



**Caso: 301**

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

NO. ADMISION: 500

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE  
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE  
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE  
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE  
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE  
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE  
DORSO Y EXTREMIDADES : SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, CUBIERTA CON GASAS Y MICROPORE, SIN SIGNOS DE INFECCION.  
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

**DIAGNOSTICOS PRESUNTIVO**

M662 - RUPTURA ESPONTANEA DE TENDONES EXTENSORES

OP TENORRAFIA EXTENSORES DE MUÑECA IZQUIERDA A NIVEL DEL ANTEBRAZO (24/07/17)  
NEURORRAFIA INTEROSEOPOSTERIOR CON INJERTO DE NERVIO (24/07/17)  
LESION DE LOS EXTENSORES DE MUÑECA IZQUIERDA A NIVEL DEL ANTEBRAZO  
LESION DE NERVIO INTEROSEO POSTERIOR

Incapacidad por: 30 Dias

Firma del Paciente

Dr. JONH JEFFERSON ANGULO CASTRO  
Reg.M. 766583 Esp. MEDICINA GENERAL



Clinica Valle Salud San Fernando S.A.S  
Nit.900900754 1  
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 301

SAN FERNANDO PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

Consecutivo: 500-3

No. de Caso: 301	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 AÑOS	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556
Remitido de: URGETRAUMA SAN FERNANDO		Servicio: HOSPITALIZACION		

Fecha y Hora 25/07/17 - 09:33	DIAGNOSTICOS POP TENORRAFIA EXTENSORES DE MUÑECA IZQUIERDA A NIVEL DEL ANTEBRAZO (24/07/17) POP NEURORRAFIA INTEROSEOPOSTERIOR CON INJERTO DE NERVIO (24/07/17) LESION DE LOS EXTENSORES DE MUÑECA IZQUIERDA A NIVEL DEL ANTEBRAZO LESION DE NERVIO INTEROSEO POSTERIOR
----------------------------------	---

NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA

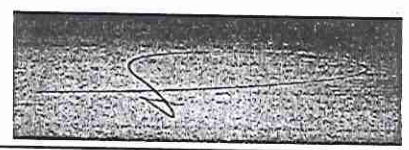
PACIENTE CON BUENA EVOLUCION POSTQUIRURGICA, REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, LA MAYORIA DEL DOLOR REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, NO FIEBRE, NO DISNEA, TOLERANDO VIA ORAL.

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, CON ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. FC: 68 X', FR: 16 X', TA: 120/80, T: 36,5, SO2: 98%, GLASGOW: 15/15, CARDIO/PULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE DE BUENA INTENSIDAD. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PERISTALTISMO PRESENTE.

EXTREMIDADES: MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON VENDAJE BULTOSO, INMOVILIZADO CON CABESTRILLO, EDEMA MODERADO, BUENA MOVILIDAD DE DEDOS, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS PREVIAMENTE, POR RECOMENDACION DEL DR. MENEZ, CIRUJANO DE MANO, SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES, CONTROL AMBULATORIO EL DIA 08/08/2017, EN EL CONSULTORIO 608, CLINICA FARALLONES A LAS 9 AM, ANALGESIA ORAL, INCAPACIDAD MEDICA, SE LE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER, COMPRENDER Y ACEPTAR.

Firma del Paciente



Dr. GUILLERMO GORDILLO  
Reg.M. 764708 Esp. MEDICINA GENERAL




Clinica Valle Salud San Fernando S.A.S  
Nit.900900754 1  
EVOLUCIÓN MÉDICA

Caso: 301

SAN FERNANDO PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

Consecutivo: 500-7

No. de Caso: 301	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 AÑOS	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556
Remitido de: URGETRAUMA SAN FERNANDO		Servicio: HOSPITALIZACION		

<b>Fecha y Hora</b> 25/07/17 - 09:05	<b>DIAGNOSTICOS</b> POP DE TENORRAFIA DE EXTENSORES POP DE NEURORRAFIA DE INTEROSEO POSTERIOR
<b>NOTA DE LA EVOLUCION MEDICA</b>	
<b>SUBJETIVO:</b> PACIENTE CON DOLOR LEVE EN EL POSTOPERATORIO. TIENE INMOVILIZACION CON FERULA. TOLERA LA VIA ORAL.	
<b>OBJETIVO:</b> INMOVILIZACION CON FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. INCAPACIDAD PARA LA EXTENSION ACITVA DE LOS DEDOS Y DE LA MUÑECA	
<b>ANALISIS:</b> PACIENTE QUE PUEDE SER MANEJADO AMBULATORIO DESDE ESTE MOMENTO.	
<b>PLAN:</b> SALIDA CON MEDICAMENTOS, CITA CONTROL Y RECOMENDACIONES.	
<div>Firma del Paciente</div>	<div> <small>LEONARDO MENDEZ DAZA BOGOTÁ - COLOMBIA C.C. 38393</small> Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA Reg.M. 38393 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA</div>

Clinica Valle Salud San Fernando S.A.S  
Nit. 900900754 1  
Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR  
Caso: 301  
Consecutivo: HO -500-5

No. de Caso:	301	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación	Orden No.
Medico:	GUILLERMO GORDILLO	CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	25 Años	MASCULINO	1026569556	5
INCAPACIDAD MEDICA		Servicio: HOSPITALIZACION		Fecha: 25/07/2017 Hora: 14:37		
Justificación : POR 30 DIAS						





Firma del Paciente

Dr. GUILLERMO GORDILLO  
Reg.M. 764708 Esp. MEDICINA GENERAL  
Telefono: 3827974 Direccion: Calle 5 # 38 - 48

12-11-14 VV 4NN # 11-12

Clinica Valle Salud San Fernando S.A.S

Nit. 900900754 1

Ordenes de Medicamentos Generadas en Historias Clinicas

Caso: 301

Consecutivo: HO -500-3

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso:	301	Nombre del Paciente	CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad	25 Años	Sexo	MASCULINO	Identificación	1026569556	Orden No.	3
Medico:	GUILLERMO GORDILLO		Servicio:		HOSPITALIZACION		Fecha:		25/07/2017	Hora: 13:41	
Codigo	Medicamento	Frecuencia									
2220	MELOXICAM 15MG CAJA X 10 TABLETAS	15 mg ORAL Cada 12 Horas por 5 Dia(s)									
1620	TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS POR 5 DIAS	500mg ORAL Cada 8 Horas por 10 Dia(s)									
1210	ACETAMINOFEN + CODEINA 500/30 MG	500 mg ORAL Cada 6 Horas por 5 Dia(s)									
	Cefalexina Tab ó cap										
		Cant									
		10									
		30									
		20									

ENTREGADO FARMACIA  
SAN FERNANDO  
NIT 900900754 1

Firma del Paciente

Dr. GUILLERMO GORDILLO  
Reg.M. 764708 Esp. MEDICINA GENERAL

Telefono: 3827974 Direccion: Calle 5 # 38 - 48



**Clinica Valle Salud San Fernando S.A.S**  
**Nit. 900900754 I**  
**Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas**

**Caso: 301**  
Consecutivo: HO -500-4

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso:	301	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación	Orden No.
Medico:	GUILLERMO GORDILLO	CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	25 Años	MASCULINO	1026569556	4
		Servicio: HOSPITALIZACION		Fecha: 25/07/2017		Hora: 13:43
CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO						
Justificación : CONTROL EL 08/08/2017, 9 AM, CLINICA FARALLONES, CONSULTORIO 608. TEL. 5136708 - 4878068, CALLE 9C # 50 - 21.						



