JUNIO 14 DE 1991

CLASE VEHICULO
CAMION

SERVICIO
PUBLICO URBAN

CILINDRAJE / VARIOS
4570

MODELO
2011

PLACA No.
SXM505

MARCA
CHEVROLET

LÍNEA VEHICULO
NQR

No. MOTOR
846084

No. CHASIS ó No. SERIE
9GDN1R714BB034145

No. VIN
9GDN1R714BB034145

PASAJEROS
3

CAPACIDAD TON.
4.58

TARIFA
310

PRIMA SGAT
\$ 305,933

CONTRIBUCIÓN FOSTYGA
\$ 152,967

TASA RUMT
\$ 1,300

TOTAL A PAGAR
\$ 460,200

AMPARO POR VICTIMA

| | | |
|--|-----|-------------------|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | HASTA |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | SALARIOS MÍNIMOS |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | LEGALES |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS | 70 | DIÁFONOS VIGENTES |

7644966 0

FIRMA AUTORIZADA

F-01-041-000001

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL **21775677**

PLACA No. **SXM505**

MARCA **CHEVROLET**

LÍNEA **NQR**

SERVICIO **PUBLICO**

COLOR **MAGENTA VERDE LIMON**

MODELO **2011**

CILINDRAJE **4570**

COMBUSTIBLE **DIESEL**

CLASE **CAMION**

EXPLORATORIO **846084**

IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO **N 900175830**

PROPIETARIO **COMBUSTIBLES LIQUIDOS**

Nº. CONSECUTIVO RUMT **119498549**

PLACA No. **SXM505**

CHASIS **9GDN1R714BB034145**

CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR **CONTROL AUTOS DEL GDALIVA VILLETIA S.A.S.**

NET N° **900334718**

FECHA DE EXPEDICIÓN
AÑO: 2015 MES: 01 DÍA: 22

FECHA DE VENCIMIENTO
AÑO: 2016 MES: 01 DÍA: 22

FIRMA DEL RESPONSABLE

Nº. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN **11-01N-007**

Nº. CONSECUTIVO RUMT **119498549**

ORIGINAL DEFECTUOSO
CENTRO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

PCBD1982-84/10/2016 - 03487

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO No. C-000

1. ORGANISMO DE TRÁNSITO

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. GRAVEDAD

| | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| CON MUERTOS | CON HERIDOS | SIN DAÑOS |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS

VIA ANAPOIMA - SAN ANTONIO

FRONTE FINCA VILLA DANIELA

VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

CÓDIGO DE RUTA

Lat.

Long.

3.1 LOCALIDAD O COMUNIDAD

ANAPOIMA

4. FECHA Y HORA

27 01 2015 06 50

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

27 01 2015 07 10

FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE CAÍDA OCUPANTE 4

ATROPELLO 2 INCENDIO 5

VOLCAMIENTO 3 OTRO 6

5.1. CROQUE CON:

VEHICULO MURO 1 SEMÁFORO 5 TARIMA, CASETA 9

TREN 2 POSTE 2 INMUEBLE 8 VEHICULO ESTACIONADO 10

SEMOMIENTE 3 ÁRBOL 3 HIDRATANTE 7 OTRO

OBJETO FIJO 4 BARANDA 4 VALLA, SEÑAL 8

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

| 6.1. SECTOR | | 6.2. ZONA | | 6.4. DISEÑO | | | 6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| AL <input type="checkbox"/> | RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> | ESCOLAR <input type="checkbox"/> | DEPORTIVA <input type="checkbox"/> | GLORIETA <input type="checkbox"/> | CICLO RUTA <input type="checkbox"/> | TRAMO DE VÍA <input checked="" type="checkbox"/> | GRANIZO <input type="checkbox"/> | |
| NACIONAL <input type="checkbox"/> | INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> | TURÍSTICA <input type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | INTERSECCIÓN <input type="checkbox"/> | PASO ELEVADO <input type="checkbox"/> | TÚNEL <input type="checkbox"/> | LLUVIA <input type="checkbox"/> | |
| DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/> | COMERCIAL <input type="checkbox"/> | MILITAR <input type="checkbox"/> | HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> | LDTE O PREDIO <input type="checkbox"/> | PASO INFERIOR <input type="checkbox"/> | | NEBLA <input type="checkbox"/> | |
| MUNICIPAL <input checked="" type="checkbox"/> | | | | PASO A NIVEL <input type="checkbox"/> | PEATONAL <input type="checkbox"/> | | VIENTO <input type="checkbox"/> | |
| URBANA <input checked="" type="checkbox"/> | | | | PONTÓN <input type="checkbox"/> | PUENTE <input type="checkbox"/> | | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> | |

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

| VÍA 1 2 | | VÍA 1 2 | | VÍA 1 2 | | VÍA 1 2 | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| A. RECTA <input type="checkbox"/> | | BUENO <input type="checkbox"/> | | C. SEÑALES VERTICALES | | OTRO <input type="checkbox"/> | |
| CURVA <input checked="" type="checkbox"/> | | CON HUECOS <input checked="" type="checkbox"/> | | PARE <input type="checkbox"/> | | F. DELINEADOR DE PISO | |
| E. PLANO <input type="checkbox"/> | | DERRUMBES <input type="checkbox"/> | | CEDA EL PASO <input type="checkbox"/> | | TACHA <input type="checkbox"/> | |
| PENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> | | EN REPARACIÓN <input type="checkbox"/> | | NO GIRE <input type="checkbox"/> | | ESTOPEROS <input type="checkbox"/> | |
| G. BANIA DE EST. <input type="checkbox"/> | | HUNDIMIENTO <input type="checkbox"/> | | SENTIDO VIAL <input type="checkbox"/> | | TACHONES <input type="checkbox"/> | |
| CON ANDEN. <input type="checkbox"/> | | INUNDADA <input type="checkbox"/> | | NO ADELANTAR <input type="checkbox"/> | | BOYAS <input type="checkbox"/> | |
| CON BERMA <input type="checkbox"/> | | PARCHADA <input type="checkbox"/> | | VELOCIDAD MÁXIMA <input type="checkbox"/> | | BORDILLOS <input type="checkbox"/> | |
| H. PAVIMENTACIÓN | | RIZACA <input type="checkbox"/> | | OTRA <input type="checkbox"/> | | TUBULAR <input type="checkbox"/> | |
| UN. DO <input type="checkbox"/> | | RISURADA <input type="checkbox"/> | | NINGUNA <input type="checkbox"/> | | BARRERAS PLÁSTICAS <input type="checkbox"/> | |
| DOBLE SENTIDO <input checked="" type="checkbox"/> | | F. CONDICIONES | | D. SEÑALES HORIZONALES | | HITOS TUBULARES <input type="checkbox"/> | |
| REVERSIBLE <input type="checkbox"/> | | ACEITE <input type="checkbox"/> | | ZONA PEATONAL <input type="checkbox"/> | | CONOS <input type="checkbox"/> | |
| CONTRAFLUJO <input type="checkbox"/> | | HÚMEDA <input type="checkbox"/> | | LÍNEA CENTRAL AMARILLA <input type="checkbox"/> | | OTRO <input type="checkbox"/> | |
| CICLO VÍA <input type="checkbox"/> | | LÓGO <input type="checkbox"/> | | CONTINUA <input checked="" type="checkbox"/> | | G. VISIBILIDAD | |
| I. CALZADAS | | ALGANTARILLA DESTAPADA <input type="checkbox"/> | | SEGMENTADA <input type="checkbox"/> | | A. NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> | |
| JKA <input checked="" type="checkbox"/> | | MATERIAL ORGÁNICO <input type="checkbox"/> | | LÍNEA DE BORDE BLANCA <input type="checkbox"/> | | B. DIMINUIDA POR | |
| JOS <input type="checkbox"/> | | MATERIAL SUELTO <input type="checkbox"/> | | CONTINUA <input type="checkbox"/> | | CASETAS <input type="checkbox"/> | |
| RES O MÁS <input type="checkbox"/> | | SECA <input checked="" type="checkbox"/> | | SEGMENTADA <input type="checkbox"/> | | CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> | |
| VARIABLE <input type="checkbox"/> | | OTRA <input type="checkbox"/> | | LÍNEA DE BORDE BLANCA <input checked="" type="checkbox"/> | | VALLAS <input type="checkbox"/> | |
| K. BARRILES | | 7.2. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL | | LÍNEA DE BORDE AMARILLA <input type="checkbox"/> | | ÁRBOL / VEGETACIÓN <input type="checkbox"/> | |
| N <input type="checkbox"/> | | A. CON <input type="checkbox"/> | | LÍNEA ANTIBLOQUEO <input type="checkbox"/> | | VEHICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> | |
| OS <input checked="" type="checkbox"/> | | BUENA <input type="checkbox"/> | | FLECHAS <input type="checkbox"/> | | ENCANDILAMIENTO <input type="checkbox"/> | |
| RES O MÁS <input type="checkbox"/> | | MALA <input type="checkbox"/> | | LEYENDAS <input type="checkbox"/> | | POSTE <input type="checkbox"/> | |
| VARIABLE <input type="checkbox"/> | | B. SIN <input type="checkbox"/> | | SIMBOLOS <input type="checkbox"/> | | OTROS <input type="checkbox"/> | |
| L. SUPERFICIE DE RODADURA | | 7.3. CONTROLES DE TRÁNSITO | | OTRA <input type="checkbox"/> | | | |
| KUTO <input checked="" type="checkbox"/> | | A. AGENTES DE TRÁNSITO <input type="checkbox"/> | | E. REDUCTOR DE VELOCIDAD | | | |
| IMADO <input type="checkbox"/> | | B. SEMÁFORO | | BANDAS SONORAS <input type="checkbox"/> | | | |
| QUIN <input type="checkbox"/> | | OPERANDO <input type="checkbox"/> | | RESALTO <input type="checkbox"/> | | | |
| EDRADO <input type="checkbox"/> | | INTERMITENTE <input type="checkbox"/> | | MÓVIL <input type="checkbox"/> | | | |
| DRETO <input type="checkbox"/> | | CON DAÑOS <input type="checkbox"/> | | FIJO <input type="checkbox"/> | | | |
| VA <input type="checkbox"/> | | APAGADO <input type="checkbox"/> | | | | | |

CON REPORTE DE CONDUCTORES INVOLUCRADOS

PRIMA CONDUCTOR VÍCTIMA O TERTIO C.C.

Sebastián G. Gómez

| | | | | | |
|--|----------------------------|-------------------------|----------------|--|--|
| CONDUCTOR/A VEHÍCULO Y PROPIETARIO | | VEHÍCULO | | 2 | |
| NOMBRE Y APELLIDOS Y NOMBRES | | DOC | IDENTIFICACIÓN | NACIONALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO |
| ANGEL OCTAVIO MARANTO TELARUE | | 19468681 | ALVARADO | COLOMBIANO | 01/11/61 |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | CUIDAD | TELÉFONO | SE PRACTICÓ EXAMEN | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| CH 1 N. 2-30 | | BOGOTÁ | 313461400 | AUTORIZADO | EMBAQUEZ GRADO |
| PORTA LICENCIA | LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. | CATEGORÍA | RESTRICCIÓN | EXP <input checked="" type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> | CÓDIGO OF TRÁNSITO |
| <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 19468681 | C2 | | 30/01/14 | |
| HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN | | DESCRIPCIÓN DE LESIONES | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------|---|--|-------------------------|-------|--------|--------------|-----|-----------|----------------------|
| EL VEHÍCULO | PLACA | PLACA REMOLQUE / SEM | NACIONALIDAD | MARCA | LÍNEA | COLOR | MODELO | CONSTRUCCIÓN | TUN | PASAJEROS | LICENCIA DE TRÁNSITO |
| SXK450S | | | COLOMBIANO <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | CHRYSLER | MARCA | VERDE | 2011 | ESTIRAS | | | 10001346383 |
| EMPRESA | MATRICULADO EN | DOMICILIADO EN | PARTICULAR PARA AMPARO TRÁMITE | | TARJETA DE REGISTRO No. | | | | | | |
| NET | BOGOTÁ | | A DISPOSICIÓN DE FISCALÍA LA LA MESA | | | | | | | | |
| REN. TEG. MEC. | NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | No. 23775677 | CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE | | | | | | | | |
| PORTA SOAT | PÓLIZA No. | ASEGURADORA | | VENCIMIENTO | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | AT 1318 15469639 | SURAMERICANA | | 23/12/15 | | | | | | | |
| PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | VENCIMIENTO | PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | VENCIMIENTO | | | | | | |
| No. | ASEGURADORA | DÍA MES AÑO | No. | ASEGURADORA | DÍA MES AÑO | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|---|
| PROPIETARIO | MERNO CONDUCTOR | APELLIDOS Y NOMBRES | | DOC | IDENTIFICACIÓN No. |
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | SIVA S.A ESP | | MIT 9003085998 | |
| EL CLASE VEHICULO | MOTOCICLO | <input type="checkbox"/> | EXTRAPESADA | <input type="checkbox"/> | LA DESCRIPCIÓN GABOS MATERIALES DEL VEHICULO: VOMPER TRASERO PARTE PEQUENA RAYADO |
| AUTOMÓVIL | TRACCIÓN ANIMAL | <input type="checkbox"/> | MERCANCÍA PELIGROSA | <input type="checkbox"/> | |
| BUS | MOTOCICLO | <input type="checkbox"/> | CLASE DE MERCANCIA | | |
| ETA | CUATREMOTO | <input type="checkbox"/> | PASAJEROS | | |
| CAMIÓN | REMOLQUE | <input type="checkbox"/> | COLECTIVO | <input type="checkbox"/> | |
| CAMIONETA | SEM-REMOLQUE | <input type="checkbox"/> | INDIVIDUAL | <input type="checkbox"/> | |
| CAMPERO | LA CLASE VEHICULO | | MASIVO | <input type="checkbox"/> | |
| MICROBÚS | OFICIAL | <input type="checkbox"/> | ESPECIAL TURISMO | <input type="checkbox"/> | |
| TRACTOCAMIÓN | PÚBLICO | <input checked="" type="checkbox"/> | ESPECIAL ESCOLAR | <input type="checkbox"/> | |
| VOLOVETA | PARTICULAR | <input type="checkbox"/> | ESPECIAL ASALARIADO | <input type="checkbox"/> | |
| MOTOCICLETA | DIPLOMÁTICO | <input type="checkbox"/> | ESPECIAL OCASIONAL | <input type="checkbox"/> | |
| M. AGRÍCOLA | LA NACIONALIDAD DE TRÁNSITO | | LA RADIO DE ACCIÓN | | |
| M. INDUSTRIAL | RÍSTO | <input type="checkbox"/> | NACIONAL | <input type="checkbox"/> | |
| BICICLETA | CARGA | <input checked="" type="checkbox"/> | MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> | |
| MOTOCARRO | EXTRADIMENSIONADA | <input type="checkbox"/> | | | |

