

	<b>PROCESO DE INTERVENCION</b>	Fecha de Revisión	24/08/2015
	<b>SUBPROCESO DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL</b>	Fecha de Aprobación	24/08/2015
	<b>CARATULA SOLICITUD DE CONCILIACION</b>	Versión	3
	<b>REG-IN-CE-001</b>	Página	1 de 1

1. Ciudad presentación solicitud BUCARAMANGA	2. Fecha (formato dd/mm/aaaa) 23/11/2023	3. Hora
---	---	---------

INFORMACIÓN DEL CONVOCANTE	
4. No. Documento de identificación 6 3 4 8 6 8 4 9	5. Nombre del convocante ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ

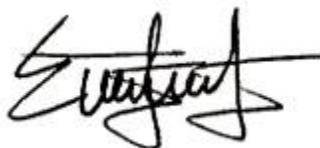
INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD		
6. Clase de pretensión Verbal - Responsabilidad Civil Extracontractual	7. Despacho Judicial Competente Tribunal <input type="checkbox"/> Juzgado <input checked="" type="checkbox"/>	
8. Fecha caducidad de la pretensión (formato dd/mm/aaaa)	Lugar de los hechos	
	9. Departamento SANTANDER	10. Municipio BUCARAMANGA
11. Fecha de los hechos (formato dd/mm/aaaa) 24/12/2019	12. Cuantía estimada de la pretensión \$100.000.000	13. No. Folios 73

INFORMACIÓN DEL CONVOCADO	
14. No. Documento de identificación 8 6 0 0 2 8 4 1 5 5	15. Nombre del convocado LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO
16. Dirección Carrera 27 N. 36 – 14, Oficina 11 01 de Bucaramanga	17. Teléfono 607-6852916
18. Correo electrónico <a href="mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop">notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop</a>	19. Fax

INFORMACIÓN DEL APODERADO DEL CONVOCANTE	
20. No. Documento de identificación 1 0 9 8 7 3 0 4 4 9	21. Nombre apoderado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ
22. Dirección domicilio Calle 37 # 16 – 04 C.C. PANAMA – OFICINA 364, BUCARAMANGA	23. Teléfono de contacto 315 5955815

**Con fundamento en el literal j) del artículo 6 del Decreto 1716 de 2009, AUTORIZO a la Procuraduría competente para efectuar las NOTIFICACIONES que se produzcan en el trámite de la conciliación extrajudicial en la siguiente dirección electrónico y fax:**

24. Correo electrónico apoderado del convocante <a href="mailto:enayderj@hotmail.com">enayderj@hotmail.com</a>	25. Fax apoderado del convocante
---	----------------------------------



Firma del apoderado del convocante

**DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACION APORTADA ES CIERTA Y EN NADA SUSTITUYE LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL DECRETO 1716 DE 2009.**



Señores

**PROCURADURÍA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO**

E. S. D.

<b>REFERENCIA:</b>	SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL
<b>CONVOCANTE:</b>	ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ
<b>CONVOCADO:</b>	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
<b>PLACA VEHICULO ASEGURADO:</b>	SUE525

**ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉMEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449 de Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la tarjeta profesional de abogado. No. 309.701 expedida por el C.S. de la J y domiciliado profesionalmente en la ciudad de Bucaramanga, actuando en nombre y representación de la señora **ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ**, identificada con la C.C. No. 63.486.849 de Bucaramanga, **HENRY JOVANNI CASTRO RAMOS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.724.588 de Bucaramanga, **ROSA AMELIA SANCHEZ BOTÍA**, identificada con la C.C. No. 37.818.920 de Bucaramanga, **SANDY JHOANA CASTRO SANCHEZ**, identificada con la C.C. No. 1.005.327.583 de Bucaramanga, **ANDREA KATHERINE PAUL SANCHEZ**, identificada con la C.C. No. 1.098.747.385 de Bucaramanga y su menor hija **VALERIN ANDREA QUIÑONEZ PAUL**, con tarjeta de identidad No. 1.097.115.104 de Bucaramanga, **VANESSA CASTRO SANCHEZ**, identificada con la C.C. No. 1.095.946.398 de Girón y sus menores hijos **EDWING SANTIAGO GOMEZ CASTRO**, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.099.423.806, **ERICK SAMUEL GOMEZ CASTRO**, identificado con NUIP 1099428248 y **EYLIN SAOMY PIÑEROS CASTRO**, identificada con NUIP 1098083124; por medio del presente escrito, me dirijo a ustedes para solicitar que se convoque **AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL**, con el fin de declarar a favor de mi poderdante **LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** de **ELISEO GARCIA RUEDA**, identificado con la C.C. No. 91.229.719, teniendo en cuenta el accidente de tránsito acaecido el 24 de diciembre de 2019, en la calle 30 frente a la nomenclatura No. 8A – 16 del barrio Hamacas del norte de Bucaramanga, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de **LAGOS S.A.**, con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor **ELISEO GARCIA RUEDA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719 y asegurado por **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, y por consiguiente, a título de **REPARACIÓN Y COMPENSACIÓN DE PERJUICIOS**, se le **RECONOZCA, LIQUIDE y PAGUE** a mi poderdante, los PERJUICIOS MATERIALES e INMATERIALES. Lo anterior, basado en los argumentos de hecho y de derecho, que se exponen a continuación:

**I. HECHOS**

1. El 24 de diciembre de 2019, mi poderdante **ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ** fue víctima de un accidente de tránsito en calidad de peatón, mientras

se encontraba sentada en la entrada de su lugar de residencia, al ser impactada en su humanidad por un taxi marca **HYUNDAI** de placas **SUE525**.

2. Según el **IPAT No. A0001100118** de la Dirección de Tránsito de Bucaramanga, el factor por el cual se ocasionó el accidente de tránsito obedeció a una falla mecánica en el motor del vehículo de placas **SUE525**, lo cual provocó que el vehículo se rodara por la pendiente y embistiera a mi representada en la puerta de su casa.
3. Como consecuencia de lo anterior, a mi poderdante **ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ** se le ocasionaron graves lesiones en su pierna derecha, requiriendo de manera inmediata el traslado a la Clínica la Merced de Bucaramanga, donde se le diagnosticó lo siguiente:

*"ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO Y CONTUSIÓN DEL TOBILLO";  
"FRACTURA DEL PERONÉ".*

4. Ante las lesiones causadas, el día 10 de junio de 2020 se radicó **DENUNCIA** por parte de mi poderdante en contra del señor **ELISEO GARCIA RUEDA** por el delito de lesiones personales, siendo de conocimiento de la FISCALIA 48 LOCAL de la Unidad Grupo de Inv. y Juicio - Lesiones Personales - Bucaramanga, Dirección Seccional de Santander.
5. Mi poderdante para la fecha de los hechos del accidente de tránsito, gozaba de un excelente estado de salud en el 100% de sus capacidades físicas y mentales, percibiendo un ingreso mensual de **DOS MILLONES DE PESOS** (\$ 2.000.000), producto de su trabajo como emplantillador de una fábrica de calzado, los cuales utilizaba para el sostenimiento básico de su hogar, conformado por su señora madre, su compañero permanente, tres hijas y sus nietos; a su vez, al no contar con otra entrada económica fija, sus ingresos disminuyeron y se desmejoró la calidad de vida de su familia, conllevando necesidades económicas para el núcleo familiar.
6. Por otra parte, el accidente de tránsito no solo causó daños materiales a mi poderdante, sino que además, también le produjo serias afectaciones morales a ella y a su núcleo familiar, impidiéndole el desarrollo normal de cualquier actividad, toda vez que ha debido soportar las secuelas que padece, el dolor residual y la debilidad para caminar, un bajo estado de ánimo, sentimientos de aflicción y la forma en cómo se relaciona con los demás.
7. Igualmente, la falla mecánica que presentó el taxi marca **HYUNDAI** de placa **SUE525**, no puede calificarse de imprevisible e irresistible, toda vez que, es obligación del asegurado, mantener el rodante en condiciones óptimas para circular, habida cuenta que se dedica al transporte público, y por ende, ha debido atender con mayor esmero y cuidado la atención mecánica del vehículo; y por tanto, se puede colegir que, relacionados los dos extremos de la responsabilidad aquiliana, en el presente caso si existe nexo de causalidad entre el hecho dañoso y el daño descrito en la presente solicitud.