Firma del Paciente

Dr. GUILLERMO GORDILLO  
Reg.M. 764708 Esp. MEDICINA GENERAL  
Telefono: 3827974 Direccion: Calle 5 # 38 - 48



No. de Caso: 68903	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556
Dirección: CARRERA 4 #1-02		Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 8933823	
Ocupacion: CONDUCTORES DE VEHICULOS DE		Estado Civil: UNION	Entidad : MUNDIAL DE SEGUROS	
Fec. Nacim. : 12/10/1991    Fecha Ing.: 09/08/2017    Hora Ing.: 07:11				
Nombre del Acompañante:		Parentesco:		

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIEFRE DOLOR LEVE EN EL POSOPERATORIO DE MIORRAFIA DE LOS EXTENSORES, NEURORRAFIA DE INTEROSEO POSTERIOR MAS INJERTO DE NERVIO, UTILIZA FERULA DE MANERA ADECUADA, TIENE INCAPACIDAD HASTA EL 8 DE SEPT DE 2017

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,  
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,  
TABAQUISMO : NIEGA,  
ASMA : NIEGA,  
IVU : NIEGA,  
EPOC : NIEGA,  
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,  
COLAGENESIS : NIEGA,  
CARDIOPATÍA : NIEGA,  
RENAL CRÓNICO : NIEGA,  
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,  
OTROS : ACCIDENTE DE TRANSITO

EXAMEN FISICO

FC : 80      FR : 18      T/A : 120/70      TEMP : 36.5

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz

VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE

NECULO : SIN ALTERACION APARENTE

AX : SIN ALTERACION APARENTE

BDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE

GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE

PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE

DORSO Y EXTREMIDADES : HERIDA EN BUEN ESTADO, NO HAY SIGNOS DE INFECCION, SE REALIZA CURACION Y SE RETIRAN PUNTOS DE SUTURA, EXTENSION ACTIVA HASTA NEUTRO DE LA MUÑECA IZQ

S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

S411 - HERIDA DEL BRAZO

S618 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

POP LAVADO QUIRURGICO + DESBRIDAMIENTO PROFUNDO + CURETAJE OSEO EN ANTEBRAZO IZQUIERDO

POP LAVADO QUIRURGICO + CURETAJE OSEO DE HERIDA MAGNA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO

POP MIORRAFIA DEL MUSCULO SUPINADOR

• EVOLUCIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIEFRE DOLOR LEVE EN EL POSOPERATORIO DE MIORRAFIA DE LOS EXTENSORES, NEURORRAFIA DE INTEROSEO POSTERIOR MAS INJERTO DE NERVIO, UTILIZA FERULA DE MANERA ADECUADA, TIENE INCAPACIDAD HASTA EL 8 DE SEPT DE 2017

209



CENTRO MÉDICO

VALLESALUD

## HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

**Caso: 68903**

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

NO. ADMISION: 72429

HERIDA EN BUEN ESTADO, NO HAY SIGNOS DE INFECCION, SE REALIZA CURACION Y SE RETIRAN PUNTOS DE SUTURA, EXTENSION ACTIVA HASTA NEUTRO DE LA MUÑECA IZQ

### CONDUCTA:

CITA DE CONTROL EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
07 DE SEPT DE 2017 - 05:45 PM

TERAPIA FISICA 15 SESIONES

### RECOMENDACIONES GENERALES

### CONDUCTA / PLAN

1. 09/08/17 : CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
07 DE SEPT DE 2017 - 05:45 PM
2. 09/08/17 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA 15 SESIONES

Dr. Carlos Hernan Mendez Daza  
C.O.P. 38393 - Esp. Cirugia de la Mano  
N.O.C. 140 - Valle de la Salud

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO





# HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 68903

NO. ADMISION: 72429

No. de Caso: 68903	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556
Dirección: CARRERA 4 #1-02		Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 8933823	
Ocupación: CONDUCTORES DE VEHICULOS DE	Estado Civil: UNION	Entidad : MUNDIAL DE SEGUROS		
Fec. Nacim. : 12/10/1991		Fecha Ing.: 09/08/2017	Hora Ing.: 07:11	
Nombre del Acompañante:				
Parentesco:				

## MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL  
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIEFRE DOLOR LEVE EN EL POSOPERATORIO DE MIORRAFIA DE LOS EXTENSORES, NEURORRAFIA DE INTEROSEO POSTERIOR MAS INJERTO DE NERVIO, UTILIZA ERULA DE MANERA ADECUADA, TIENE INCAPACIDAD HASTA EL 8 DE SEPT DE 2017

DIABETES : NIEGA,  
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,  
TABAQUISMO : NIEGA,  
ASMA : NIEGA,  
IVU : NIEGA,  
EPOC : NIEGA,  
ALERGICOS : NIEGA

## ANTECEDENTES

OBESIDAD : NIEGA,  
COLAGENESIS : NIEGA,  
CARDIOPATIA : NIEGA,  
RENAL CRÓNICO : NIEGA,  
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,  
OTROS : ACCIDENTE DE TRANSITO

## EXAMEN FISICO

FC : 80 FR : 18 T/A : 120/70 TEMP : 36.5  
GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple  
ordenes Expresadas por Voz  
VALOR: 15 / 15 -

## ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : ESTABLE  
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE  
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE  
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE  
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE  
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE  
CURACION Y SE RETIRAN PUNTOS DE SUTURA, EXTENSION ACTIVA HASTA NEUTRO DE LA MUÑECA IZQ  
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

## DIAGNOSTICOS

1411 - HERIDA DEL BRAZO  
1618 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

OP LAVADO QUIRURGICO + DESBRIDAMIENTO PROFUNDO + CURETAJE OSEO EN ANTEBRAZO IZQUIERDO  
OP LAVADO QUIRURGICO + CURETAJE OSEO DE HERIDA MAGNA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO  
OP MIORRAFIA DEL MUSCULO SUPINADOR

## EVOLUCIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO, REFIEFRE DOLOR LEVE EN EL POSOPERATORIO DE MIORRAFIA DE LOS EXTENSORES, NEURORRAFIA DE INTEROSEO POSTERIOR MAS INJERTO DE NERVIO, UTILIZA ERULA DE MANERA ADECUADA, TIENE INCAPACIDAD HASTA EL 8 DE SEPT DE 2017



CENTRO MÉDICO

VALESAUD

**HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA**

Centro Medico y Rehabilitación Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

**Caso: 68903**

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

NO. ADMISION: 72429

HERIDA EN BUEN ESTADO, NO HAY SIGNOS DE INFECCION, SE REALIZA CURACION Y SE RETIRAN PUNTOS DE SUTURA, EXTENSION ACTIVA HASTA NEUTRO DE LA MUÑECA IZQ

**CONDUCTA:**

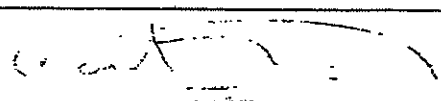
CITA DE CONTROL EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
07 DE SEPT DE 2017 - 05:45 PM

TERAPIA FISICA 15 SESIONES

**RECOMENDACIONES GENERALES****CONDUCTA / PLAN**

1. 09/08/17 : CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
07 DE SEPT DE 2017 - 05:45 PM
2. 09/08/17 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA 15 SESIONES

Firma del Paciente

  
Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

**5. CONTUSION EN MANO IZQUIERDA****Descripción del Procedimiento:**

PACIENTE EN MESA QUIRURGICA, BAJO ANESTESIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES EN HERIDA MAGNA A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCION SALINA AL 0.9%, SE REALIZA BARRIDO MECANICO RETIRANDO POR ARRASTE, SECRECION SEROSA TEJIDO FIBRINOIDE AMARILLO, ADEMAS SE REALIZA DEBRIDAMIENTO DE LOS TEJIDOS DESVITALIZADOS, DEBRIDAMIENTO DE LOS BORDES DE LAS LESIONES CON HOJA DE BISTURI MAS CURETJAJE OSEO Y DE TEJIDO GRASO Y MUSCULAR, POSTERIOR A ESTO SE REALIZA HEMOSTASIA POR ELECTROCOAGULACION, SE LAVA NUEVAMENTE CON SOLUCION SALINA AL 0.9%, RETIRANDO RESTOS DE TEJIDOS, SE SECA SE AFRONTA CON PROLENE 3.0 SE REALIZA CURACION CON GASAS ESTERILES, SE CUBRE CON ALGODON LAMINADO ESTERIL Y VENDAJE ELASTICO, SE FINALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE DEJA PACIENTE ESTABLE

**Conducta a Seguir:**

HOSPITALIZAR  
ANALGESIA Y ANTIBIOTICO IV  
NUEVO LAVADO EN 48 HORAS ALTO RIESGO INFECCION Y NECROSIS  
SEGUIMIENTO DIARIO ORTOPEDIA  
VALORACION CIRUGIA DE MANO

**Ordenes Medicas:**

HOSPITALIZAR

**Material de Osteosintesis:**

Deja Mechass, Drenas, Comprensas, Gasas, Cuantas y Explique:



ARTURO JOSE ARAGON RM No.: 10188285

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

08/08/2018 10:11

Usuario: arturo.aragon

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Nit. 900847382 9

Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas

Caso: 68903  
Consecutivo: 72429-1

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso: 68903	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 1
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA		Fecha: 09/08/2017	Hora: 07:19

CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO

EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
07 DE SEPT DE 2017 - 05:45 PM

Justificación :

*[Handwritten signature]*

COPIA DEL CERTIFICADO NO  
VALIDO PARA EL PACIENTE  
NOMBRE: CRISTIAN GUILLERMO  
ORTIZ SALAZAR

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Telefono: 3809927 Direccion: Calle 9 # 39-40



**Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.**  
**Nit. 900847382 9**  
**Ordenes Médicas Generadas en Historias Clinicas**

**Caso: 68903**  
Consecutivo: 72429-2

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso: 68903	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 2
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA		Fecha: 09/08/2017	Hora: 07:19
FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA					
15 SESIONES					

Justificación :

*Verdad*

LOS SIGAS PASA A LOS  
SIGAS PASA A LOS  
SIGAS PASA A LOS

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Firma del Paciente

Telefono: 3800927 Dirección: Calle 9 # 39-40

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Nit. 900847382 9

Ordenes Médicas Generadas en Historias Clinicas

Caso: 73298

Consecutivo: 77211-1

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso: 73298	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 1
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA			Fecha: 09/09/2017
					Hora: 08:46

CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO

EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
10 DE OCT DE 2017 - 11:00 AM

Justificación :

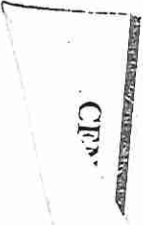
*[Handwritten signature]*

Dr. Carlos Hernan Mendez Daza  
C.R. 38393 Esp. Cirugia de la Mano  
C.C. 311.311.111.111

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Telefono: 3809927 Direccion: Calle 9 # 39-40



**Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.**  
**Ordenes Médicas Generadas en Historias Clinicas**

Nit. 900847382 9

**Caso: 68903**

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

Consecutivo: 72429-2

No. de Caso: 68903	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 2
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA		Fecha: 09/08/2017	Hora: 07:19
FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA					
15 SESIONES					

Justificación :

*Costo 7000*

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Telefono: 3809927 Direccion: Calle 9 # 39-40

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
INSTITUTO DE LA MANO - PARIS (FRANCIA)

# CARLOS HERNÁN MÉNDEZ D., MD

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA - CIRUGÍA DE MANO  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL MIEMBRO SUPERIOR - ARTROSCOPIA

Fecha 07 - SEP - 2017  
Nombre CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR HC: 1026569556  
ENTIDAD : INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.

*R/*

CERTIFICO ASISTENCIA A CONSULTA DE ORTOPEDIA-CIRUGIA DE MANO.

  
Carlos Hernán Méndez D., MD  
Ortopedia Cirugía de Mano  
RM 383 - 93C.C. 16.743.572

CARLOS HERNAN MENDEZ  
R.M. 383-93

CONS. 608 LOCALIZADO EN EL PISO 6 DEL CENTRO MEDICO FARALLONES (CLÍNICA FARALLONES)  
CLL. 9C NO. 50-25 TEL.: 513 6708-487 8068  
e-mail: info@cirugia-mano.com // www.cirugia-mano.com





CENTRO MÉDICO  
VALLE SALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 73298

NO. ADMISION: 77211

No. de Caso: 73298	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556
Dirección: CARRERA 4 #1-02		Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 8933823	
Ocupacion: CONDUCTORES DE VEHICULOS DE		Estado Civil: UNION	Entidad : MUNDIAL DE SEGUROS	
Fec. Nacim. : 12/10/1991		Fecha Ing.: 09/09/2017	Hora Ing.: 08:01	
Nombre del Acompañante:		Parentesco:		

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDNETE DE TRANSITO, HA REALIZADO 6 SESIONES DE TERAPIA FISICA, CON MEJORIA PARCIAL DE LA MOVILIDAD DEL CODO IZQ, REFIERE DOLOR

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,	OBESIDAD : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,	COLAGENESIS : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,	CARDIOPATÍA : NIEGA,
ASMA : NIEGA,	RENAL CRÓNICO : NIEGA,
IVU : NIEGA,	ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
EPOC : NIEGA,	OTROS : ACCIDENTE DE TRANSITO
ALERGICOS : NIEGA	

EXAMEN FISICO

FC : 80      FR : 18      T/A : 120/70      TEMP : 36.5  
GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple  
ordenes Expresadas por Voz  
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE  
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE  
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE  
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE  
DOMEN : SIN ALTERACION APARENTE  
ITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE  
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE  
DORSO Y EXTREMIDADES : HAY EXTENSION ACTIVA D ELA MUÑECA IZQ Y DEL V DEDO DE MANO IZQ,  
INCAPCIDAD PARA LA EXTENSION ACTIVA DE LOS DEDOS DE LA MANO IZQ  
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

MIORRAFIA DEL MUSCULO SUPINADOR

EVOLUCIÓN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDNETE DE TRANSITO, HA REALIZADO 6 SESIONES DE TERAPIA FISICA, CON MEJORIA PARCIAL DE LA MOVILIDAD DEL CODO IZQ, REFIERE DOLOR

HAY EXTENSION ACTIVA D ELA MUÑECA IZQ Y DEL V DEDO DE MANO IZQ, INCAPCIDAD PARA LA EXTENSION ACTIVA DE LOS DEDOS DE LA MANO IZQ

CONDUCTA:



# HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

**Caso: 73298**

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

NO. ADMISION: 77211

CITA DE CONTROL EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
10 DE OCT DE 2017 - 11:00 AM

TERAPIA FISICA 20 SESIONES

INCAPACIDAD X 30 DIAS A PARTIR DE 09 DE SEPT DE 2017 HASTA 08 DE OCT DE 2017

## RECOMENDACIONES GENERALES

### CONDUCTA / PLAN

1. 09/09/17 : CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO EN 4 SEMANAS DR: MENDEZ  
10 DE OCT DE 2017 - 11:00 AM
2. 09/09/17 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA 20 SESIONES
3. 09/09/17 : INCAPACIDAD MEDICA X 30 DIAS A PARTIR DE 09 DE SEPT DE 2017 HASTA 08 DE OCT DE 2017

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

**Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.**  
Nit. 900847382 9

**Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas**

**Caso: 73298**

Consecutivo: 77211-3

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso: 73298	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 3
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA	Servicio: CONSULTA EXTERNA		Fecha: 09/09/2017 Hora: 08:47		

INCAPACIDAD MEDICA

X 30 DIAS A PARTIR DE 09 DE SEPT DE 2017  
HASTA 08 DE OCT DE 2017

Justificación :

COPIA RECIBIDA  
A LAS 10:00 AM  
DEL 09/09/2017  
P.O. 301-337613357

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Telefono: 3809927 Direccion: Calle 9 # 39-40





CENTRO MÉDICO  
**VALLESALUD**

## HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Page 1 of 2

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

**Caso: 82919**

NO. ADMISION: 87758

No. de Caso: 82919	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 26 AÑOS	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556
Dirección: CARRERA 4 #1-02		Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 8933823	
Ocupacion: CONDUCTORES DE VEHICULOS DE		Estado Civil: UNION	Entidad : MUNDIAL DE SEGUROS	
Fec. Nacim. : 12/10/1991		Fecha Ing.: 11/11/2017	Hora Ing.: 07:42	
Nombre del Acompañante:		Parentesco:		

### MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE HA REALIZADO 19 SESIONES DE TERAPIA FISICA HASTA EL MOMENTO, REFIERE NO MEJORIA DE LA MOVILIDAD ACTIVA DE LOS DEDOS.

### ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,  
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,  
TABAQUISMO : NIEGA,  
ASMA : NIEGA,  
IVU : NIEGA,  
EPOC : NIEGA,  
ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS,  
ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS .

OBESIDAD : NIEGA,  
COLAGENESIS : NIEGA,  
CARDIOPATÍA : NIEGA,  
RENAL CRÓNICO : NIEGA,  
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,  
OTROS : PATOLOGICOS : NIEGA  
QUIRURGICOS: NIEGA  
FARMACOLOGICOS: NIEGA  
TRAUMATOLOGICOS: NIEGA  
TOXICOS: NIEGA  
FAMILIARES : NIEGA  
FUR: NO APLICA

### EXAMEN FISICO

FC : 70 FR : 14 T/A : 110/60 TEMP : 36.5  
GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple  
ordenes Expresadas por Voz  
VALOR: 15 / 15 -

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE  
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE  
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE  
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE  
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE  
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE  
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE  
DORSO Y EXTREMIDADES : AL EXAMEN FISICO INCAPACIDAD PARA LA EXTENSION ACTIVA DE LOS DEDOS  
DE MANO IZQUIERDA.  
EXTENSION ACTIVA DE LA MUÑECA IZQUIERDA  
FUERZA DE AGARRE MANO DERECHA 30 KG  
FUERZA DE AGARRE MANO IZQUIERDA 12 KG  
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

### DIAGNOSTICOS

S411 - HERIDA DEL BRAZO  
S618 - HERIDAS DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

LESION DEL NERVIO INTEROSEO POSTERIOR



**Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.**  
**Nit. 900847382 9**  
**Ordenes Médicas Generadas en Historias Clinicas**

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

**Caso: 82919**  
Consecutivo: CE -87758-1

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación	Orden No.
82919	CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	25 Años	MASCULINO	1026569556	1
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA	Fecha: 11/11/2017	Hora: 08:21	
CONTROL AMBULATORIO POR CIRUGIA MANO					
CITA CONTROL EN 04 SEMANAS MIERCOLES 08 DE NOVIEMBRE DE 2017 03:45 PM					

Justificación :

13724 HERNAN MENDEZ DAZA  
CIRUJANO GENERAL  
R.M. 331-8722161337

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO  
Telefono: 3809927    Direccion: Calle 9 # 39-40

Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Valle Salud S.A.S.

Nit. 900847382 9

Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas

Caso: 82919

Consecutivo: CE -87758-3

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso: 82919	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 3
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA		Fecha: 11/11/2017	Hora: 08:21
FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA					
TERAPIA FISICA #15					
MEDIOS FISICOS					
TENS, US, EMS					
MANEJO DE DOLOR Y EDEMA					
MEJORARA ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR					
MEJORAR FUERZA DE LOS EXTENSORES DE LA MUÑECA IZQUIERDA					
PLAN CASERO					

Justificación :

LUYDA ROSA S. MENDEZ D. M.D.  
O.S.P. 38393  
R.M. 38393

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.  
Nit. 900847382 9  
Ordenes Médicas Generadas en Historias Clinicas

Caso: 82919  
Consecutivo: CE -87758-2

PACIENTE: 1026569556 - CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR

No. de Caso: 82919	Nombre del Paciente CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR	Edad 25 Años	Sexo MASCULINO	Identificación 1026569556	Orden No. 2
Medico: CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA		Servicio: CONSULTA EXTERNA		Fecha: 11/11/2017	Hora: 08:21

INCAPACIDAD MEDICA

INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A  
PARTIR DEL 09 DE OCTUBRE DE 2017 HASTA  
EL 07 DE NOVIEMBRE DE 2017

Justificación :



USAR HOJA 3 (FOLIO 3) NO  
OLVIDAR FIRMAR EN LA HOJA  
N.º 332 - SECCION 14.1.178

Firma del Paciente

Dr. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA  
Reg.M. 38393 Esp. CIRUGIA DE LA MANO

Teléfono: 3809927 Dirección: Calle 9 # 39-40

**DR. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA**  
Ortopedia y Traumatología  
Cirugía de la Mano-Artroscopia  
Cirugía Reconstructiva del Miembro Superior  
Universidad Nacional de Colombia  
Instituto de la Mano París - Francia

**Historia Clínica No. 1026569556**  
**Cristian Guillermo Ortiz Salazar**  
Documento : 1026569556  
Edad 26a-1m-18d      Sexo M  
Dirección Carrera 4 #1-02 B/ San Antonio Tel 8933823  
Ocupación Taxista  
Entidad Inversiones Medicas Valle Salud S.a.s.

Tipo	Consulta	Fecha	30/nov/2017, 05:50 PM
Firma Digital	CARLOS HERNAN MENDEZ	R.M. 383-93	Hora Final

**SUBJETIVO:**  
PACIENTE QUE HA REALIZADO 50 SESIONES DE TERAPIA FISICA. REFIERE IGUAL MOVILIDAD SIN MEJORIA EN LA EXTENSION DE LOS DEDOS.

**OBJETIVO:**  
AL EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS CON RESPECTO A LA EVALUACION ANTERIOR.

**ANALISIS:**  
PACIENTE QUE CON EVOLUCION ESTABLE.

**PLAN:**  
INCAPACIDAD PRORROGA POR 30 DIAS A PARTIR DEL 08 DE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA EL 07 DE DICIEMBRE DEL 2.017.  
INCAPACIDAD PRORROGA POR 30 DIAS A PARTIR DEL 08 DE DICIEMBRE DEL 2.017 HASTA EL 06 DE ENERO DEL 2.018.  
CITA DE CONTROL EN 06 SEMANAS PARA DEFINIR CONDUCTA.

Diagnósticos:  
Ingreso

Egreso

*Handwritten signature and stamp:*  
Carlos Hernan Mendez D., MD  
Cirujano de la mano  
R.M. 383-93 Cc 16.743572



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
INSTITUTO DE LA MANO - PARIS (FRANCIA)

# CARLOS HERNÁN MÉNDEZ D., MD

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA - CIRUGÍA DE MANO  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL MIEMBRO SUPERIOR - ARTROSCOPIA

Fecha 30 - NOV - 2017

Nombre CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR HC: 1026569556

ENTIDAD : INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.

*R/*

## INCAPACIDAD

INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE 08 DE NOVIEMBRE DE 2017  
HASTA EL 07 DE DICIEMBRE DE 2017

DIAGNOSTICO: LESION DEL NERVIO INTEROSEO POSTERIOR

PRORROGA: SI

Carlos Hernán Méndez D., MD  
ORTOPEDIA-CIRUGIA DE LA MANO  
R.M. 383-93 C.E. 16.742.572

CARLOS HERNAN MENDEZ  
R.M. 383-93

CONS. 608 LOCALIZADO EN EL PISO 6 DEL CENTRO MEDICO FARALLONES (CLÍNICA FARALLONES)  
CLL. 9C NO. 50-25 TEL.: 513 6708-4878068  
e-mail: info@cirugia-mano.com // www.cirugia-mano.com

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
INSTITUTO DE LA MANO - PARIS (FRANCIA)

# CARLOS HERNÁN MÉNDEZ D., MD

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA - CIRUGÍA DE MANO  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL MIEMBRO SUPERIOR - ARTROSCOPIA

Fecha 30 - NOV - 2017

Nombre CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR HC: 1026569556

ENTIDAD : INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.

*R/*

## INCAPACIDAD

INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE 08 DE DICIEMBRE DE 2017  
HASTA EL 06 DE ENERO DE 2018

DIAGNOSTICO: LESION DEL NERVIIO INTEROSEO POSTERIOR

PRORROGA: SI

*[Signature]*  
Carlos Hernán Méndez D., MD  
ORTOPEDIA-CIRUGÍA DE LA MANO  
R.M. 383-93 C.C. 16.743.572

CARLOS HERNAN MENDEZ  
R.M. 383-93

CONS. 608 LOCALIZADO EN EL PISO 6 DEL CENTRO MEDICO FARALLONES (CLÍNICA FARALLONES)  
CLL. 9C NO. 50-25 TEL.: 513 6708-4878068  
e-mail: info@cirugia-mano.com // www.cirugia-mano.com

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
INSTITUTO DE LA MANO - PARIS (FRANCIA)

# CARLOS HERNÁN MÉNDEZ D., MD

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA - CIRUGÍA DE MANO  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL MIEMBRO SUPERIOR - ARTROSCOPIA

Fecha 30 - NOV - 2017

Nombre CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR HC: 1026569556  
ENTIDAD : INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.