17. PALAS EN: FRENSOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA

18. LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL LATERAL POSTERIOR

OTRO

REVISADO CON EL ARCHIVO CONDUCTORES ANULADOS

SEBASTIÁN GONZÁLEZ V 09296498

8. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

| APellidos y Nombres | | DOC | IDENTIFICACION No. | NACIONALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | | SEXO | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| | | | | | DA | MESES | AÑO | |
| DIRECCION DE DOMICILIO | | | CUIDAD | TELEFONO | ENTIDAD | | | ESTADO CIVIL |
| HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION | | SE PRACTICO EXAMEN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | CASCO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | PEATON <input type="checkbox"/> | | |
| DESCRIPCION DE LESIONES | | AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ESQUIVAZUEZ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | GRADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | PASAJERO <input type="checkbox"/> | | ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> | |
| | | CHALECO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | MUERTO <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | | HERIDO <input type="checkbox"/> | | |

10. TOTAL VICTIMAS PEATON ACOMPAÑANTE PASAJERO CONDUCTOR TOTAL HERIDOS MUERTOS

14. NUMEROS DEL ACCIDENTE DE TRÁMITE

DEL CONDUCTOR: **VMI 157** DEL VEHICULO:

DE LA VIA:

DEL PEATON:

DEL PASAJERO:

OTRA: **357** ESPECIFICAR CUAL: **NO TENER PRECAUCION AL MOMENTO DE TOMAR UNA CURVA**

12. TESTIGOS

| APellidos y Nombres | DOC | IDENTIFICACION No. | DIRECCION Y CIUDAD | TELEFONO |
|---------------------|-----|--------------------|--------------------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

13. OBSERVACIONES

HIPOTESIS 157 A LA MOTOCICLETA PLAB 22A.

LA SECRETARIA DE TRAMITE NO TIENE NUMEROS DE MANRO

14. ANEXOS ANEXO 1 (Conductores, vehículos) ANEXO 2 (Medios, peatones o pasajeros) OTROS ANEXOS (Fotos y videos)

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

| GRUPO | APellidos y Nombres | DOC | IDENTIFICACION No. | PLACA | ENTIDAD | FECHA |
|-------|----------------------------|-----|--------------------|--------------|---------------|-----------------|
| PT | RUCHA RUCHA VAIR CC | | ED02466 | 08496 | T/MAPA | 15/01/15 |

16. CORRESPONDIA

NUMERO UNICO DE INVESTIGACION: **253816610800312015810035**

Do: M: E: U: A: C:

PCBDDIG02-04/10/2016 - 03492



E S E HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVÁREZ DÍAZ

Nit. 890 680 027-4
Dir: Calle 8 # 25- 34
Tel 5878570

Fecha de Folio

Fecha Actual martes, 27 enero 2015

EPICRISIS

Consecutivo N°13376

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento 27/01/2015 12:17:07 p.m. Ingreso 274601 Fecha Ingreso 27/01/2015 07:44:30 a.m. Confirmado

Médico 1050036013 LILIANA PATRICIA CARMONA MARTINEZ

Información Paciente RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS Tipo Paciente Substanciado Sexo Masculino

Tipo Documento Cédula Ciudadana Número 1072960296 Edad 23 Años 18 Meses 18 Días F Nacimiento 11/05/1991 12:00:00 a.m.

E.I.S. LPS003 CMLSALUD

INFORMACIÓN DE LA EPÍCRISIS

Servicio de Egreso Ninguno Fecha Egreso 27/01/2015 12:17:07 p.m. Estado VIVO

Motivo Consulta TRAIDO POR AMBULANCIA DE ANAPONIA

Enfermedad Actual PACIENTE CON CL DE AIRON 1 HORA DE EVOLUCION DE ACCIDENTE DE TRNASIOT EN CALDIAD DE CONDUCTOR DE MOTO DILL LLPACIENTE QUE VENIAS SUBIENDO POR LA VBLA Y COLISIONO CON UN CARRO QUE BAJABA EN CONTRAVIA POR UNA CURVA NIEGA PERDIDA DE LA CONCIENCIA REFIERE INTENSO DOLOR EN LA PIERNA IZQUIERDA INGRESA PACIENTE EN CAMILLA DE AMBULANCIA EN TABLA CON AMPUTACION CASI TOTAL CON DESARTICULACION DE LA ARTICULACION DE LA RODILLA Y QUEIRDA SANGRADO MODERADO

Estado Ingreso

Antecedentes

Result Procedimientos

Condiciones Salida

Indicacion Paciente

Examen Fisico NINGUNO

Justificación Interpretacion de Parámetros ANTE EL NEUMOTORAX DERECHO Y SU TRASLADO INMINENTE A TERCER NIVEL SE LE PASA TUBO DE TORAX DE URGENCIAS

Resultado Examen

Justificación Muerte

Via Aerea PERMILABEFranco Facial PUPILAS REACTIVAS A LUZ Y ACOMOCADACIONCuello y Columna NO MASASExtremidades NINGUNO DESARTICULACION PARCIAL TRAUMATICA DE LA PIERNA IZQUIERDA CON SANGRADO ABUNDANTE Y MODERADO SIN PULSOS TIBIALES NI PEDIOS PD MAYOR A 2 SEGUNDOS COMPROMISO DE TUBO NEUMOTORAX TENDINOSOAbdomen RIS PRESENTES BLANDO DEPREISBLE NO DOLOR NO MASASCardiopulmonar y Tórax RSCSTAQUICARDICOS RSRS NY CONSERVADOP ON VEGEGADOSNeurologicos y Mental CONCIENTE ORIENTADO Y LAS TRES ESFERAS FUERZA 5/5EN 3 DE AS 4 EXTREMIDADES SENSIBILIDAD CONSERVADA REFLEJOS EN 3 DE LAS 4 EXTREMIDADESPEL y Mucosa NINGUNO ORAL HUMEDA ORI NORMALPACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL INCONSCIENTE E INTUBADO SE OBSERVA NEUMOTORAX BILATERAL ORBL TODO EN LA REGION SUPRAVCLAVICULAR BILATERAL SIN EMBARGO RADIOLOGICAMENTE SE OBSERVA NEUMOTORAX DEL LADO DERECHO MOTIVO POR EL CUAL SE LE PASA EL TUBO 30 EN ESE HEMITORAX UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO A LOS 10 MINUTOS EL PACIENTE REALIZA PAUO CARDIORRESPIRATORIO INICIANDOSL LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION SE TOMA PLACA DE CONTROL DE RX Y SE OBSERVA HEMONEUMOTORAX DEL LADO IZQUIERDO SE LE PASA TUBO DE TORAX DERECHO APRIMADAMENTE 400 CC DE SANGRE TOTAL Y NEUMOTORAX A TENSION LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION HAN SIDO INIRUCTUOSA PIES EL PACIENTE CONTINUA EN ASISTENCIA DESPUES DE 25 MINUTOS PRACTICAMENTE SE CONSIDERA FALLECIMIENTO DILL PACIENTE

DIAGNÓSTICOS

| TIPO DIAGNOSTICO | CODIGO | NOMBRE | IC |
|---------------------|--------|---|--------------------------|
| Ingreso/Relacionado | J939 | NEUMOTORAX NO ESPECIFICADO | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S020 | FRACTURA DE LA BOVEDA DEL CRANEO | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S272 | HEMONEUMOTORAX TRAUMATICO | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S297 | TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL TORAX | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S822 | FRACTURA DE LA DIAPHISIS DE LA TIBIA | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S824 | FRACTURA DE LA PIROMA SOLAMENTE | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S837 | TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | S880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | <input type="checkbox"/> |
| Ingreso/Relacionado | T136 | AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO | <input type="checkbox"/> |

DIAGNÓSTICOS

| TIPO DIAGNÓSTICO | CÓDIGO | NOMBRE | HC |
|------------------|--------|--------|----|
|------------------|--------|--------|----|

| | | | |
|--------|-----|-------------------------------|--------------------------|
| Egreso | H69 | PARO CARDIACO NO ESPECIFICADO | <input type="checkbox"/> |
|--------|-----|-------------------------------|--------------------------|

EVOLUCIONES

| FECHA | DESCRIPCIÓN | MÉDICO |
|-------|-------------|--------|
|-------|-------------|--------|

| | | |
|-------------------------|---|----------------------------|
| 27/01/2015 08 12 58 a m | PACIENTE CON CC DESCRITO SE INGRESA SE CANALIA DOBLE ACCSOS VBENSOS ANJO DEL DOLOR AB IN TRASLADO PRIMARIO ACEPTADO EN MEDICAL PROFINFO | BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL |
|-------------------------|---|----------------------------|

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 27/01/2015 08 18 58 a m | nota PARA SOLICITAR INSUMOS | BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL |
|-------------------------|-----------------------------|----------------------------|

| | | |
|-------------------------|------------------|----------------------------|
| 27/01/2015 08 21 32 a m | nota FORMULACION | BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL |
|-------------------------|------------------|----------------------------|

| | | |
|-------------------------|---|----------------------------|
| 27/01/2015 08 48 07 a m | nota NOTA MEDICA PACIENTE CON DX DE AMPUTACION TRAUMATICA PARCIAL SUBTROCANTERICA CON FRACTURA DE DIAFISIS DE TIBIA Y PERONE, SE CONSIDERADO INTUBACION OROTRAQUEAL PARA VENTILACION MECANICA Y MANTENER SEDOANALGESIA SE REALIZA LAVADO EXHAUSTIVO CON SSN APLICACION DE ANTIIBIOTICO TRICONJUGADO Y TOXOIDE TETANICO SE REDUCE LUXACION Y SE EMPAQUETA CON COMPRESAS HUMEDAS CON SOLUCION SALINA SE INMOVILIZA CON TIRULA DE YESO POSTERIOR PACIENTE ESTABLE VENTILADO FR 15XMIN FR 130XMIN PIN 19 MODO ASISTIDO CONTROLADO FIO2 100% SAT PALIDFZ GENERA IZADO HIPOVENTILACION EN HEMITORAX DERECHO ABDOMEN SIN IRRITACION EXT MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADOSE DEJARA SEDOANALGESIA CON FENTANYL Y MIDAZOLAM Y SE TRASLADA COMO URGENCIA VITAL AMBLANCIA MEDICALIZADA | BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL |
|-------------------------|---|----------------------------|

| | | |
|-------------------------|---|----------------------------|
| 27/01/2015 09 27 26 a m | nota NOTA MEDICA SE REVISA RX DE TORAX NEUMOTORAX DERECHO DEL 20% VALORADO POR CIRUGIA GENERAL QUE CONSIDERA PASAR TURNO A TORAX PARA DRLNAJL | BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL |
|-------------------------|---|----------------------------|

| | | |
|-------------------------|---|---------------------------|
| 27/01/2015 10 25 00 a m | PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA A URGENCIAS POR POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO SE LE PRACTICO RX DE TORAX QUE MUESTRA NEUMOTORAX DEL LADO DERECHO Y MULTIPLES FRACTURAS COSTALES DEL LADO IZQUIERDO | RODRIGUEZ SANTIAGO WILSON |
|-------------------------|---|---------------------------|

| | | |
|-------------------------|---|-----------------------------------|
| 27/01/2015 12 16 48 p.m | nota NOTA MEDICA PACIENTE DE 23 AÑOS QUIEN INGRESA POR POLITRAUMATISMO CON AMPUTACION PARCIAL Y LUXOFRATURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO TRAUMA CRANIOENCEFALICO LEVE NEUMOTORAX DERECHO HEMOTORAX IZQUIERDO QUIEN REQUIRIO VENTILACION MECANICA Y TORACOSTOMIA CERRADA BILATERAL PRESENTO PARO CARDIORESPIRATORIO EN DOS OCASIONES C ULLIMO CON ACTIVIDAD ELCTRICA SIN PULSO CON NULA RESPUESTA A LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION SE EXAMINAN REFLEJO CORNEAL NEGATIVO PUPILAS MIDRIATICAS PLLNAS NO REACTIVASSE CONSIDERA PACIENTE FALLECE A LAS 12:00 HORAS SE SOLICITA AUTOPSIA MEDICOLEGAL SE TRASLADA CUERPO A LA MORGUE | CARMONA MARTINEZ LILIANA PATRICIA |
|-------------------------|---|-----------------------------------|