8. Es de anotar, que el taxi marca **HYUNDAI** de placa **SUE525**, para la fecha de los hechos, es decir, a 24 de diciembre de 2019, se encontraba amparado por la **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL** de la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS**, lo que lo obliga a dicha entidad, a responder por los daños que se le ocasionaron a mi poderdante.
9. Finalmente, cabe resaltar que la señora **ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ** continúa en tratamiento médico, respecto del "*ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO Y CONTUSIÓN DEL TOBILLO*"; así como de la "*FRACTURA DEL PERONÉ*", y como consecuencia de ello, el 26 de septiembre de 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga, emitió un certificado de discapacidad, en el cual se arrojaron los siguientes resultados:

<b>NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO</b>	
DOMINIO	PUNTAJE
COGNICIÓN	0.0
MOVILIDAD	45.00
CUIDADO PERSONAL	25.00
RELACIONES	5.0
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	50.00
PARTICIPACIÓN	25.00

## II. **PRETENSIONES**

1. Que se **RECONOZCAN** y **PAGUEN** a favor de mi poderdante, a título de **INDEMNIZACION** por los **PERJUICIOS MATERIALES** e **INMATERIALES** causados con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el día 24 de diciembre de 2019, en la calle 30 frente a la nomenclatura No. 8A – 16 del barrio Hamacas del norte de Bucaramanga, las siguientes sumas de dinero:

<b>CONCEPTO</b>	<b>VALOR</b>
Perjuicios materiales	\$ 40.000.000
Perjuicios inmateriales	\$ 60.000.000
<b>TOTAL PERJUICIOS</b>	<b>\$ 100.000.000</b>

## III. **ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA**

Estimo razonadamente la cuantía de la presente solicitud en la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$ 100.000.000)**.

## IV. **ANEXOS Y PRUEBAS**

- Poder para actuar
- IPAT No. A000630525 de la Dirección de Tránsito de Bucaramanga – DTB
- Historia clínica de ELIANA MINNELLY SANCHEZ SANCHEZ
- Formato Único de Noticia Criminal
- Certificación laboral ELIANA MINNELLY SANCHEZ SANCHEZ

- Dictamen de pérdida de la capacidad laboral
- Certificado de discapacidad del ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO de Bucaramanga
- Cédula y Registro civil de nacimiento de ELIANA MINELLY SANCHEZ SANCHEZ
- Cédula de ciudadanía de ROSA AMELIA SANCHEZ BOTÍA
- Cédula y Registro civil de nacimiento de SANDY JHOANA CASTRO SANCHEZ
- Cédula y Registro civil de nacimiento de ANDREA KATHERINE PAUL SANCHEZ
- Tarjeta de identidad y Registro civil de nacimiento de VALERIN ANDREA QUIÑONEZ PAUL
- Cédula y Registro civil de nacimiento de WENDY VANESSA CASTRO SANCHEZ
- Tarjeta de identidad y Registro civil de nacimiento de EDWING SANTIAGO GOMEZ CASTRO
- Registro civil de nacimiento de EYLIN SAOMY PIÑEROS CASTRO
- Registro civil de nacimiento de ERICK SAMUEL GOMEZ CASTRO

## **V. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Fundamento la presente solicitud de conciliación prejudicial en lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 640 de 2001 y los artículos 138 y 161 de la Ley 1437 del 2011, artículo 29 y 90 de la Constitución política de Colombia.

## **VI. MANIFESTACIÓN JURAMENTADA**

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que mi poderdante no ha iniciado solicitud de conciliación, ni ha iniciado una acción judicial igual o similar ante autoridad competente por estos mismos hechos.