**R/**

CITA CONTROL EN 06 SEMANAS

Veves \_\_\_\_\_  
11-enero-2018  
4:30 pm

Carlos Hernán Méndez D., MD  
ORTOPEDIA CIRUGIA DE LA MANO  
R.M. 383-93 C.C. 16.749.572

CARLOS HERNAN MENDEZ  
R.M. 383-93

CONS. 608 LOCALIZADO EN EL PISO 6 DEL CENTRO MEDICO FARALLONES (CLÍNICA FARALLONES)  
CLL. 9C NO. 50-25 TEL.: 513 6708-4878068  
e-mail: info@cirugia-mano.com // www.cirugia-mano.com

**DR. CARLOS HERNAN MENDEZ DAZA**

Ortopedia y Traumatología  
Cirugía de la Mano-Artroscopia  
Cirugía Reconstructiva del Miembro Superior  
Universidad Nacional de Colombia  
Instituto de la Mano Paris - Francia

**Historia Clínica No. 1026569556****Cristian Guillermo Ortiz Salazar**

Documento : 1026569556

Edad 26a-7m-16d Sexo M

Dirección Carrera 4 #1-02 B/ San Antonio Tel 8933823

Ocupación Taxista

Entidad Inversiones Medicas Valle Salud S.a.s.

Tipo	Consulta	Fecha	28/may/2018, 05:36 PM
Firma Digital	CARLOS HERNAN MENDEZ	R.M. 383-93	Hora Final

**SUBJETIVO:**

PACIENTE QUE REFIERE MEJORIA PARCIAL DE LA MOVILIDAD DE LA MUÑECA Y DE LOS DEDOS.

**OBJETIVO:**

AL EXAMEN FISICO HAY EXTENSION ACTIVA DE LOS DEDOS DE LA MUÑECA DE MANERA PARCIAL. HAY HIPOESTESIA DE LA REGION DORSAL DE LA REGION DORSAL DE LA MANO Y MUÑECA.  
FUERZA DE AGARRE MANO DERECHA 28 KG  
FUERZA DE AGARRE MANO IZQUIERDA 02 KG

**ANALISIS:**

PACIENTE QUE PRESENTA LIMITACION DE LA MOVILIDAD ACTIVA DE LOS DEDOS Y DE LA MUÑECA CON DISMINUCION DE LA FUERZA DE AGARRE.

**PLAN:**

CITA DE CONTROL EN 08 SEMANAS.

Diagnósticos:

Ingreso

Egreso

Carlos Hernan Mendez D. M.D.  
Ortopedia y Cirugía de la Mano  
R.M. 383-93 Cc. 15.743572



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
INSTITUTO DE LA MANO - PARIS (FRANCIA)

# CARLOS HERNÁN MÉNDEZ D., MD

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGÍA - CIRUGÍA DE MANO  
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL MIEMBRO SUPERIOR - ARTROSCOPIA


Fecha 28 - MAY - 2018

Nombre CRISTIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR HC: 1026569556  
ENTIDAD : INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD S.A.S.

R/

CITA CONTROL EN 08 SEMANAS

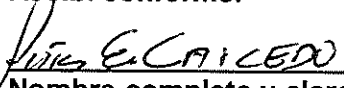
Miércoles  
25 - Julio - 2018  
4:45 pm

  
CARLOS HERNÁN MÉNDEZ D., MD  
Ortopedia Cirugía de la mano  
R.M. 383-93-C.C. 16 743 572

CARLOS HERNAN MENDEZ  
R.M. 383-93

CONS. 608 LOCALIZADO EN EL PISO 6 DEL CENTRO MEDICO FARALLONES (CLÍNICA FARALLONES)  
CLL. 9C NO. 50-25 TEL.: 513 6708-487 8068  
e-mail: info@cirugia-mano.com // www.cirugia-mano.com

Recibo de gastos de transporte en taxi por carreras a clínica, terapias, medicina legal, fiscalía, junta regional con ocasión a un Accidente de Tránsito		Nº: 1
FECHA	LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO DE LA CARRERA	VALOR
11-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 en el barrio San Antonio a Medicina Legal y regresarme a mi casa.	\$ 50.000
13-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
15-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
17-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
18-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
24-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
25-07-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
09-08-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a la Clínica Valle Salud y regresarme	\$ 50.000
02-09-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a medicina legal y regresarme	\$ 50.000
07-09-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a valoración con el Dr. Hernán Méndez y regresarme	\$ 50.000
Recibí conforme:		
Luis C. CAicedo		
Nombre completo y claro.		Subtotal
Cedula No.		descuentos
16581498		Saldo por pagar:
Placa del vehículo:		\$ 500.000
VCQ 574		Total cancelado:
Empresa de taxi:		\$ 500.000

Recibo de gastos de transporte en taxi por carreras a clínica, terapias, medicina legal, fiscalía, junta regional con ocasión a un Accidente de Tránsito		Nº: 2
FECHA	LUGAR DE ORIGEN Y DESTINO DE LA CARRERA	VALOR
09-09-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a Valle Salud y regresarme a mi casa	\$ 50.000
29-04-2018	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a Medicina legal y regresarme a mi casa	\$ 50.000
11-11-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a Valle Salud y regresarme a mi casa	\$ 50.000
30-11-2017	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a ubicación con el Dr. Hernan Mendez y regresarme	\$ 50.000
29-05-2018	Transportarme desde mi casa en la Cra 4 No. 1-02 a Valle Salud y regresarme a mi casa	\$ 50.000
09-11-2018	Transportarme desde mi casa en el barrio San Antonio a la Junta Regional y regresarme a mi casa	\$ 50.000
09-11-2018	Transportarme desde mi casa en el barrio San Antonio a la Junta Regional y regresarme a mi casa	\$ 50.000
15-05-2019	Transportarme desde mi casa en el barrio San Antonio a la Fiscalía y regresarme a mi casa	\$ 50.000
04-07-2019	Transportarme desde mi casa en el barrio San Antonio a la Fiscalía y regresarme a mi casa	\$ 50.000
31-08-2019	Transportarme desde mi casa en el barrio San Antonio a la Fiscalía y regresarme	\$ 55.000
<b>Recibí conforme:</b>  <b>Nombre completo y claro.</b> <b>Cedula No.</b> <b>16581498</b> <b>Placa del vehículo:</b> <b>VCQ574</b> <b>Empresa de taxi:</b>		<b>Subtotal</b> <b>descuentos</b> <b>Saldo por pagar:</b> \$ 505.000 <b>Total cancelado:</b> \$ 505.000

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **16.581.498**

**CAICEDO**


APELLIDOS

**LUIS EDUARDO**

NOMBRES

*LUIS E CAICEDO*

REPUBLICA DE COLOMBIA




FECHA DE NACIMIENTO **14-SEP-1954**

**CALI**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**22-OCT-1975 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3100100-00141479-M-0016581498-20081222 0008625874A 1 9923550921

*luiseduardocaicedo982@gmail.com*

*Tel = 324 6169035*





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

**RUNT**  
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRANSITO



**CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES**  
No. 151957268

**DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO**

Entidad que expide el certificado: ITAC S.A.S. - SUR CDA

NIT: 900147803

No. de Certificado de  
Acreditación: 09-OIN-090-002

Fecha de expedición: 2021/02/20

Fecha de vencimiento: 2022/02/20

**DATOS VEHÍCULO**

PLACA: VCQ574

CLASE: AUTOMOVIL

MARCA: HYUNDAI

MODELO: 2009

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: GAS GASOL

CILINDRAJE: 999

NRO. MOTOR: G4HC8M510417

NRO. CHASIS: MALAB51GP9M320573

VIN:


LÍNEA: ATOS PRIME GL

COLOR: AMARILLO


NOMBRE PROPIETARIO: AMPARO GARZON V.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

**NUNO ANDRE PINTO HENRIQUES**




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

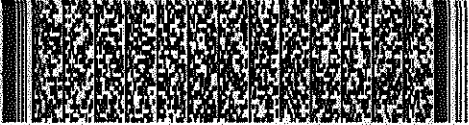


LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10005901860


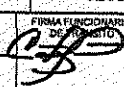
PLACA VCQ674	MARCA HYUNDAI	LÍNEA ATOS PRIME GL	MODELO 2009
CILINDRADA CC 999	COLOR AMARILLO	SERVICIO PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO AUTOMOVIL	TIPO CARROCERÍA HATCH BACK	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 5
NÚMERO DE MOTOR G4HC8M510417	REG VIN N		
NÚMERO DE SERIE *****	REG N	NÚMERO DE CHASIS MALAB51GP9M320573	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) GARZON VALENCIA AMPARO		IDENTIFICACIÓN C.C. 25815541	