SERVICIOS

| CÓDIGO | NOMBRE | HC |
|--------|--|-------------------------------------|
| 19304 | CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y HEMOGRAMA | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19509 | HEMOCLASIFICACION GRUPO SANGUINIO Y FACTOR RH | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21105 | RX PELVIS CADERA ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21201 | RX TORAX PA O PA Y LATI MEDIAL Y COSTAL | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87331 | RADIOGRAFIA DE PERNAS Y LATERAL | <input checked="" type="checkbox"/> |

MEDICAMENTOS

| CODIGO | NOMBRE | HC |
|--------------|---|-------------------------------------|
| 151801010021 | MIPTOCIOPRAXIDA 10mg/2ml SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010026 | RANITIDINA 50mg/2ml SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010051 | LACTATO DE RINGER 500ml SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010056 | SODIO BICARBONATO 10 mEq/10 ml SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010074 | DOPAMINA 200mg/5ml SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010077 | EPINEFRINA 1mg/1ml (1%) SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010131 | CEFALOTINA 1g POLVO ESTERIL PARA INYECCION | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010166 | DIPIRONA DE 5g/5 mL SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010172 | GENTAMICINA 80mg/2ml (4%) SOLUCION INYECTABLE | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010184 | PENICILINA G SODICA 1 000 000 U.I. POLVO ESTERIL PARA INYECCION | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 151801010185 | PENICILINA G SODICA 1 000 000 U.I. POLVO ESTERIL PARA INYECCION | <input checked="" type="checkbox"/> |

- 151801010199 DICLOFLNACO \ 75 mg/3 ml SOLUCION INYECTABLE
- 151801010211 ATROPINA SUI FATO 1 mg/ml (0.1%) SOLUCION INYECTABLE
- 151801010232 FENTANILO 0.05 mg/mL (0.005%) SOLUCION INYECTABLE
- 151801010241 KETAMINA CLORHIDRATO 500 mg/mL SOLUCION INYECTABLE
- 151801010250 LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% JALEA
- 151801010254 LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% SIN LIPINFILINA x 10 mL SOLUCION INYECTABLE
- 151801010263 MIDAZOLAM 5mg/5mL (0.5%) SOLUCION INYECTABLE
- 151801010264 MORFINA 10 mg/mL SOLUCION INYECTABLE
- 151801010268 PROPOFOL 200mg AMP
- 151801010326 AGUA DESTILADA 500CC
- 151801010332 REMIFENTANILO 2mg AMP
- 151801010334 TOXOIDE TETANICO 0.5 ml AMP
- 151801010360 TRAMADOL CLORHIDRATO 100mg/2ml SOLUCION INYECTABLE
- 15180101174 SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 500 ml
- 151802010011 AGUJA DESECHABLE No 21 x 1 1/2
- 151802010172 CANNULA NASAL OXIGENO ADULTO
- 151802010198 CATETER INTRAVENOSO No 19
- 151802010240 CIRCUITO ANESTESIA ADULTO
- 151802010318 CUCHILLA BISTURI No 20
- 151802010349 ELECTRODOS ADULTO PEDIATRICO
- 151802010371 EQUIPO UROLOGIA CYSTOULO
- 151802010372 EQUIPO VENOCCLISIS MACROGOTICO
- 151802010446 GUANTE ESTERIL CIRUGIA No 7
- 151802010447 GUANTE ESTERIL CIRUGIA No 7
- 151802010466 HUMIDIFICADOR OXIGENO
- 151802010489 JERINGA DESECHABLE x 10 CC
- 151802010507 YODOPOVIDONA ESPUMA FRASCO x 60 CC
- 151802010508 YODOPOVIDONA SOLUCION FRASCO x 60 CC
- 151802010637 TUBO DE TORAX No 30
- 151802010668 CIRCUITO ADULTO PARA VENTILADOR PORTATIL IMPACT
- 151802010820 PROLENE No 30 REF 1363 8663 C x PS 1
- 151802010821 PROLENE No 40 REF 878 138 C x PS 2
- 151802010867 SEDA No 20 REF 833 / C A SH
- 151802010911 SONDA FOLLEY No 2 VIALS
- 151802010921 SONDA NELLATOR No 16 DESINFECCION
- 151802011211 VENDA DE YESO 6x6
- 151802011214 VENDA ELASTICA 6x6
- 151802011218 VENDAS DE ALGODON 6x6
- 151802011256 RESUCITADOR MANUAL ADULTO
- 151802011278 SET DE DREN DE TORAX No 3 CAVIARAS
- 15180201181 TUBO ENDOTRAQUEAL No 7.5 C / B
- 151802018226 CALCHO SECCION PAQUETE x 16 VETS



Profesional CARMONA MARTINEZ JULIANA PATRICIA
Registro Profesional 1050036013
Especialidad 389 MEDICINA GENERAL

| | | |
|------------------------|--------|---|
| Abdomen | NORMAL | SEGUNDOS COMPOROMSO DE TEJDIO MUCULAR TENDINOSO RSIS PRESENTES BLANDO DEPREISBLE NO DOLOR NO MASAS |
| Cardiopulmonar y Tórax | NORMAL | RSCSTAQUICARDICOS RSRS MV CONSERVADOP ON AGREGADOS |
| Neurológico y Mental | NORMAL | CONCIENTE ORIENTADOE N LAS TRES ESFERAS FUERZA 5/5EN 3 DE AS 4 EXTREMIDADES SENSIBILIDAD CONSERAVDA REFLEJOS ++++ EN 3 DE LAS 4 EXTREMIDADES |
| Genito Rectal | NORMAL | |

Diagnósticos

Análisis e Interpretación de apoyo diagnóstico

| Código | Descripción | Dx Principal |
|--------|---|--|
| S880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |
| S822 | FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | Ppal <input type="checkbox"/> |
| S824 | FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE | Ppal <input type="checkbox"/> |

Análisis y Plan de Manejo Inicial

PACIENTE OCN CC DESCRITO SE INGRESA SE CANALIA DOBLE ACCSOS VBENSOS ANEJO DELDOLOR AB IV TRASLADO PRIMARIO ACEPTADO EN MEDICAL PROINFO

Definición De Conducta

Plan de Manejo

| Medicamento | Dosis | Via | Frec | Prior | Observaciones | Cant |
|--|-------|-----|------|-------|---|------|
| LACTATO DE RINGER 500CC SOLUCION INYECTABLE | | | | | 2000 CC EN BOLO Y CONTINUAR A 150 CC HORA | 6 |
| RANITIDINA 50mg/2ml SOLUCION INYECTABLE | | | | | 50 MG IV AHORA | 1 |
| METOCLOPRAMIDA 10mg/2ml SOLUCION INYECTABLE | | | | | 10 MG IV AHORA | 1 |
| TRAMADOL CLORHIDRATO 100mg/2ml SOLUCION INYECTABLE | | | | | 100 MG IV AHORA | 1 |
| DIPIRONA DE 2.5 g / 5 mL SOLUCION INYECTABLE | | | | | 1 AMP IV AHORA | 1 |
| MORFINA 10 mg/mL SOLUCION INYECTABLE | | | | | 3 MG IV AHORA | 1 |
| CEFALOTINA 1g POLVO ESTERIL PARA INYECCION | | | | | 1 GR IV AHORA | 1 |
| GENTAMICINA 80mg /2 ml (8%) SOLUCION INYECTABLE | | | | | 240 MG IV AHORA | 3 |
| PENICILINA G SODICA X 5 000 000 U I POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | | | | | 5000000 UI IV AHORA | 1 |
| PENICILINA G SODICA X 1 000 000 U I POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN | | | | | PARA PRUEBBA | 1 |

05UU08-V1

Historia Clínica de Urgencias

Página 1/3

Datos Personales Nombre del Paciente: RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS Identificación: 1072960296
 Género: Masculino Fecha Nacimiento: 25/02/1987 12:00:00 a. Edad: 29 Años \ 4 Meses \ 15 Días Estado Civil: Soltero
 Teléfono: 3006509762 Dirección Residencia: VILLAS DE SANTIAGO Cama

Procedencia: ANAPOIMA Ocupación: Religión:

Datos de Afiliación Entidad: 4009 CONSORCIO SAYP 2011
 Tipo Régimen: Otro Nivel Estrato: ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acidente: Teléfono del Acidente:
 Dirección Accidente: Ingreso: 274601
 Fecha de Ingreso: 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa: Enfermedad General: Finalidad de Consulta: No_Aplica

El paciente tiene algún tipo de discapacidad: NO Cúal:

Motivo de Consulta

Hemoclasificación: A+
 TRAIDO POR AMBULANCIA DE ANAPOIMA

Enfermedad Actual

PACIENTE CON CC DE APROX 1 HORA DE EVOLUCIÓN DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALLE DE CONDUCTOR DE MOTO DICE EL PACIENTE QUE VENIA SUBIENDO POR LA VÍA Y COLISIONO CON UN CARRO QUE BAJABA EN CONTRAVÍA POR UNA CURVA. NIEGA PERDIDA DE LA CONCIENCIA REFIERE INTENSO DOLOR EN LA PIERNA IZQUIERDA. INGRESA PACIENTE EN CAMILLA DE AMBULANCIA EN TABLA CON AMPUTACION CASI TOTAL CON DESARTICULACION DE LA ARTICULACION DE LA RODILLA IZQUIERDA SANGRADO MODERADO

Revisión por sistemas

- Organos de los sentidos
- Cabeza y Cuello
- Cardiorrespiratorio
- Gastrointestinal
- Genitourinario
- Osteomuscular
- Neurológico
- Piel y Faneras

Lesión por Causa Externa: No
 Trauma: No
 Cinturón Casco Ropa Protectora Caída mta
 Proyectil: Velocidad: Otros:

Examen Físico por Sistemas

T.A. 159 / 125 mmHg Media 136 mmHg F.C. 140 L*min F.R. 24 mov*min Temp 36.4 °C
 Peso 67.00 Kg Talla 164.00 m IMC 00 Kg/m2
 Glasgow 15 RTS 8 SO2 98

Estado General: BUENO
 Piel y Mucosa: NORMAL MUCOSA ORAL HUMEDA ORL NORMAL
 Vía Aérea: NORMAL PERMEABLE
 Cráneo Facial: NORMAL PUPILAS REACTIVAS A LUZ Y ACOMODACION
 Cuello y Columna: NORMAL NO MASAS
 Extremidades: NORMAL MIEMBRO DESARTICULACION PARCIAL TRAUMATICA DE LA PIERNA IZQUIERDA CON SANGRADO ABUNDANTE A MODERADO SIN PULSOS TIBIALES NI PEDIOS PD MAYOR A 2

PCBDIG02-04/10/2016 - 03496

05UU08-V1

Historia Clínica de Urgencias

Page 3/3

| | | |
|---------------------------------|----------------|---|
| SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 500 ml | PARA LAVADO | 1 |
| VENDA DE YESO 6X5 UNIDAD | INMOVILIZACION | 6 |
| VENDA ELASTICA 6X5 - UNIDAD | INMOVILIZACION | 6 |
| VENDAS DE ALGODON 6X5 UNIDAD | INMOVILIZACION | 6 |

Exámenes

| | | | |
|--------|--|---|---------------------|
| 19304 | CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA | 1 | |
| 19509 | HEMOCLASIFICACION GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH | 1 | |
| 873313 | RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL | 1 | IZQUIERDA, PORTATIL |
| 21201 | RX TORAX (PA O P A Y LATERAL) REJA COSTAL | 1 | PORTATIL |
| 21105 | RX PELVIS CADERA ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES | 1 | PELVIS |

Profesional BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL
 Registro Profesional 79787359
 Especialidad MEDICINA GENERAL



"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro"

PCBDIG02-04/10/2016 - 03497



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS
MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica 1072960296
Fecha de Registro 27/01/2015 8 18
Folio 2
Pagina 1/1

Datos Personales Nombre del Paciente: RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Di Estado Civil Soltero
Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación. 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 - CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente. Teléfono del Acudiente
Dirección Acudiente: Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa. Enfermedad General Finalidad de Consulta No Aplica

NOTAS URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN

PARA SOLICITAR INSUMOS

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|---|--|
| S880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones.