## **VII. NOTIFICACIONES**

Las partes y el suscrito podremos ser notificados a través de las siguientes direcciones físicas y electrónicas:

### **CONVOCADO:**

- **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**  
Carrera 27 N. 36 – 14, Oficina 11 01.  
Correo electrónico: [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

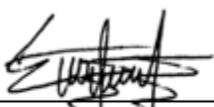
### **CONVOCANTE:**

El suscrito y mi poderdante recibimos notificaciones en la Calle 37 No. 16 - 04, Piso 3, oficina 364 Centro Comercial Panamá, Bucaramanga – Santander.

Correo electrónico: [enayderj@hotmail.com](mailto:enayderj@hotmail.com)

Celular: 315-5955815

Atentamente,



**ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ**

C.C. 1.098.730.449 de Bucaramanga

T.P. No. 309.701 del C. S. J

## PODER PROCURADURIA.pdf

Liliana Sanchez <minellis1996@gmail.com>

Lun 26/06/2023 13:11

Para:enayderj@hotmail.com <enayderj@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (80 KB)

PODER PROCURADURIA.pdf;

Bucaramanga, 26 de junio de 2023

Por medio del presente, entiéndase que confiero poder especial al abogado Enayder Javier Vanegas Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449, tarjeta profesional 309.701 del C.S.J., .

De igual manera, adjunto en formato PDF el poder referido, que se concede en los siguientes términos:

Señores  
PROCURADORA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS  
CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO  
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 63.486.849 de Bucaramanga, manifiesto a usted que otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al abogado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ, identificado con la C.C. No. 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la T.P. No. 309.701 expedida por el C. S. de la J, domiciliado profesionalmente en la Calle 37 No. 16 – 04 del C.C. Panamá – oficina 364, Bucaramanga, celular: 315-5955815, correo electrónico: enayderj@hotmail.com; lo anterior, para que en mi nombre y representación convoque a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con el NIT.860.028.415-5, a la audiencia de conciliación prejudicial con la cual se pretende la reparación y compensación de perjuicios, ocasionados por el accidente de tránsito acaecido en Bucaramanga el 24 de diciembre de 2019, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de LAGOS S.A., con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor ELISEO GARCIA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719. Mi apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Atentamente,

---

ELIANA MINNELLY SÁNCHEZ SÁNCHEZ  
C.C. No. 63.486.849 de Bucaramanga

**PODER PROCURADURIA.pdf**

henry castro <henryjhoanycastro04@gmail.com>

Lun 26/06/2023 13:50

Para:enayderj@hotmail.com <enayderj@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (80 KB)

PODER PROCURADURIA.pdf;

Bucaramanga, 26 de junio de 2023

Por medio del presente, entiéndase que confiero poder especial al abogado Enayder Javier Vanegas Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449, tarjeta profesional 309.701 del C.S.J., .

De igual manera, adjunto en formato PDF el poder referido, que se concede en los siguientes términos:

Señores

PROCURADORÍA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO  
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

HENRY JOVANNI CASTRO RAMOS, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.724.588 de Bucaramanga, manifiesto a usted que otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al abogado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ, identificado con la C.C. No. 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la T.P. No. 309.701 expedida por el C. S. de la J, domiciliado profesionalmente en la Calle 37 No. 16 – 04 del C.C. Panamá – oficina 364, Bucaramanga, celular: 315-5955815, correo electrónico: [enayderj@hotmail.com](mailto:enayderj@hotmail.com); lo anterior, para que en mi nombre y representación convoque a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con el NIT.860.028.415-5, a la audiencia de conciliación prejudicial con la cual se pretende la reparación y compensación de perjuicios, ocasionados por el accidente de tránsito acaecido en Bucaramanga el 24 de diciembre de 2019, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de LAGOS S.A., con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor ELISEO GARCIA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719.

Mi apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Atentamente,

---

HENRY JOVANNI CASTRO RAMOS

C.C. No. 13.724.588 de Bucaramanga

## PODER PROCURADURIA.pdf

Rosa Sanchez <rosameliasanchez56@gmail.com>

Lun 26/06/2023 13:37

Para:enayderj@hotmail.com <enayderj@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (80 KB)

PODER PROCURADURIA.pdf;

Bucaramanga, 26 de junio de 2023

Por medio del presente, entiéndase que confiero poder especial al abogado Enayder Javier Vanegas Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449, tarjeta profesional 309.701 del C.S.J., .