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 01639040647887	FECHA IMPORT. E 30/09/2008	PUERTAS 5
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD		
PRENDA - CREDI TAXIS CALI S.A.S		
FECHA MATRÍCULA 15/01/2009	FECHA EXP. LIC. TTO. 20/08/2013	FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRÁNSITO STRIA MCPAL TTO CALI		





LTD2001869854

		ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI		TARJETA N° <b>364425</b>	
MAYOR BOVILLAS		FECHA VIGENCIA 11/09/2021		PLACA VCQ574	
<b>TARJETA DE OPERACIÓN</b>					
DATOS VEHICULO	CLASE VEHICULO	TIPO CARROCERIA		MARCA	MODELO
	AUTOMOVIL	HATCH BACK		HYUNDAI	2009
DATOS EXPEDIENTE	CLASE COMBUSTIBLE	N° MOTOR	NIVEL DE SERVICIOS		CAPACIDAD
	GASOLINA	G4HC8M510417	INDV BASICO		5 - 0
DATOS EMPRESA	RAZON SOCIAL			N° INTERNO	
	RADIO TAXI AEROPUERTO S.A.			6206	
	SANTIAGO DE CALI			MUNICIPAL	
ZONA OPERACIÓN			FECHA EXPEDICIÓN		FIRMA FUNCIONARIO
CALI			11/09/2020		



# SOAT

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



ASEGURADORA

**seguros mundial**  
tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN 2021 7 15		VIGENCIA 2021 7 16		HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2022 7 15	
No. DE PÓLIZA 81314232 - 600562732	PLACA No. VCQ574	CLASE DE VEHÍCULO AUTOS DE NEGOCIO ALQUILER ENSEÑANZA	SERVICIO PUBLICO	CILINDRAJE/VATIOS 999	MODELO 2009
PASAJEROS 5	MARCA HYUNDAI	LÍNEA VEHÍCULO ATOS PRIME GL		CARROCERÍA HATCH BACK	
No. MOTOR G4HC8M510417		No. CHASIS o No. SERIE MALAB51GP9M320573		No. VIN NA	CAPACIDAD TON. 0,00
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR AMPARO GARZON VALENCIA		TELÉFONO DEL TOMADOR 3117606121	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 29815541	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR CALI
CÓDIGO DE ASEGURADORA 1317	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA 21	CLAVE PRODUCTOR 80001152	No. FORMULARIO 81314232	CIUDAD EXPEDICIÓN 76001	
TARIFA 71	PRIMA SOAT \$ 337.600	CONTRIBUCIÓN FOSYGA \$ 168.800	TASA RUNT \$ 1.800	AMPAROS POR VICTIMA A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	HASTA 800 180 750 10 <b>SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES</b>
TOTAL A PAGAR \$ 508.200					
FIRMA AUTORIZADA 					

## CLUB TU BENEFICIO MUNDIAL

¡Ahora que estás a salvo! ingresa al Club Tu Beneficio Mundial y disfruta descuentos y promociones de manera ilimitada en diferentes establecimientos de comercio a Nivel Nacional: [registro.tubeneficiomundial.com](http://registro.tubeneficiomundial.com) Cuando te registres en el enlace recibirás un correo electrónico de forma automática, ábrelo y haz clic en el botón **UNIRTE**, crea tu contraseña y ¡a disfrutar por montón en [www.tubeneficiomundial.com](http://www.tubeneficiomundial.com)!

### Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

### En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

### Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

### Habeas data

Cuando cumplimos a ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, sus datos serán tratados de conformidad con la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en <https://www.segurosmondial.com.co/mundial/PoliticaProtecciondeDatosV2Enr/ode2019.pdf> para las finalidades y bajo los procedimientos que allí se señalan; usted podrá ejercer su derecho de conocer, actualizar, y rectificar sus datos a través de nuestros canales disponibles en [www.segurosmondial.com.co/privacidad/privacidad](http://www.segurosmondial.com.co/privacidad/privacidad).

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA  
Date: 2021.07.15 12:25:50 -05:00





seguros  
**CERTIFICACIÓN DE AMPARO**  
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

tu compañía siempre

EXTRA CONTRACTUAL Y CONTRACTUAL

POLIZA No. 2600134859 No. 834396  
CERT. 834397

ASEGURADO RADIO TAXI AEROPUERTO S.A.

Y/O PROPIETARIOS Y/O AFILIADOS PASAJEROS 5

PLACA VCO574 MARCA HONDA  
MODELO 2009 SERVICIO TAXI

FIRMA AUTORIZADA

COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:



Comuníquese a la líneas GRATUITAS:  
01 8000 11 88 20 opción 2  
01 8000 18 50 15  
(1) 658 07 02

- Solicite la intervención de las autoridades y el levantamiento del cuerpo, tome nombres y teléfonos de los testigos y datos relacionados con los terceros.
- No haga ningún arreglo con los terceros ni admita responsabilidades.
- En caso de muertos la autoridad asume la situación.
- En caso de heridos, estos se conducen a la clínica u hospital mas cercano aportando fotocopia de SOAT.
- De aviso a la compañía dentro de las 24 horas siguientes al accidente.



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
**LICENCIA DE CONDUCCIÓN**  
No. 16581498

LIBERTAD Y ORDEN

NOMBRE  
**LUIS EDUARDO CAICEDO**

FECHA DE NACIMIENTO  
**14-09-1954**

FECHA DE EXPEDICIÓN  
**22-02-2021**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR  
**CONducir con lentes**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR  
**STRIA TIOYTE MCPAL CANDELARIA**



SANGRE: **PH**  
**O+**

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	22-02-2026	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	22-02-2022	PUBLICO





ESTÁ LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL.

LC02004654539

<b>Recibo de gastos por oficios varios</b>		<b>Nº: 1</b>
Por concepto de: cuidados durante los días más críticos de mi incapacidad		Pagado a: <i>Yessenia Buitrago Lopez</i>
Descripción: del día <u>17</u> mes: <u>Julio</u> hasta día <u>17</u> mes: <u>Agosto</u> año: <u>2017</u>		
Recibí de: <u>Cristian Guillermo Ortiz</u> Nombre completo y claro.		
Cedula de Ciudadanía: <u>1.026.569.556</u>		Subtotal
Teléfono: <u>304 531 5482</u>		descuentos
		Saldo por pagar: \$ <u>250.000</u>
		Total cancelado: \$ <u>250.000</u>
Fecha/ pago: <u>17 / Agosto / 2017</u>	Firma: <u>Stefania Buitrago</u> C.C No. <u>1.107.099.335</u>	

<b>Recibo de gastos por oficios varios</b>		<b>Nº: 2</b>
Por concepto de: cuidados durante los días más críticos de mi incapacidad		Pagado a: <i>Yessenia Stefania Buitrago Lopez</i>
Descripción: del día <u>09</u> mes: <u>Sept</u> hasta día <u>8</u> mes: <u>Oct</u> año: <u>2017</u>		
Recibí de: <u>Cristian Guillermo Ortiz</u> Nombre completo y claro.		
Cedula de Ciudadanía: <u>1.026.569.556</u>		Subtotal
Teléfono: <u>304 531 5482</u>		descuentos
		Saldo por pagar: \$ <u>250.000</u>
		Total cancelado: \$ <u>250.000</u>
Fecha/ pago: <u>8 / Oct / 2017</u>	Firma: <u>Stefania Buitrago</u> C.C No. <u>1.107.099.335</u>	

Recibo de gastos por oficios varios		Nº: 3
Por concepto de: cuidados durante los días más críticos de mi incapacidad	Pagado a: Jesenia Stefania Bortrago Lopez	
Descripción: del día 09 mes: Oct hasta día 7 mes: Nov año: 2017		
Recibí de: Cristian Guillermo Ortiz		
Nombre completo y claro.	Subtotal	
Cedula de Ciudadanía: 1.026.569.556	descuentos	
Teléfono: 304 531 5482	Saldo por pagar:	\$ 250.000
	Total cancelado:	\$ 250.000
Fecha/ pago: 7 / Nov / 2017	Firma: Stefania Bortrago C.C No. 1.107.099.335	