Plan de Manejo

| Nombre | Cant | Días durac | Observaciones |
|---------------------------------|------|------------|---------------|
| SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 500 ml | 9 | 0 | LAVADO |

Profesional BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL
Registro Profesional 79787359
Especialidad MEDICINA GENERAL

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro "

PCBDIG02-04/10/2016 - 03498



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS
MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica 1072960296
Fecha de Registro 27/01/2015 8.21
Folio 3
Pagina 1/1

Datos Personales Nombre del Paciente RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Ds Estado Civil: Soltero
Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen. Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente
Dirección Acudiente Ingreso: 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa Enfermedad_General Finalidad de Consulta No_Aplica

NOTAS URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN

FORMULACION

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|---|---|
| S880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | Prpal <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones.

Plan de Manejo

| Nombre | Cant | Dias durac | Observaciones |
|-----------------------------|------|------------|---------------|
| TOXOIDE TETANICO 0.5 ml AMP | 1 | 0 | 1AMP IM AHORA |

Profesional BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL
Registro Profesional 79787359
Especialidad MEDICINA GENERAL

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro "

PCBDIG02-04/10/2016 - 03499



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS

MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica 1072960296
 Fecha de Registro 27/01/2015 8 48
 Folio 4
 Pagina 1/1

Datos Personales Nombre del Paciente. RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
 Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Di Estado Civil Soltero
 Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación. 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
 Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente. Teléfono del Acudiente

Dirección Acudiente Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m Causa Externa Accidente de Tránsito Finalidad de Consulta No_Aplica

NOTAS URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN

NOTA MEDICAPACIENTE CON DX DE AMPUTACION TRAUMATICA PARCIAL SUBTROCANTERICA CON FRATURA DE DIAFISIS DE TIBIA Y PERONE, SE CONSIDERADO INTUBACION OROTRAQUEAL PARA VENTILACION MERCANICA Y MANTENER SEDOANALGESIA- SE REALIZA LAVADO EXHAUSTIVO CON SSN , APLICACION DE ANTIBIOTICO TRICONJUGADO Y TOXOIDE TETANICO, SE REDUCE LUXACION Y SE EMPAQUETA CON COMPRESAS HUMEDAS CON SOLUCION SALINA SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO POSTERIORPACIENTE ESTABLE VENTILADO FR 15XMIN FR 130XMIN PIN 19 MODO ASISTIDO CONTROLADO FIO2 100% SAT 99% PALIDEZ GENERALIZADO HIPOVENTILACION EN HEMITORAX DERECHO ABDOMEN SIN IRRITACION EXT MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO INMOVILIZADOSE DEJARA SEDOANALGESIA CON FENTANYL Y MIDAZOLMA Y SE TRASLADA COMO URGENCIA VITAL AMBULANCIA MEDICALIZADA

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|---|--|
| 5880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones:

Plan de Manejo

| Nombre | Cant | Dias durac | Observaciones |
|--|------|------------|--------------------|
| SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 500 ml | 2 | 0 | 1 |
| FENTANILO 0.05 mg/ mL (0.005%) SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 | PARA SEDOANALGESIA |
| MIDAZOLAM 5mg/5mL (0.5%) SOLUCION INYECTABLE | 9 | 0 | PARA SEDOANALGESIA |

Profesional BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL
 Registro Profesional 79787359
 Especialidad MEDICINA GENERAL

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro "

PCBDIG02-04/10/2016 - 03500

E S E HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS
MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica 1072960296
Fecha de Registro 27/01/2015 9:27
Folio 5
Pagina 1/1

Datos Personales Nombre del Paciente RUBEN DARJO CAMARGO ARIAS
Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Di Estado Civil Soltero
Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente
Dirección Acudiente Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07:44:30 a.m. Causa Externa Accidente de Tránsito Finalidad de Consulta. No Aplica

NOTAS URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN
NOTA MEDICASE REVISAR RX DE TORAX. NEUMOTORAX DERECHO DEL 20% VALORADO POR CIRUGIA GENERAL QUE CONSIDERA PASAR TURNO A TORAX PARA DRENAJE

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|-----------------------------|--|
| J939 | NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones:

Profesional BELLO HERRERA MIGUEL ANGEL
Registro Profesional 79787359
Especialidad MEDICINA GENERAL

*RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro *

PCBDDIG02-04/10/2016 - 03501

PCBDDIG02-04/10/2016 - 03502



E S E HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA

NIT 890680027
Dir: CALLE 8 #25-34
TEL 5878670

N° Historia Clínica 1072980296
Fecha de Registro 27/01/2015 10:25
Folio 6

Evolución Urgencias

Especialidad que Evoluciono al paciente CIRUGIA GENERAL

Datos Personales Nombre del Paciente RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS Identificación 1072980296 Genero Masculino
Fecha Nacimiento 25/02/1987 Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Días Teléfono 3006509762 Dirección VILLAS DE SANTIAGO

Datos de Afiliación Entidad: 4009 - CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen Otro Procedencia ANAPOIMA

Datos del Ingreso Ingreso 274601 Fecha de Ingreso 27/01/2015 07:44:30 a Cama

Causa Externa Accidente de Tránsito Finalidad de Consulta No Aplica

Nombre del Acudiente Teléfono Dirección

| Diagnósticos | | |
|--------------|--|--|
| Código | Descripción | Dx Principal |
| S020 | FRACTURA DE LA BOVEDA DEL CRANEO | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> F |
| S272 | HEMONEUMOTORAX TRAUMATICO | Ppal <input type="checkbox"/> F |
| S297 | TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL TORAX | Ppal <input type="checkbox"/> F |
| S837 | TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA | Ppal <input type="checkbox"/> F |

Información Subjetiva del Paciente
PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA A URGENCIAS POR POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO

Signos Vitales
TA=130 / 60 mmHg TA media= 83 mmHg FC= 140 lat/min FR= 24 resp/min Temp= 35,0 °C RTS 10

Peso 70,00 Kg Talla 00 mts IMC= 00 Kg/m2 Glasgow 7 Estado General REGULAR

Examen Físico
PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL INCONSCIENTE E INTUBADO SE OBSERVA NEUMOTORAX BILATERAL SOBRE TODO EN LA REGION SUPRACLAVICULAR BILATERAL SIN EMBARGO RADIOLOGICAMENTE SE OBSERVA NEUMOTORAX DEL LADO DERECHO MOTIVO POR EL CUAL SE LE PASA EL TUBO 30 EN ESE HEMITORAX UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO A LOS 10 MINUTOS EL PACIENTE REALIZA PARO CARDIORESPIRATORIO INICIANDOSE LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION, SE TOMA PLACA DE CONTROL DE RX Y SE OBSERVA HEMONEUMOTORAX DEL LADO IZQUIERDO SE LE PASA TUBO DE TORAX DRENANDO APROXIMADAMENTE 400 CC DE SANGRE TOTAL Y NEUMOTORAX A TENSION LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION HAN SIDO INFRUCTUOSA PUES EL PACIENTE CONTINUA EN ASISTOLIA DESPUES DE 25 MINUTOS, PRACTICAMENTE SE CONSIDERA FALLECIMIENTO DEL PACIENTE

Análisis e Interpretación de apoyo diagnóstico
ANTE EL NEUMOTORAX DERECHO Y SU TRASLADO INMINENTE A TERCER NIVEL SE LE PASA TUBO DE TORAX DE URGENCIAS

Análisis
SE LE PRACTICO RX DE TORAX QUE MUESTRA NEUMOTORAX DEL LADO DERECHO Y MULTIPLES FRACTURAS COSTALES DEL LADO IZQUIERDO

Plan de manejo

Profesional RODRIGUEZ SANTIAGO WILSON
Registro Profesional 11823-81
Especialidad CIRUGIA GENERAL

*RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplazan la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros la hora y fecha del registro.



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS

MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica 1072960296
 Fecha de Registro 27/01/2015 12 16
 Folio 7
 Pagina 1/2

Datos Personales Nombre del Paciente. RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
 Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Ds Estado Civil Soltero
 Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación. 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
 Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente
 Dirección Acudiente Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa Accidente de Tránsito Finalidad de Consulta. No Aplica

NOTAS URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN

NOTA MEDICA PACIENTE DE 23 AÑOS QUIEN INGRESA POR POLITRAUMATISMO CON AMPUTACION PARCIAL Y LUXOFRATURA DE TIBIA Y PERONE IZQUIERDO- TRAUMA CRANEOENCEFALICO LEVE- NEUMOTORAX DERECHO- HEMONEUMOTORAX IZQUIERDO, QUIEN REQUIRIO VENTILACION MECANICA Y TORACOSTOMIA CERRADA BILATERAL- PRESENTO PARO CARDIORESPIRATORIO EN DOS OCASIONES C, ULTIMO CON ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO CON NULA RESPUESTA A LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION-SE EXAMINAN REFLEJO CORNEAL NEGATIVO, PUPILAS MIDRIATICAS PLENAS NO REACTIVASSE CONSIDERA PACIENTE FALLECE A LAS 12+00 HORAS SE SOLICITA AUTOPSIA MEDICOLEGALSE TRASLADA CUERPO A LA MORGUE

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|--|--|
| 1469 | PARO CARDIACO NO ESPECIFICADO | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |
| S272 | HEMONEUMOTORAX TRAUMATICO | Ppal <input type="checkbox"/> |
| J939 | NEUMOTORAX, NO ESPECIFICADO | Ppal <input type="checkbox"/> |
| S822 | FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA | Ppal <input type="checkbox"/> |
| S824 | FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE | Ppal <input type="checkbox"/> |
| T136 | AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO | Ppal <input type="checkbox"/> |

Recomendaciones

Plan de Manejo

| Nombre | Cant | Dias durac | Observaciones |
|--|------|------------|---------------|
| YODOPOVIDONA ESPUMA FRASCO X 60 CC | 1 | 0 | 1 |
| SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 500 ml | 20 | 0 | 1 |
| DICLOFENACO X 75 mg/3 ml SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 | 1 |
| CEFALOTINA 1g POLVO ESTERIL PARA INYECCION | 1 | 0 | 1 |
| LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% JALEA | 1 | 0 | 1 |
| JERINGA DESECHABLE X 10 CC | 7 | 0 | 1 |
| PROPOFOL 200mg EMULSION INYECTABLE | 1 | 0 | 1 |
| REMIFENTANILO 2mg AMP | 1 | 0 | 1 |
| KETAMINA CLORHIDRATO 500 mg/mL SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 | 1 |
| CATETER INTRAVENOSO No 18 | 2 | 0 | 1 |
| EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO | 2 | 0 | 1 |
| HUMIDIFICADOR OXIGENO | 1 | 0 | 1 |
| EQUIPO UROLOGIA CYSTOFLO | 1 | 0 | 1 |
| SONDA FOLLEY 8 X 2 VIAS | 1 | 0 | 1 |
| ELECTRODOS ADULTO - PEDIATRICO | 1 | 0 | 1 |
| VENDA DE YESO 6X5 - UNIDAD | 6 | 0 | 1 |

PCBEDI02-04/10/2016 - 03503



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS

MEDICINA GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| CIRCUITO ANESTESIA ADULTO CON BALON | 1 | 0 | 1 |
| CIRCUITO ADULTO PARA VENTILADOR PORTATIL IMPACT REF 820-0106-00 | 1 | 0 | 1 |
| SET DE DRENAJE TORAXICO X 3 CAMARAS | 2 | 0 | 1 |
| YODOPOVIDONA SOLUCION FRASCO X 60 CC | 1 | 0 | 1 |
| GUANTE ESTERIL CIRUGIA No 7 5 | 2 | 0 | 1 |
| GUANTE ESTERIL CIRUGIA No 7 | 2 | 0 | 1 |
| PROLENE No. 3/0 REF 1363 - 8663 C.A. PS-1 | 1 | 0 | 1 |
| PROLENE No. 4/0 REF 8682 - 1382 C.A. PS-2 | 1 | 0 | 1 |
| AGUJA DESECHABLE No 21 X 1 1/2 | 2 | 0 | 1 |
| LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% SIN EPINEFRINA x 10 mL SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 | 1 |
| SEDA No 2/0 REF 833 / C.A. SH | 2 | 0 | 1 |
| CUCHILLA BISTURI No 20 | 2 | 0 | 1 |
| TUBO DE TORAX No 30 | 2 | 0 | 1 |

Nº Historia Clínica 1072960296

Fecha de Registro 27/01/2015 12:16

Folio 7

Página 2/2

Profesional CARMONA MARTINEZ LILIANA PATRICIA
Registro Profesional 1050036013
Especialidad MEDICINA GENERAL

"RESOLUCION 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro "

PCBDIG02-04/10/2016 - 03504



Evolución de Terapia Respiratoria
TERAPIA RESPIRATORIA

Datos Personales: Nombre del Paciente RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 DI Estado Civil Soltero
Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación 1072960296

Datos de Afiliación: Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso: Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente
Dirección Acudiente Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa Enfermedad_General Finalidad de Consulta No_Aplica

Frecuencia_Respiratoria 24,0000 Frecuencia Cardiaca 140,0000 Temperatura 0,0000

Exámen Físico HORA 7 30 AM INGRESA PACIENTE AL SERVICIO, POR POLITRAUMATISMO, CONCIENTE, EL CUAL ES VALORADO POR MEDICO GENERAL PACIENTE QUE REFIERE DOLOR EN HEMITORAX IZQUIERDO Y EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

Signos y Síntomas Dolor Torácico

Oximetría HORA 7 30 AM PRESENTA OXIMETRIA DE 98%, Y SE DEJA CON OXIGENO POR CANULA NASAL POR PROFILAXIS A 2 LPM
HORA. 7 55 AM POR DECISION MEDICA SE INTUBA PACIENTE PARA REALIZAR INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR AMPUTACION TRAUMATICA PARCIAL, SE DA PRESION POSITIVA POR AMBU
SE ESTABILIZA PACIENTE Y SE CONECTA AL VENTILADOR PORTATIL CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS MODO AC (P), PIP 19, PEEP 0, FIO2 100% , FR 15, RELACION I E 1-2 APARA TRASLADO VITAL A III NIVEL

Ascultación PRESENTA HIPOVENTILACION HEMITORAX IZQUIERDO

Asolterapia

Fisioterapia Respiratoria P +

Espectoración Densidad Tos Húmeda Tos Seca

Cantidad Olor Tipo de discapacidad

Evolución Control HORA 9 00 AM SE TRASLADA PACIENTE A AMBULANCIA, Y SE ATIENDE A LLAMADO DE CIRUJANO PARA TRASLADAR DE NUEVO AL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA PASO DE TUBO DE TORAX

Micronebulizaciones

Impresión Diagnóstica

Table with 3 columns: Código, Nombre, Dx Principal. Row 1: S880, AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA, Ppal [checked]

Recomendaciones

Análisis

Análisis y Recomendaciones

Profesional DIAZ MEDINA LUZ ANGELA
Registro Profesional 52616042
Especialidad TERAPIA RESPIRATORIA

PCBDIG02-04/10/2016 - 03505

PCBDIG02-04/10/2016 - 03506



HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA

NIT 890680027

DIR. CALLE 8 #25 34

TEL 5878670

Nº Historia Clínica 1072960296

Fecha de Registro 27/01/2015 12:20

Folio 8

Página 2/2

Evolución de Terapia Respiratoria

TERAPIA RESPIRATORIA

prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro "

PCBDDIG02-04/10/2016 - 03507



E.S.E HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA
NIT 890680027
DIR. CALLE 8 #25 34
TEL 5878670

N° Historia Clínica 1072960296
Fecha de Registro 27/01/2015 12.25
Folio 9
Pagina 1/2

Evolución de Terapia Respiratoria
TERAPIA RESPIRATORIA

Datos Personales Nombre del Paciente RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Di Estado Civil Soltero
Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente.
Dirección Acudiente: Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa Enfermedad_General Finalidad de Consulta: No_Aplica
Frecuencia_Respiratoria 0 0000 Frecuencia Cardiaca 0,0000 Temperatura 0,0000

Exámen Físico
Signos y Síntomas

Oximetría

Ascultación

Asolterapia

Fisioterapia Respiratoria

Espectoración Densidad Tos Húmeda Tos Seca

Cantidad Olor Tipo de discapacidad

Evolución Control

Micronebulizaciones

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|---|--|
| S880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones.

Análisis

Análisis y Recomendaciones

Plan de Manejo

| Nombre | Cant | Dias durac | Observaciones |
|---|------|------------|---------------------------|
| CANULA NASAL OXIGENO ADULTO | 1 | 0 | PARA ADMINISTRAR OXIGENO |
| HUMIDIFICADOR OXIGENO | 1 | 0 | PARA HUMIDIFICAR OXIGENO |
| RESUCITADOR AMBU ADULTO | 1 | 0 | PARA RCP |
| CIRCUITO ADULTO PARA VENTILADOR PORTATIL IMPACT REF 820-0106-00 | 1 | 0 | PARA VENTILACION MECANICA |
| SONDA NELATON No 16 DESECHABLE | 1 | 0 | PARA SUCCION |
| CAUCHO SUCCION PAQUETE X 3 0 MTS | 1 | 0 | PARA SUCCION |
| AGUA DESTILADA BOLSA X 500CC | 1 | 0 | PARA SUCCION |
| JERINGA DESECHABLE X 10 CC | 2 | 0 | PARA SUCCION |

PCBDIG02-04/10/2016 - 03508



E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA
NIT 890680027
DIR. CALLE 8 #25 34
TEL 5878670

Nº Historia Clínica 1072960296
Fecha de Registro 27/01/2015 12:25
Folio 9
Página 2/2

Evolución de Terapia Respiratoria
TERAPIA RESPIRATORIA

Profesional DIAZ MEDINA LUZ ANGELA
Registro Profesional 52616042
Especialidad TERAPIA RESPIRATORIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACION DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro "

E S E HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA



NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS

MEDICINA GENERAL

Nº Historia Clínica 1072960296
 Fecha de Registro 27/01/2015 12:42
 Folio 10
 Pagina 1/1

Datos Personales Nombre del Paciente: RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
 Genero Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Di Estado Civil Soltero
 Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación: 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 - CONSORCIO SAYP 2011
 Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente.
 Dirección Acudiente Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07:44:30 a.m. Causa Externa Accidente de Tránsito Finalidad de Consulta No Aplica

NOTAS URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN
 SE ABRE EVENTO PARA SOLICITAR INSUMOS DEL CARRO DE PARO DE REANIMACION

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|-------------------------------|--|
| I469 | PARO CARDIACO NO ESPECIFICADO | Prad <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones:

Plan de Manejo

| Nombre | Cant | Días durac | Observaciones |
|---|------|-------------------|---------------|
| EPINEFRINA 1mg/1ml (0.1%) SOLUCION INYECTABLE | 9 | 0 1 | |
| DOPAMINA 200mg/5ml SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 1 | |
| ATROPINA SULFATO 1 mg/ml (0.1%) SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 1 | |
| SODIO BICARBONATO 10 mEq /10 ml SOLUCION INYECTABLE | 5 | 0 1 | |
| MIDAZOLAM 5mg/5mL (0.5%) SOLUCION INYECTABLE | 1 | 0 PARA INTUBACION | |
| LACTATO DE RINGER 500CC SOLUCION INYECTABLE | 3 | 0 1 | |
| SODIO CLORURO 0.9% BOLSA 500 ml | 2 | 0 1 | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL No. 7.5 C/B | 1 | 0 1 | |

Profesional CARMONA MARTINEZ LILIANA PATRICIA
 Registro Profesional 1050036013
 Especialidad MEDICINA GENERAL

*RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro *

PCBDIG02-04/10/2016 - 03509

PCBDIG02-04/10/2016 - 03510



HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA
NIT 890680027
DIR. CALLE 8 #25-34
TEL 5878670

N° Historia Clínica 1072960296
Fecha de Registro 27/01/2015 13 13
Folio 11
Pagina 1/2

Evolución de Terapia Respiratoria TERAPIA RESPIRATORIA

Datos Personales Nombre del Paciente RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS
Genero. Masculino Edad 29 Años \ 4 Meses \ 15 Di Estado Civil. Soltero
Teléfono 3006509762 Dirección Residencia VILLAS DE SANTIAGO

Identificación 1072960296

Datos de Afiliación Entidad 4009 CONSORCIO SAYP 2011
Tipo Régimen Otro Nivel Estrato ENTIDAD 100%

Datos del Ingreso Nombre del Acudiente Teléfono del Acudiente
Dirección Acudiente Ingreso 274601

Fecha de Ingreso 27/01/2015 07 44.30 a.m. Causa Externa Enfermedad General Finalidad de Consulta No_Aplica
Frecuencia Respiratoria 15,0000 Frecuencia Cardiaca 0,0000 Temperatura 0,0000

Exámen Físico HORA 9 45 AM PACIENTE ENTRA EN PARA CARDIORESPIRATORIO Y SE HACE LLAMADO A GRUPO ASISTENCIAL PARA SU RESPECTIVA REANIMACION CARDIOPULMONAR

Signos y Síntomas

Oximetría 76% - 100% CON OXIGENO AL 100% CON PRESION POSITIVA POR AMBU

Ascultación HIPOVENTILACION AMBOS HEMITORAX + ENFICEMA SUBCUTANEO

Asoliterapia

Fisioterapia Respiratoria P +
Succión

Espektoración Densidad Tos Húmeda Tos Seca

Cantidad Olor Tipo de discapacidad

Evolución Control HORA 9 15 AM CIRUJANO PASA TUBO DE TORAX DERECHO
HORA 10 00 AM SE SUCCIONA POR NARIZ Y TUBO OBTENIENDO SANGRE PURA Y CIRUJANO PASA TUBO DE TORAX IZQUIERDO
SE ASISTE REANIMACION EN LA PARTE VENTILATORIA POR MEDIO DE PRESION POSITIVA AMBU
HORA 11 15 AM SE CONECTA AL PACIENTE AL VENTILADO PORTATIL CON LOS SIGUIENTES PARAMETROS MODO AC (V), VC 500 FR. 15 R, I E 1-2 9, PEEP 3 FIO2 100%
PACIENTE CON MAL PRONOSTICO, PUPILAS MIDRIATICAS, MEDICO TRATANTE HABLA CON LA FAMILIAR Y LE COMENTA EL ESTADO DEL PACIENTE

Micronebulizaciones

Impresión Diagnóstica

| Código | Nombre | Dx Principal |
|--------|---|--|
| S880 | AMPUTACION TRAUMATICA A NIVEL DE LA RODILLA | Ppal <input checked="" type="checkbox"/> |

Recomendaciones

Análisis

Análisis y Recomendaciones

Profesional DIAZ MEDINA LUZ ANGELA
Registro Profesional 52616042
Especialidad TERAPIA RESPIRATORIA

*RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 ARTICULO 18 DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, LICENCIADO A. [E S E. HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA] NIT [890680027-4]



E.S.E HOSPITAL PEDRO LEÓN ALVAREZ DIAZ DE LA MESA
NIT 890680027
DIR. CALLE 8 #25-34
TEL. 3878670

| | |
|---------------------|------------------|
| Nº Historia Clínica | 1072960296 |
| Fecha de Registro | 27/01/2015 13 13 |
| Folio | 11 |
| | Página 2/2 |

Evolución de Terapia Respiratoria
TERAPIA RESPIRATORIA

Indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

Acta-02

N° CASO

| |
|-------------------|
| No Expediente CAD |
|-------------------|

| | | | | | |
|------|------|-----|-------------|------|-------------|
| Dpto | Mpio | Ent | U Receptora | Año | Consecutivo |
| 21 | 386 | 6 | 00000000 | 2011 | 000007 |

INSPECCIÓN TÉCNICA A CADAVER -FPJ-10-

Este formato sera diligenciado por Policia Judicial

| | | | | | | | |
|--------------|-----|-----------|-----------|-------|----------|------|-------|
| Departamento | Cnd | Municipio | San Mateo | Fecha | 27-01-11 | Hora | 11:30 |
|--------------|-----|-----------|-----------|-------|----------|------|-------|

I DESTINO DEL INFORME

Grupo/turno C.T. - 021
 En 27 de Enero siendo las 11:30 horas del dia 27 () del mes de Enero de dos mil 2011 de conformidad con el contenido de los articulos 213 y 214 del Codigo de Procedimiento Penal los suscritos servidores de Policia Judicial Juan Carlos Torres y Alvaro Caspeles

bajo la coordinacion de Juan Carlos Torres cargo Comandante P.I. identificado como aparece al pie de su firma se trasladaron al lugar ubicado en Calle 2 / Colonia 26 con el fin de efectuar inspeccion tecnica al lugar de los hechos y al cadaver