Recibo de gastos por oficios varios		Nº: 4
Por concepto de: cuidados durante los días más críticos de mi incapacidad	Pagado a: Jesenia Stefania Bortrago Lopez	
Descripción: del día 09 mes: Nov hasta día 7 mes: Dic año: 2017		
Recibí de: Cristian Guillermo Ortiz		
Nombre completo y claro.	Subtotal	
Cedula de Ciudadanía: 1.026.569.556	descuentos	
Teléfono: 304 531 5482	Saldo por pagar:	\$ 250.000
	Total cancelado:	\$ 250.000
Fecha/ pago: 7 / Dic / 2017	Firma: Stefania Lopez C.C No. 1.107.099.335	

<b>Recibo de gastos por oficios varios</b>		<b>Nº: 5</b>	
Por concepto de: cuidados durante los días más críticos de mi incapacidad		Pagado a: <i>Yessenio Stefano Buitrago Lopez</i>	
Descripción: del día <u>09</u> mes: <u>Dic</u> hasta día <u>6</u> mes: <u>Ene</u> año: <u>2018</u>			
Recibí de: <u>Cristian Guillermo Ortiz</u> Nombre completo y claro.			
Cedula de Ciudadanía: <u>1.026.569.556</u>		Subtotal	
Teléfono: <u>304 531 5482</u>		descuentos	
		Saldo por pagar: \$ <u>250.000</u>	
		Total cancelado: \$ <u>250.000</u>	
Fecha/ pago: <u>6 / Ene / 2018</u>		Firma: <i>Stefania Buitrago</i> C.C No. <u>1.107.099.335</u>	

<b>Recibo de gastos por oficios varios</b>		<b>Nº: 6</b>	
Por concepto de: cuidados durante los días más críticos de mi incapacidad		Pagado a: <i>Yessenio Stefano Buitrago Lopez</i>	
Descripción: del día <u>07</u> mes: <u>Ene</u> hasta día <u>22</u> mes: <u>Enero</u> año: <u>2018</u>			
Recibí de: <u>Cristian Guillermo Ortiz</u> Nombre completo y claro.			
Cedula de Ciudadanía: <u>1.026.569.556</u>		Subtotal	
Teléfono: <u>304 531 5482</u>		descuentos	
		Saldo por pagar: \$ <u>100.000</u>	
		Total cancelado: \$ <u>100.000</u>	
Fecha/ pago: <u>22 / Ene / 2018</u>		Firma: <i>Stefania Buitrago</i> C.C No. <u>1.107.099.335</u>	



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
 CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **1.107.099.335**

**BUITRAGO LOPEZ**

APELLIDOS  
**YESENIA STEFANIA**

NOMBRES  
**Yessenia S. Buitrago**

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1996**

**CALI**  
 (VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**02-JUL-2014 CALI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3100100-00613728-F-1107099335-20140822 0039656843A 2 43351974

*buitragossstefania@gmail-com*

*Tel= 3012684673.*

												Número Único de Noticia Criminal																				
												7	6	0	0	1	6	0	0	0	1	9	6	2	0	1	7	8	3	5	2	0
Entidad	Radicado Interno											Dpto	Municipio			Entidad	Unidad Receptora		Año		Consecutivo											
												INFORME INVESTIGADOR DE CAMPO -FPJ-11																				
												Este informe será rendido por la Policía Judicial																				
Departamento				Valle del Cauca				Municipio				CALI		Fecha		2021		05		07		Hora		1		6		1		5		

1. DESTINO DEL INFORME

Seccional: DIRECCIÓN SECCIONAL DE CALI  
Unidad: GRUPO INVESTIGACION Y JUICIO - LESIONES ACCIDENTE TRANSITO - CALI  
Despacho: FISCALIA 39  
Fiscal: ADRIANA PADILLA SANCHEZ  
O.T. No.: 589 , asignada el 2021-05-06  
OPJ o Solicitud No.: 6598208 de fecha 2021-05-06

Conforme a lo establecido en la normatividad vigente que aplique, me permito rendir el siguiente informe.

2. OBJETIVO DE LA DILIGENCIA

Objetivo de la Orden de policía judicial: REALIZAR INFORME TECNICO CONTABLE (LUCRO CESANTE, DAÑO EMERGENTE Y TODO LO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION, A FIN DE ESTABLECER LOS DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS POR EL INDICIADO, AL SR. CRISTHIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR IDENTIFICADO CON LA C.C. No. 1026569556, VICTIMA DENTRO DEL PRESENTE RADICADO POR HECHOS OCURRIDOS EL PASADO 11 DE JULIO DE 2017

3. DIRECCIÓN DONDE SE REALIZA LA ACTUACIÓN

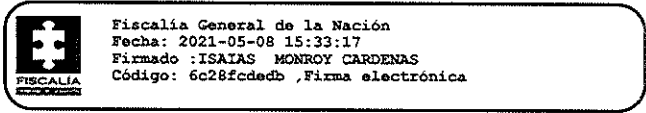
3.1 Analisis de documentos

Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Nombre o número de comuna / localidad: COMUNA 2
Barrio / Vereda: SANTA MÓNICA RESIDENCIAL	Otro:
Dirección: Calle 25 Norte Avenida 6A 11, Santa Mónica Residencial, Comuna 2, Cali, Valle del Cauca	
Características: EDIFICIO	

4. ACTUACIONES REALIZADAS

4.1 Analisis de documentos
----------------------------

5. TOMA DE MUESTRAS



NO HAY INFORMACIÓN RELACIONADA

6. DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA FORMA TÉCNICA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Procedimientos Técnicos

- No Aplica

Instrumentos

- No Aplica

Estado: NO APLICA

7. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD INVESTIGATIVA

Con el fin de dar cumplimiento en la orden a policía judicial, Se realiza el análisis de los documentos aportados y anexados al expediente digital, allegados por la defensora del señor CRISTHIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR identificado con CC 1.026.569.556 y así determinar los perjuicios materiales.

**DAÑO EMERGENTE:** *Consiste en la disminución específica, real y cierta del patrimonio a consecuencia de los gastos que el afectado o los damnificados han tenido que realizar con ocasión del evento dañino, indudablemente el daño emergente lo conforman los dineros que salen del patrimonio de los lesionados para atender sus gastos médicos, terapéuticos, transporte, entre otros conceptos, lo cual requiere de un respaldo probatorio, que para el caso que nos ocupa, se tienen los siguientes:*

Recibo No 1, Cuidados durante 2 días valor \$250.000

Recibo No 2. Cuidado estado crítico valor \$250.000

Recibo No 3. Cuidados estado crítico valor \$250.000

Recibo No 4. Cuidados estado crítico valor \$250.000

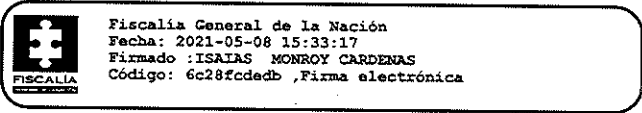
Recibo No 5. Cuidados días críticos valor \$250.000.

22 recibos de pago de transporte, por valor de \$50.000 cada uno, para un valor total de \$1.100.000.

**TOTAL, DAÑO EMERGENTE= \$2.355.000**

**LUCRO CESANTE:**

El cual es referido a la pérdida del aumento patrimonial, ganancia, beneficio que deja de percibir el perjudicado como consecuencia en el hecho que causo el daño, o que deja de recibir de la empresa o entidad donde labore, aunque ya sea reconocido por EPS, se debe tasar.