II INFORMACION GENERAL

1 Zona donde ocurrieron los hechos Barrio San Antonio de Anzoategui
 Direccion Calle 2 / Colonia 26 Otros _____
 Fecha de los hechos 27-01-2011
 Sitio de los hechos Residencia _____ Sitio de Recreacion _____ Via Publica Sitio de trabajo _____
 Vehiculo _____ Despoblado _____ Desconocido _____ Otros Cual? _____

2 Lugar de diligencia Marques Hospital de San Mateo
 Direccion Calle 2 / Colonia 26 Otros _____
 Via Publica _____ Recinto Cerrado _____ Objeto Movible _____ Campo abierto _____ Residencia _____ Sitio de recreacion _____ Via Publica _____ Sitio de trabajo _____ Vehiculo _____ Despoblado _____
 Otro Marques Hospital Pedro Pablo Alvarez Diaz

3 Nombre del occiso Ruben David Camargo Arias
 Sexo F _____ M Edad 10/27 Identificacion 1032746024 Ocupacion Constructivo
 Profesion N/A Estado Civil Libre
 Nombre de los padres Jos. Luis Camargo Camargo / Martha Liliana Arias
 Lugar y fecha de nacimiento Anzoategui, Febrero / 27 de 1987
 Residencia Village de San Mateo Mzania E. Casa 4

4 Hubo otros muertos SI _____ NO
 ¿Cuantos? N/A
 Relacion de otras Actas de inspeccion de Cadaver N/A

5 Hubo hendos en el mismo hecho SI _____ NO ¿Cuantos? _____

| Nombres y apellidos | Identificacion |
|---------------------|----------------|
| / | / |
| / | / |
| / | / |

Lugar donde se encuentran _____

6 Indiciados SI Y NO NO ¿Cuantos? 1 Capturados SI NO NO NO ¿Cuantos? NO

Nombre Angel Octavio Valencia Tripeño

Edad 53 Sexo M F Desconocido NO

Lugar y fecha de nacimiento Buzota, Noviembre 21 de 1961

Profesion Conductor Ocupación NO

Nombres de los Padres NO

Estado Civil Casado Documento de identificación 19465631 de Bta

Residencia NO Teléfono NO

Relación con la víctima Familiar NO Conocido NO Desconocido NO Sin Información X

Nombre NO

Edad NO Sexo M F Desconocido X

Lugar y fecha de nacimiento NO

Profesion NO Ocupación NO

Nombres de los Padres N/A

Estado Civil N/A Documento de identificación NO de NO

Residencia NO Telefono NO

Relacion con la víctima Familiar NO Conocido NO Desconocido NO Sin Información NO

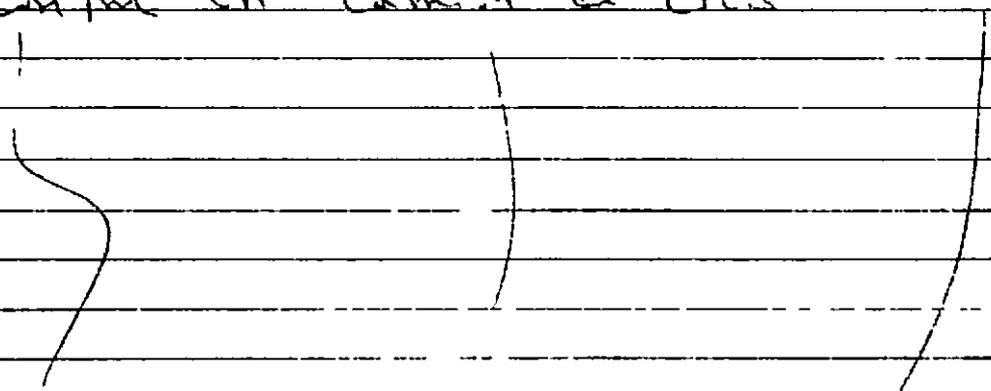
¿Se recibe protegido el lugar de los hechos SI NO Hora NO Formato SI NO

No NO Responsable NO Folios NO

¿Se entrega informe ejecutivo? SI NO

III DESCRIPCION DEL LUGAR DE LA DILIGENCIA (Incluyendo los hallazgos y procedimientos realizados)

Se trata de la Mayra del Hospital Pedro Juan Alvarez, de la Mesa Condumina. Para el momento de la diligencia a las 10:00 horas se encuentra en Cadenas, al cual se encuentra sobre un camilla metálica sujeta con una soga. Como se ve en las fotos, la camilla al quitársela, se pudo apreciar que se trata de un cuerpo de persona masculina, el cual tiene un rasgo de prominencia de nariz, nariz muy ensanchada, y sus casi nulas protuberancias de la nariz y las patillas que se ven en el rostro. En la zona de la parte de noche, el fallecido muestra una característica de un accidente de tránsito ocurrido en la vía que va de (San) Antonio hacia San Antonio de Abasco, en el km 100 de la vía de un motociclista y al momento se está en un centro en camino de Cien



[Empty lined area for notes or diagrams]

(En caso de requerir más espacio diligenciar hoja en blanco anexa relacionado el numero de Noticia criminal)

IV EXAMEN EXTERNO DEL CUERPO

1 Posición

Natural _____ Artificial Orientacion Cabeza Pies
 Cuerpo de Cubito Dorsal _____ Abdominal _____ Lateral Derecho _____ Izquierdo _____
 Fetal _____ Genupectoral _____ Sedente _____ Semisedente _____
 Suspendido Totalmente _____ Parcialmente _____
 Sumergido Totalmente _____ Parcialmente _____
 Descrba otros aspectos que observe respecto a la posición como superficie de soporte elemento utilizado para la suspensión medio de inmersión etc V/A

| | | |
|--------|--------------------|------------|
| Cabeza | <u> V/A </u> | |
| MSD | <u> V/A </u> | Mano _____ |
| MSI | <u> V/A </u> | Mano _____ |
| MID | <u> V/A </u> | Pie _____ |
| MII | <u> V/A </u> | Pie _____ |

Prendas Desnudo Semidesnudo _____ Vestido _____

2 Descripción

Detalle las prendas de vestir incluyendo las interiores si es posible calzado color talla y textura y escriba las condiciones en que se encuentran incluyendo daños manchas adherencias como residuos de polvora biologicos fibras y otras características que puedan ser utiles para la investigación

 V/A

V/A

En caso de ser necesario realizar modificaciones y procedimientos a las prendas deje las constancias respectivas

V/A

En caso de ser hospitalario, debe solicitar formato de inventario de pertenencias EMP Y EF con el registro de cadena de custodia

3 Pertenencias

3.1 Descripción de joyas

Ninguna

3.2 Descripción documentos

Ninguna

3.3 Descripción de títulos valores y/o dinero

Ninguna

3.4 Otros

Ninguna

Nombres y Apellidos de la persona a quien se le entregan las pertenencias

V/A

Parentesco

N/A

CC

N/A

Firma

Nota En el evento en que no se encuentre familiar en la escena o se trate de NN las pertenencias serán enviadas al INML como EMP con fines de identificación y serán entregados una vez el familiar se acerque a reclamar el cuerpo

V CRONOTANATOLOGIA EN LA ESCENA

Signos post-mortem

Tempranos

Flaccidez

Tardios

FRIO

Posible fecha y hora de muerte

27-01-2011

12:45

¿Como la determina?

Empuñadura

Hipotesis de manera de muerte

Accidental

Hipotesis de causa de la muerte

V. Venosa

VI DESCRIPCIÓN MORFOLÓGICA DEL CADAVER

Color de piel Blanca

Negra

Tingueña

X Albina

Estatura Baja

Media

Alta

Contextura Obesa

Robusta

X Atletica

Mediana

Delgada

Aspecto Cuidado

X

Descuidado

Observaciones N/A

Señales particulares Signos de los Integros que presenta es distintos y partes del cuerpo de la persona muy con señal particular en especial.

Signos de violencia Solo en el caso en que las partes estén descubiertas describa las lesiones en su apariencia externa e indique la región corporal donde se encuentra

El cuerpo estaba con Aparatos Quirúrgicos de prótesis de Anclajes y Veda las como la persona requiere de Diferencia de Veda de en la base de las piernas de la persona con el artefacto de Anclaje Veda en el lado izquierdo 2 en Frotel.

VII ACTIVIDAD EN LUGAR DE LOS HECHOS

1 LOFOSCOPISTA / DACTILOSCOPISTA

¿Se realiza exploración lofoscópica dentro de la diligencia? SI _____ NO X
¿Anexa formato de exploración dactiloscópica? SI _____ NO X
¿Se practicaron registros decadactilares de descarte? SI _____ NO X

Si se realizaron registros decadactilares de descarte relacione las personas registradas con su documento de identidad y lugar de residencia

| Nombres y apellidos | No documento de identidad | Lugar de residencia |
|---------------------|---------------------------|---------------------|
| / | / | / |
| / | / | / |
| / | / | / |

¿Se utilizaron luces forenses? SI _____ NO X
¿Se recupero documento de identidad del occiso dentro de la diligencia? SI X NO _____
Cuales y Numero 1072960246
¿Cómo se obtuvo? o 21 de la familiar
¿Se envia el documento de identidad a Medicina Legal? SI _____ NO X

Elabore y anexe los registros de cadena de custodia correspondientes a su actividad

2 FOTOGRAFO / CAMAROGRAFO

Se documenta el Lugar de los Hechos mediante fotografía Convencional _____ Digital X Se realiza filmación en la escena SI X NO _____

Diligencie la ficha técnica correspondiente

Nombre y Apellidos del servidor Juane F...
CC 82307317 Firma _____

3 PLANIMETRISTA / TOPOGRAFO

¿Se fija el Lugar de los Hechos mediante la elaboración de plano? SI _____ NO X
Anexe formato de plano preliminar (Bosquejo)
Nombre y Apellidos del servidor N/A
C C _____ Firma _____

4 SE REALIZA TOMA DE MUESTRA PARA PRUEBA DE RESIDUOS DE DISPARO

Nombre del indiciado N/A C C No N/A
Kit No _____
Nombre del indiciado N/A C C No N/A
Kit No _____
Nombre del indiciado N/A C C No N/A
Kit No _____

Nombres y apellidos del servidor que toma la muestra N/A
CC N° _____ firma N/A

Elabore los registros de cadena de custodia correspondientes
Fecha _____ Hora _____ Numero oficio petitorio N/A
¿Participaron otros peritos? SI _____ NO _____ Especialidad N/A
Nombre apellidos completos N/A
C C No _____ Entidad N/A

5 SE ENVÍAN LOS ELEMENTOS MATERIALES PROBATORIOS Y EVIDENCIA FÍSICA A

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses SI _____ NO _____ Cuantas Un Cuerpo
Laboratorio Policia Judicial ¿Cuál? _____ SI _____ NO X Cuantas _____
Otro laboratorio ¿Cuál? _____ SI _____ NO X Cuantas _____
Bodega general de evidencias SI _____ NO X Cuantas _____

6 SE SOLICITA AL INML REALIZAR AL CADAVER LOS SIGUIENTES EXAMENES

Neropsia, Alcoholemia, toxicología, drogas de abuso y las que el legista estime pertinentes

7 OBSERVACIONES

Ninguna

Notas

- 1 Cuando la inspección del cadáver se realice en centro hospitalano deberá consignarse en la presente acta la información que obre en el libro de poblacion para establecer el Lugar de los Hechos y si es posible realizar inspección al mismo
- 2 En inspección de cadáver por homicidio culposo (accidente de tránsito) deberá realizarse inspección judicial al (a los) vehiculo(s) apoyándose en lo posible en el personal experto requiendo (fotógrafo automotores etc)

8 INFORMACION DERECHOS DE LA VICTIMA

Se da a conocer el contenido de los articulos 11 136 y 137 delCodigo de Procedimiento Penal en cuanto al derecho de intervenir en todas las fases de la actuacion penal de conformidad con las reglas señaladas en la norma en su calidad de victima

Nombre y cedula de la persona a quien se informa _____ Firma _____

9 ANEXOS

- Cadena de Custodia
- Fotografía Cadena de Custodia del cuerpo
- C.P. Espinas
- Oficina Solicitar Neropsia
- Forense de Mercedes Biliu

Jefe de Grupo _____ [Signature] 14409 CTI _____ [Signature] cd 2387 CTI



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N° 2015010125386000004

Regional ORIENTE Seccional CUNDINAMARCA

U Básica LA MESA

Nombre Definitivo RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS

Nombre al Ingreso RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS

Tipo de documento CÉDULA DE CIUDADANÍA No de documento 1072960296

Edad 27 años Sexo MASCULINO

Procedencia LA MESA CUNDINAMARCA

Fecha de ingreso 28/01/2015 Hora 07 15

NUNC (Acta de Inspección) 253866000696201500007

Radicado Fosa No aplica

Autoridad CTI-COORDINACION

Fecha muerte 27/01/2015 12 00

Fecha necropsia 28/01/2015 Hora 10 30

Prosector NATHALIA ANDREA CUERVO

Auxiliar de morgue ALBA MAYERLING PUENTES CORREDOR

INFORMACIÓN DISPONIBLE AL MOMENTO DE INICIAR LA NECROPSIA

Datos del acta de inspección

- Resumen de hechos Se trata de un cadáver de sexo masculino quien sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta al colisionar con vehiculo transportador de gas camión, los hechos se dieron en la via Anapoima - San antonino de Anapoima Fue trasladado a el Hospital Pedro Leon Alvarez La Mesa, en donde inician manejo e inician tramites para traslado vital, sin embargo paciente quien fallece en dicha institucion
- Hipotesis de manera aportada por la autoridad Violenta - tránsito
- Hipotesis de causa aportada por la autoridad Contundente

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

- Lesiones por mecanismo contundente corto contundente, abrasivo en accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta, con compromiso en
 - Tejidos Blandos
 - Múltiples esconaciones, abrasiones y heridas a nivel de cabeza tórax y abdomen
 - Cabeza
 - Encéfalo (palido con evidencia de edema cerebral)
 - Tórax
 - Pulmones (Contusiones Hemorrágicas y desgarró pulmonar posterior del lóbulo superior pulmon izquierdo)
 - Hilios Pulmonares (Contusiones hemorragicas para hiliares izquierdas)
 - Diafragma (Contusiones Hemorragicas)
 - Arcos Costales (Fractura 2 arco costal izquierdo)
 - Espacios Pleurales (Hemotorax bilateral)
 - Miembro Inferor Izquierdo
 - Tibia y perone (Fractura diafisisana izquierda)
 - Ruptura del ligamento rotuliano izquierdo
- Ausencia de hallazgos macroscopicos de enfermedad natural
- Presencia de signos de intervencion médica (venopunciones, toracostomias bilaterales, inmovilizacion de miembros inferiores sonsa vesical, inmovilizacion de cuello)

ANALISIS Y OPINIÓN PERICIAL

Se trata de un cuerpo de sexo masculino el cual sufre accidente de tránsito en calidad de motociclista, al colicioner con un camion, causandole un politraumatismo severo a nivel

NATHALIA ANDREA CUERVO LONDONO
Médico Forense

INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N° 2015010125386000004

toracico desencadenando una inestabilidad dada por fractura de arco costal la cual ocasiona laceración pulmonar izquierda y colección hemática tipo hemorax, con gran perdida de volumen sanguíneo, dando como resultado un hemoemotorax a tensión e hipovolemia secundaria

- 1 Causa de muerte Politraumatismo Contundente en Accidente de tránsito
- 2 Diagnóstico médico legal de la manera de la muerte Violenta- Transito

EXAMEN EXTERIOR

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CADAVER DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CADAVER
CARACTERIZACIÓN hombre adulto joven con evidencia de lesiones traumáticas externas por mecanismo contundente, corto contundente, en cara y miembros inferiores, con signos de intervención medica **DETALLES DEL CUERPO** Cadáver embalado y marcado con rotulo en papel con numero de acta y NUC en bolsa plastica blanca sellada con cinta, la cual solo se abre al momento de iniciar el procedimiento de necropsia medico legal Las manos no se encuentran embaladas y presentan tinta de necrodactilia

DESCRIPCION DE ACCESORIOS DE USO PERSONAL

| Accesorio | Color | Observaciones |
|-----------|-----------------|-----------------|
| NINGUNO | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN |

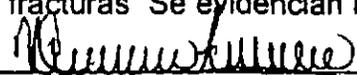
DESCRIPCIÓN DE FENOMENOS CADAVERICOS FENÓMENOS CADAVERICOS
SOBRE EL TIEMPO DE MUERTE Cuerpo frio, con una temperatura ambiental calida, con rigidez generalizada, livideces violaceas dorsales que desaparecen a la digitopresion,
SOBRE LA HORA DE LA MUERTE son acordes con el tiempo de muerte registrado en el acta de inspeccion

DATOS ANTROPOMETRICOS Talla 177 cm Peso 70 0-75 0 kg Ancestro racial sin informacion Contextura delgada

DESCRIPCIÓN DE SEÑALES PARTICULARES

| Señal Particular | Zona Anatomica | Descripción |
|------------------|--|---|
| TATUAJE | REGIÓN ESPINAL | Tatuaje (símbolo) en un área de 17 5 X 6 centímetros |
| TATUAJE | TALÓN DERECHO | Tatuaje delmeado sin color en su interior en forma de símbolo de 10 X 6 centímetros |
| TATUAJE | CARA DORSAL DE LA MANO IZQUIERDA | Tatuaje artesanal en forma de J |
| TATUAJE | CARA EXTERNA DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO | Tatuaje de 28 5 X 12 centímetros en forma de figura en espiral ascendente que compromete cara anterior posterior y externa de antebrazo izquierdo |
| CICATRIZ | CARA ANTERIOR BRAZO IZQUIERDO | Cicatriz hipocromica hipertrofica de 10 X 1 5 centímetros |
| TATUAJE | REGIÓN DEL TRAPECIO IZQUIERDO | Tatuaje artesanal en forma 7 de 1 3 X 1 5 centímetros |
| TATUAJE | REGIÓN EXTERNA CLEIDOMASTOIDEA DERECHA | Tatuaje artesanal en forma de letras chinas en numero de dos de 3 X 2 centímetros |
| TATUAJE | FOSA ILIACA IZQUIERDA | Tatuaje artesanal en forma de Cuadros uno sobre otro en un área de 14 X 11 centímetros |
| TATUAJE | REGIÓN PECTORAL IZQUIERDA | Tatuaje en forma de estrella de 5 puntas en un área de 11 5 X 10 5 centímetros |
| BRACKETS | ENCIAS | Presencia de Brackets en dentadura inferior |

PIEL Y FANERAS Fria humeda trigueña, con multiples lesiones contundentes (Heridas escoraciones y abrasiones) en cara y miembro inferior izquierdo, uñas de las manos cortas, sucias sin fracturas, uñas de los pies cortas, limpias sin fracturas Se evidencian multiples



NATHALIA ANDREA CUERVO LONDONO

INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N° 201501012538600004

implementos de intervención medica como apósito con gaza en region frontal izquierda, evidencia de tubo orotraqueal numero 7 con fijacion externa con gaza alrededor de boca y cuello, presencia de cuello ortopédico electrodos en numero de 6 ubicados 2 en region infraclavicular derecha, 2 en región infraclavicular izquierda y dos en linea axilar anterior con 8 espacio intercostal, Tubo de torax bilateral fijados con sutura y con aposito mas gaza en 8 espacio intercostal linea axilar anterior, venopunciones en pliegue anterior brazo izquierdo conectado a equipo de macrogoteo con bolsa de SSN al 0 9 %, venopunción en cara posterior de antebrazo izquierdo conectada a una llave de dos vias, una de ellas conectada a bolsa de Hemacel vacia y la otra conectada una bolsa de lactato ringer completa, sonda vesical con bolsa de recolección con evidencia de 100cc de orina clara Inmovilización con férula de yeso posterior de miembro inferior izquierdo, cubierto con vendaje elástico y fijado con vendaje elastico a la pierna derecha

CUERO CABELLUDO Sin lesiones

CARA Contorno cara ovalado, color piel cara trigueño con herida de bordes irregulares de 2 X 3 centímetros en region ciliar izquierda Ojos color café con evidencia de equimosis en parpado superior izquierdo Nariz achatada sin lesiones Boca grande labios gruesos sin lesiones Barba y bigote despoblados y rasurados sin lesiones Orejas lóbulo adherido sin lesiones

CUELLO Sin lesiones

TORAX Sin lesiones

GLANDULAS MAMARIAS Masculinas y simétricas sin lesiones

AXILAS Sin lesiones, vello axilar rasurado

ABDOMEN Múltiples esconaciones en un área de 20 X 6 centímetros todas ellas lineales en flanco izquierdo, la mayor de 4 centímetros y la menor de 1 centímetro

ESPALDA Y GLUTEOS Múltiples escoriaciones en un area de 13 X 10 centímetros en gluteo izquierdo la mayor de 3 X 2 centímetros la menor de 1 X 1 centímetro

GENITAL EXTERIOR Masculinos de características adultas, plenamente desarrollados sin evidencia de lesiones traumáticas

ANO El ano presenta la hipotonicidad normal del periodo post mortem, no se observan lesiones ni contenido anómalo en el canal rectal

EXTREMIDADES SUPERIORES Sin lesiones, presencia de señales particulares (tatuaje - cicatriz)

EXTREMIDADES INFERIORES Asimétricas, con herida tipo avulsión de 26 5 X 12 centímetros que compromete toda la cara anterior tercio distal de muslo izquierdo con compromiso de piel tejido celular subcutáneo hasta hueso, con exposicion de articulacion de la rodilla, tibia y peroné con evidencia de fractura oblicua diafisaria de ambos

Herida de bordes irregulares de 3 X 1 5 centímetros en tercio distal cara anterior de pierna izquierda con compromiso de piel y musculo

Herida de bordes irregulares de 8 X 7 X 6 5 de forma triangular en tercio distal cara anterolateral externa pierna izquierda, con compromiso de piel y musculo

Herida de bordes irregulares de 9 X 6 centímetros en cara posterior tercio medio de pierna izquierda con evidencia de exposicion osea

EXAMEN INTERIOR

CABEZA Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

GALEA Y PERICRANEO Integra con evidencia de leve hematoma subgaleal

CRANEO Tabla osea sin lesiones ni fracturas, base de craneo sin lesiones ni fracturas

MENINGES Y ENCEFALO **MENINGES** Duramadre lisa, brillante, sin evidencia de lesiones traumáticas, leptomeninges de aspecto normal **ENCEFALO** externamente de aspecto palido, con aumento de tamaño de las circunvoluciones por edema, sin lesiones con arquitectura conservada, vasculatura de base encefalica sin lesiones traumáticas, al corte con cintilla cortical de aspecto normal, sin evidencia de lesiones traumáticas, nucleos basales de aspecto normal, cerebelo y tallo sin lesiones externas o al corte

COLUMNA VERTEBRAL Sin lesiones sin fracturas del esqueleto vertebral


NATHALIA ANDREA CUERVO LONDONO
Médico Forense

SISTEMA RESPIRATORIO

PLEURAS Y ESPACIOS PLEURALES Hemotorax bilateral de aproximadamente 2000cc se evidencian toracostomias bilaterales que ingresan a cavidad pleural respectivamente
Multiples cotusiones hemorragicas a nivel de reja costal izquierda

LARINGE Sin lesiones ni traumas sin fracturas del esqueleto laríngeo, al corte sin lesión de la pared ni de la mucosa

TRAQUEA Sin lesiones externas, al corte con mucosa de aspecto usual sin lesiones, estructuras cartilagineas sin alteraciones y luz conservada a la exploración

BRONQUIOS Sin lesiones ni traumas

PULMONES De tamaño y forma usual, contusiones hemorragicas para hiliares izquierdas,
Pulmón izquierdo De aspecto congestivo, con antracosis moderada, se evidencian multiples contusiones hemorragicas y desgarró que compromete todo el lóbulo superior en su cara posterior, al corte congestivo con multiples contusiones hemorragicas del parénquima
Pulmón derecho De aspecto pálido, con evidencia de antracosis moderada, al corte de aspecto pálido

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PERICARDIO Sin lesiones

CORAZON Forma, tamaño y consistencia normales para la edad, con evidencia de multiples contusiones hemorragicas a nivel de miocardio sin lesiones a nivel de endocardio pericardio ni valvulas, Ventrículo izquierdo de 1,3 centímetros Ventrículo derecho de 0,5 centímetros
Valvula aórtica de 7 centímetros Valvula pulmonar de 7 centímetros Valvula tricuspide de 8 centímetros Valvula mitral de 8 centímetros

CORONARIAS Con trayecto usual en la grasa epicardica permeables, sin obstrucciones significativas al flujo

AORTA Y GRANDES VASOS AORTA Sin evidencia de lesiones externas o al corte OTROS GRANDES VASOS ARTERIALES Sin lesiones

VENAS VENAS sin lesiones SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO Arterias y venas perifericas sin lesiones

CAVIDAD ABDOMINAL

PERITONEO Sin lesiones

MESENTERIO Sin lesiones, disposicion usual de los organos

RETROPERITONEO Sin lesiones, disposición usual de los órganos

DIAFRAGMA Multiples contusiones de predominio izquierdo

SISTEMA DIGESTIVO

LENGUA Sin lesiones externas o al corte

FARINGE Sin lesiones

ESOFAGO De aspecto palido sin lesiones externas al corte con mucosa plegada de aspecto usual

ESTÓMAGO Sin lesiones externas, al corte con mucosa plegada de aspecto usual Cavidad gastrica con contenido liquido en abundante cantidad de aspecto cafe

HIGADO Forma tamaño y consistencia normales de aspecto palido al corte con parénquima de aspecto palido sin alteraciones