Para el cálculo de la liquidación del Lucro Cesante en las indemnizaciones por perjuicios materiales, se necesita tener establecido con precisión elementos necesarios e indispensables como:

### **LA PRODUCTIVIDAD**

*Corresponde al ingreso real que el reclamante o perjudicado ha dejado de percibir como consecuencia del hecho dañoso, para obtener esta productividad debe tenerse en cuenta el monto que produce la víctima y es referido a todo lo que recibe la persona o trabajador en especie o dinero que implique retribución por sus servicios o actividad que desempeña, para el caso que nos ocupa no aportaron certificaciones laborales, por lo que se tiene en cuenta lo estipulado por las normas aplicadas en Colombia, se liquida con el salario mínimo legal vigente, que corresponde a \$908.526.*

SEGUNDO reconocimiento de medicina legal del señor CRISTHIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR identificado con CC 1.026.569.556, de fecha 24 de abril de 2018, *Incapacidad definitiva de SESENTA Y CINCO (65) DIAS, Secuelas Medico legales; Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente, Perturbación funcional del miembro superior izquierdo, de carácter permanente; Perturbación del órgano del sistema de la presión en mano izquierda de carácter permanente; Perturbación funcional del órgano funcional nervioso periférico a nivel del antebrazo izquierdo, de carácter permanente.*

Valor Incapacidad: Salario Devengado x Días de Incapacidad

30

Incapacidad = \$908.526 X 65 días =

30

**POR INCAPACIDAD = \$1.968.473.**

### **LUCRO CESANTE PASADO:**

Para este cálculo se toman en cuenta los siguientes factores:

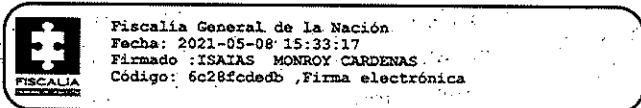
R= Renta Mensual al actual \$908.526

Versión: 03

Aprobación: 2018-09-06 CNPJ

Publicación: 2018-12-27

Página 3 de 6



$I = \text{Intereses} = 0.004867$

$N =$  Número de meses transcurridos entre la fecha de los hechos (11/07/2017) y la presentación del informe= 45 meses, de los cuales se descuenta la incapacidad de 2 meses, quedando por liquidar 43 meses.

Se utiliza la fórmula:

$$L.C.P. = R. * \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

$i$

$$L.C.P. = \$908.526 * \frac{(1 + 0.004867)^{43} - 1}{0.004867} = 0.2321657102 =$$

$$0.004867 \quad 0.004867$$

$$47.70201567 \times 908.526 = \$43.338.521$$

$$L.C.P = \$43.338.521$$

Certificación de la Junta Calificadora con una pérdida de la capacidad laboral del 24.17%; razón por la cual se tiene en cuenta este porcentaje del Lucro Cesante Pasado.

$$L.C.P. = \$43.338.521 \times 24.17\%$$

$$L.C.P. = \$10.474.921.$$

### LUCRO CESANTE FUTURO

En lo referente al Lucro Cesante Futuro, se consideran los siguientes factores:

Al momento del accidente el lesionado tenía una edad de 25 AÑOS, es decir una supervivencia de 51 años, que corresponden 612 meses de los cuales se han liquidado incapacidad 2 mes y lucro cesante pasado de 43 Meses; se descuentan y tenemos para liquidar, 567 meses.

- Renta Actualizada \$908.526.
- $i =$  Interés Puro 0.004867
- $n =$  Número de meses por liquidar 567.
- Para su liquidación se utiliza la siguiente formula:
- $L.C.F. = R.A. * \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$

Versión: 03

Aprobación: 2018-09-06 CNPJ

Publicación: 2018-12-27

Página 4 de 6



Fiscalía General de la Nación  
Fecha: 2021-05-08 15:33:17  
Firmado: ISAIAS MONROY CARDENAS  
Código: 6c28fcdedb, Firma electrónica



$i(1+i)^n$

$L.C.F. = \$908.526 * (1+0.004867)^{567} - 1 = 14.68798685 =$

$0.004867 (1+0.004867)^{567} = 0.07635343198$

$192.3683909 * \$908.526 = \$174.771.685$

$L.C.F. = \$174.771.685$

La Junta Calificadora con una pérdida de la capacidad laboral del 24.17%; razón por la cual se tiene en cuenta este porcentaje del Lucro Cesante Futuro.

$L.C.F. = \$174.771.685 * 24.17\%$

$L.C.F. = \$42.242.316$

RESULTADOS:

Daño Emergente	\$2.355.000.00
Incapacidad	\$1.968.473.00
Lucro Cesante Pasado	\$10.474.921.00
Lucro Cesante Futuro	\$42.242.316.00
<b>TOTAL LIQUIDACION PERJUICIOS</b>	<b>\$57.040.710.00</b>

LOS PERJUICIOS MATERIALES SUFRIDOS POR EL SEÑOR CRISTHIAN GUILLERMO ORTIZ SALAZAR identificado con CC 1.026.569.556 ASCIENDEN A CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUARENTA MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS (\$57.040.710).

En este punto indique el destino de los EMP y EF si los hubiere.

8. ANEXOS

Observaciones: Se realiza informe contable con archivo PDF, al expediente digital, conformado por 98 folios, aportados por la defensora de la víctima.


9. SERVIDOR DE POLICIA JUDICIAL

Nombres y Apellidos	Identificación	Entidad
ISAIAS MONROY CARDENAS	80384557	FISCALIA GENERAL DE LA NACION
Cargo	Teléfono/Celular	Correo Electrónico
TECNICO INVESTIGADOR IV	carrera 10 No 54-101	iscarden@fiscalia.gov.co

Versión: 03

Aprobación: 2018-09-06 CNPJ

Publicación: 2018-12-27




Fiscalía General de la Nación

Fecha: 2021-05-08 15:33:17


Firmado : ISAIAS MONROY CARDENAS

Código: 6c28fcdedb , Firma electrónica

Firma	
	DOCUMENTO GENERADO CON FIRMA ELECTRÓNICA POR: ISAIAS MONROY CARDENAS

El servidor de policía judicial, está obligado en todo tiempo a garantizar la reserva de la información, esto conforme a las disposiciones establecidas en la Constitución y la Ley.

FIN DEL INFORME

	Fiscalía General de la Nación Fecha: 2021-05-08 15:33:17 Firmado : ISAIAS MONROY CARDENAS Código: 6c28fcdedb ,Firma electrónica
---	--

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **16.636.332**

**MARIN MONTAYA**

APELLIDOS

**HECTOR ANTONIO**

NOMBRES

*[Signature]*

*[Portrait Photo]*

*[Fingerprint]*

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1960**

**PEREIRA**  
**(RISARALDA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**17-AGO-1978 CALI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

*[Barcode]*

A-3103700-00145194-M-0016636332-20090102 0009265511A 3220001069

Testigo No 1

Direccion: Carrera 9 No. 2-14  
 Barrio: San Antonio  
 Correo: hectorm.15@hotmail.com  
 Telefono: 311 648 8974


REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.255.634  
SANCHEZ HUESO

APELLIDOS  
LUIS ERNEY

NOMBRES

*Luis Erney Sanchez H*  
FIRMA



Testigo No 2


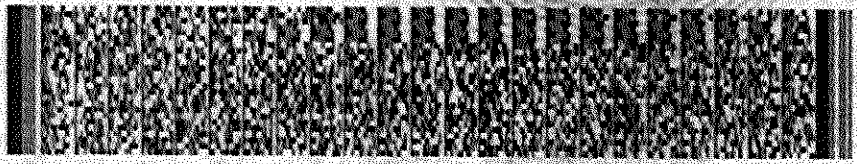
FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1966  
YACOPI  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

22-FEB-1985 YACOPI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2600100-00125841-M-0003255634-20081107 0005507587A 1 4450000070

CORREO Tinbavc9574@gmail.com

TELEFONO 314 7501461

Dirección: 122 # 17-145 B/Porce Colegio Liceo Ceval

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

6.462.764  
REYES QUINTERO

HENRY

INDICE-D

*[Signature]*

FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1962

SEVILLA  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

3 F

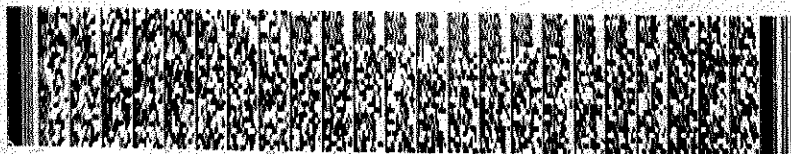
M

SEXO

26-NOV-1980 SEVILLA

FECHA Y LUGAR DE EMISION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3106400-00207130-M-0006462764-20100104

0019532892A 2

3100564176

Testigo No. 3

Dirección: Carrera 26 J No. 725-63

Correo: henryquintero.reyes@gmail.com

Teléfono: 321 658 2984