VESICULA Y VIAS BILIARES Vesicula biliar sin lesiones externas, al corte con mucosa aterciopelada de aspecto usual Vias biliares permeables

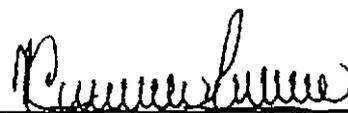
PANCREAS Sin lesiones externas, al corte con lisis post mortem moderada

INTESTINO DELGADO DUODENO, YEYUNO E ÍLEON Aspecto normal, con paredes de espesor normal y mucosa sin lesiones

INTESTINO GRUESO COLON CIEGO SIGMOIDES Y RECTO Aspecto normal, con paredes de espesor normal y mucosa sin lesiones

APENDICE CECAL Sin lesiones

APARATO GENITO URINARIO



NATHALIA ANDREA CUERVO LONDONO
Medico Forense

RIÑONES Forma, tamaño, localización y consistencia normales, al corte sin lesiones de la médula, de los cálices y la pelvis renal
URETERES Sin lesiones externas, permeables al corte
VEJIGA Sin lesiones externas, al corte con mucosa de aspecto usual, con escasa orina amarillenta clara
PRÓSTATA Y TESTÍCULOS Prostata de aspecto normal, para la edad Testículos de tamaño y forma normal

APARATO LINFO HEMATOPOYETICO

TIMO Sin lesiones
GANGLIOS Sin lesiones
BAZO Forma, tamaño y consistencia normales, al corte parenquima uniforme con adecuada diferenciación de folículos linfoides

SISTEMA ENDOCRINO

TIROIDES Sin lesiones
HIPÓFISIS Sin lesiones
SUPRARRENALES Sin lesiones externas, al corte con lisis post mortem moderada

SISTEMA OSTEO-MUSCULO-ARTICULAR

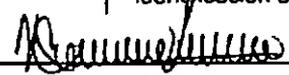
SISTEMA OSTEO-MUSCULO-ARTICULAR Fractura diafisaria desplazada de tibia y perone izquierdos, con compromiso a nivel de piel, tejido celular subcutaneo, ruptura del tendón rotuliano Luxación de clavícula izquierda grado I Fractura de 2 arco costal izquierdo a nivel costovertebral

TECNICAS DEL EXPLORACIÓN DEL CADAVER

Procedimiento Se hace la necropsia siguiendo los siguientes pasos técnicos Verificación de los elementos recibidos para la necropsia Lectura del Acta de inspección Inspección ocular del cuerpo Se correlacionan los hallazgos con los descritos en el acta de inspección Revisión de las prendas Toma de fotografías con cámara digital CANON Verificación de los fenómenos cadavéricos Examen exterior del cuerpo Incisión bimastróide y coronal del cuero cabelludo para exponer la tabla ósea Separación de los huesos de la bóveda para retirar el encéfalo Examen del cerebro Incisión en Y por la línea media desde la región supraesternal hasta el pubis Documentación de lesiones in situ Se realiza toma de evidencias Muestra de sangre para toxicología, muestra de orina para toxicología, muestra de sangre para reserva de ADN Examen macroscópico de los órganos en bloques y por separado con incisiones señadas y apropiadas para cada caso de acuerdo con su morfología particular y con las lesiones presentes Cierre del cuerpo La disección utiliza procedimientos especiales Disección cervical anterior por planos, disección toracoabdominal por planos, disección por planos de miembro inferior, levantamiento facial Elaboración de documentos en primer lugar se certifica la causa de la muerte y luego se redacta el informe pericial de necropsia para lo cual se hace integración con la información preliminar aportada por el acta de levantamiento y los hallazgos de necropsia El cuerpo permaneció bajo custodia de funcionarios del Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias Forenses mientras estuvo bajo las instalaciones del mismo Los elementos tomados del cuerpo de la víctima, permanecen bajo custodia de funcionarios del Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias Forenses durante el desarrollo de las pruebas solicitadas como estudios complementarios y los remanentes eventuales de las muestras, igualmente permanecerán bajo cuidado de los mismos El cuerpo fue entregado a la persona indicada en oficio escrito por la autoridad instructora

MUESTRAS TOMADAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS

| N° | ORIGEN | MUESTRA | EMBALAJE | DESTINO |
|----|---------|---------------|--|--|
| 2 | Cadáver | NECRODACTILIA | Empacado(a) en bolsa de papel 1 una Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envía a dactiloscopia (BOGOTÁ D C) para identificación dactiloscópica del |



NATHALIA ANDREA CUERVO LONDONO
 Medico Forense

INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N° 2015010125386000004

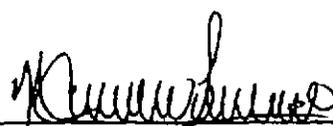
| N° | ORIGEN | MUESTRA | EMBALAJE | DESTINO |
|----|---------|--------------------------|---|---|
| 3 | Cadáver | SANGRE | Empacado(a) en tarjeta fta 1 una Estado Embalado Rotulado y Sellado | - Se envia a central de evidencias(LA MESA) para almacenamiento |
| 4 | Cadáver | SANGRE | Empacado(a) en tubo vacutainer tapa gris 1 uno Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envia a toxicología(BOGOTÁ D C) para alcoholemia |
| 5 | Cadáver | ORINA | Empacado(a) en frasco plástico 1 un0 Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envia a toxicología(BOGOTÁ D C) para análisis cannabinoides |
| 5 | Cadáver | ORINA | Empacado(a) en frasco plástico 1 un0 Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envia a toxicología(BOGOTÁ D C) para cocaína |
| 5 | Cadáver | ORINA | Empacado(a) en frasco plástico 1 un0 Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envia a toxicología(BOGOTÁ D C) para análisis barbituricos |
| 5 | Cadáver | ORINA | Empacado(a) en frasco plástico 1 un0 Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envia a toxicología(BOGOTÁ D C) para análisis benzodicepinas |
| 5 | Cadáver | ORINA | Empacado(a) en frasco plástico 1 un0 Estado Embalado Rotulado y Sellado | -- Se envia a toxicología(BOGOTÁ D C) para análisis opiaceos |
| 6 | Cadáver | REGISTRO FOTOGRAFICO EMP | Empacado(a) en cassette 1 uno Estado Embalado Rotulado y Sellado | - Se envia a central de evidencias(LA MESA) para almacenamiento |

EVIDENCIAS APORTADAS POR LA AUTORIDAD

| N° | ORIGEN | MUESTRA | EMBALAJE | DESTINO |
|----|---------|---------|--|---|
| 1 | Cadáver | CADAVER | Empacado(a) en bolsa 1 bolsa plástica Estado Sin Información | -- Se envia a dactiloscopia(BOGOTÁ D C) para solicitud busqueda tarjeta de |

DOCUMENTOS E IMAGENES

- ACTA DE INSPECCIÓN A CADÁVER Documento aportado por la autondad
- NECRODACTILIA necrodactilia aportada por personal del CTI la Mesa



NATHALIA ANDREA CUERVO LONDOÑO

Médico Forense

ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ

ABOGADA

CEL 312 743 36 88 - 310 49 25 799

CALLE 57 # 24-11 LA ARCADIA

Armenia - Quindío



Señores

FISCALIA SECCIONAL

UNIDAD DE FISCALIAS DE LA MESA CUNDINAMARCA

| | |
|-----------|-------------------------------|
| RADICADO | 253866000696201500007 |
| DELITO | HOMICIDIO CULPOSO |
| INDICIADO | ANGEL OCTAVIO NARANJO TEJEDOR |
| OCCISO | RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS. |
| VICTIMA | CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR |

CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR, mayor de edad y vecina de La tebaida Quindío, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de víctima y representante legal de los menores **CRISTIAN CAMILO CAMARGO HOYOS** y **JUAN MANUEL CAMARGO HOYOS**, respetuosamente me permito manifestar que otorgo **PODER ESPECIAL AMPLIO** y **SUFICIENTE** a la abogada **ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ**, igualmente mayor y vecina de Armenia Quindío, identificada con la cedula de ciudadanía Nro 41 919 745 expedida en Armenia Q portadora de la tarjeta profesional Nro 106 194 Del CSJ, para que en mi nombre y en el de mis menores hijos nos represente en nuestra calidad de **VICTIMAS** dentro del proceso penal que se adelanta por el hecho de tránsito en la **FISCALIA SECCIONAL UNIDAD DE FISCALIAS DE LA MESA CUNDINAMARCA** radicado bajo el numero 253866000696201500007, por el delito de **HOMICIDIO CULPOSO**, en contra del indiciado señor **ANGEL OCTAVIO NARANJO TEJEDOR**. En este sentido mi apoderada podrá asistir tanto a las audiencias de conciliación o acercamiento, audiencias preliminares de imputación, acusación, preparatoria, como a las de juicio oral, e incidente de reparación integral y podrá aportar elementos materiales probatorios y evidencias físicas afines con la investigación.

Mi apoderada queda ampliamente facultada para que nos represente dentro de las audiencias de conciliación o acercamiento, audiencias preliminares de imputación, acusación, preparatoria, de juicio oral y demás audiencias como incidente de reparación integral, como también esta facultada para transigir, recibir, **CONCILIAR**, sustituir, desistir, reasumir, aportar y debatir pruebas, interrogar, contrainterrogar, interponer recursos y en general para adelantar todas las diligencias inherentes a este mandato

Atentamente,

Cindy Carolina Hoyos
CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR
C C Nro 1 096 035 585 de la tebaida Q

ACEPTO,

Alexandra Barahona Pelaez
ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ
Abogada

11276

PCBDIG02-04/10/2016 - 03524



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



4086

En la ciudad de Armenia, Departamento de Quindío, Republica de Colombia, el primero (01) de julio de dos mil dieciséis (2016), en la Notaría Tres (3) del Círculo de Armenia, compareció CINDY CAROLINA HOYOS SALAZAR, quien exhibió la cédula de ciudadanía / NUIP #1096035585, presentó personalmente el documento dirigido a SEÑORES FISCALIA SECCIONAL, OTORGO PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE A LA ABOGADA ALEXANDRA BARAHONA PELAEZ y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto



----- Firma autógrafa -----
Cindy Carolina Hoyos

6zw5e1usm7cw

Conforme al Artículo 18 del Decreto Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado a través de autenticación biométrica, mediante cotejo de su huella dactilar contra la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil



CAROLINA GIRALDO ALVARADO
Notaria tres (3) del Círculo de Armenia - Encargada

NOTARIA TERCERA
ARMENIA QUINDÍO - COLOMBIA
EL PRESENTE DOCUMENTO SE
AUTENTICA POR INSISTENCIA
DEL INTERESADO

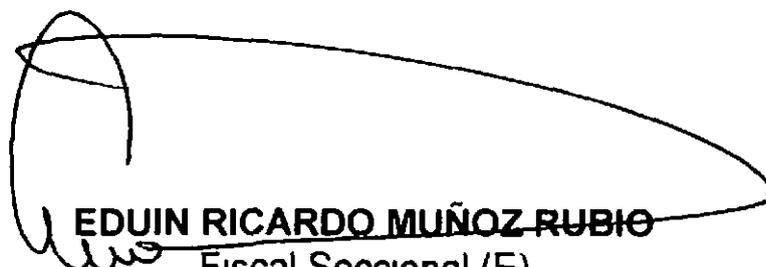


**EL SUSCRITO FISCAL SECCIONAL (E) DE LA UNIDAD DE
FISCALIAS DE LA MESA CUNDINAMARCA**

HACE CONSTAR

Que en esta Unidad Seccional de Fiscalías, se adelanta la N C No 253866000696201500007, seguida en contra de ANGEL OCTAVIO NARANJO TEJEDOR, por el delito de Homicidio Culposo en accidente de tránsito, por hechos ocurridos el día 27 de Enero de 2015, a las 07 00, en el Municipio de Anapoima Cundinamarca via San Antonio de Anapoima, donde resultaron involucrados los vehículos motocicleta de Placas RAB-22A, Marca YAMAHA, línea RX-115S, Modelo 1998, color MARRON Y NIQUEL, la cual era conducida por el señor RUBEN DARIO CAMARGO ARIAS identificado con la Cedula de Ciudadanía No 1 072 960 296 de Anapoima Cundinamarca, quien falleció al momento del accidente y, vehículo Camión de Placas SXM-505, Marca CHEVROLET, Modelo 2011, color MAGENTA VERDE LIMON, de servicio público, el cual iba conducido por el señor ANGEL OCTAVIO NARANJO CORREDOR, identificado con la Cedula de ciudadanía No 19468681 de Bogota D C ,

Se expide la presente en La Mesa (Cund), a los veintitres (23) días del mes de Febrero de dos mil quince (2015) a solicitud escrita que hiciera la señora MARTHA LILIANA ARIAS VELEZ identificada con la Cedula de ciudadanía 41 922 972 de Armenia, para realizar tramites ante la compañía de seguros SURAMERICANA


EDUIN RICARDO MUÑOZ RUBIO
Fiscal Seccional (E)

225