De igual manera, adjunto en formato PDF el poder referido, que se concede en los siguientes términos:

Señores

PROCURADORÍA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO  
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

ROSA AMELIA SANCHEZ BOTIA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 37.818.920 de Bucaramanga, manifiesto a usted que otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al abogado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ, identificado con la C.C. No. 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la T.P. No. 309.701 expedida por el C. S. de la J, domiciliado profesionalmente en la Calle 37 No. 16 – 04 del C.C. Panamá – oficina 364, Bucaramanga, celular: 315-5955815, correo electrónico: [enayderj@hotmail.com](mailto:enayderj@hotmail.com); lo anterior, para que en mi nombre y representación convoque a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con el NIT.860.028.415-5, a la audiencia de conciliación prejudicial con la cual se pretende la reparación y compensación de perjuicios, ocasionados por el accidente de tránsito acaecido en Bucaramanga el 24 de diciembre de 2019, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de LAGOS S.A., con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor ELISEO GARCIA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719.

Mi apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Atentamente,

ROSA AMELIA SANCHEZ BOTIA  
C.C. No. 37.818.920 de Bucaramanga

## Poder conferido por correo electrónico a Enayder Vanegas

Andrea Paul <andreakaterinepaul@gmail.com>

Jue 29/06/2023 10:31

Para:Enayderj@hotmail.com <Enayderj@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (80 KB)

PODER PROCURADURIA.pdf;

Bucaramanga, 28 de junio de 2023

Por medio del presente, entiéndase que confiero poder especial al abogado Enayder Javier Vanegas Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449, tarjeta profesional 309.701 del C.S.J.

De igual manera, adjunto en formato PDF el poder referido, que se concede en los siguientes términos:

Señores

PROCURADURÍA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO  
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

ANDREA KATHERINE PAUL SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.098.747.385 de Bucaramanga, manifiesto a usted que otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al abogado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ, identificado con la C.C. No. 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la T.P. No. 309.701 expedida por el C. S. de la J, domiciliado profesionalmente en la Calle 37 No. 16 – 04 del C.C. Panamá – oficina 364, Bucaramanga, celular: 315-5955815, correo electrónico: [enayderj@hotmail.com](mailto:enayderj@hotmail.com); lo anterior, para que en mi nombre y representación y la de mis hija VALERIN ANDREA QUIÑONES PAUL, identificada con la tarjeta de identidad No. 1.097.115.104, se convoque a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con el NIT.860.028.415-5, a la audiencia de conciliación prejudicial con la cual se pretende la reparación y compensación de perjuicios, ocasionados por el accidente de tránsito acaecido en Bucaramanga el 24 de diciembre de 2019, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de LAGOS S.A., con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor ELISEO GARCIA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719.

Mi apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Atentamente,

---

ANDREA KATHERINE PAUL SANCHEZ  
C.C. No. 1.098.747.385 de Bucaramanga

## Poder conferido por correo electrónico a enayder vanegas

Sandi Sanchez <sandi.sanchez2@icloud.com>

Mié 28/06/2023 15:05

Para:enayderj@hotmail.com <enayderj@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (80 KB)

PODER PROCURADURIA.pdf;

Bucaramanga, 28 de junio de 2023

Por medio del presente, entiéndase que confiero poder especial al abogado Enayder Javier Vanegas Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449, tarjeta profesional 309.701 del C.S.J. De igual manera, adjunto en formato PDF el poder referido, que se concede en los siguientes términos:

Señores

PROCURADORÍA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO

E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

SANDY JHOANA CASTRO SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.005.327.583 de Bucaramanga, manifiesto a usted que otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al abogado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ, identificado con la C.C. No. 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la T.P. No. 309.701 expedida por el C. S. de la J, domiciliado profesionalmente en la Calle 37 No. 16 – 04 del C.C. Panamá – oficina 364, Bucaramanga, celular: 315-5955815, correo electrónico: enayderj@hotmail.com; lo anterior, para que en mi nombre y representación, se convoque a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con el NIT.860.028.415-5, a la audiencia de conciliación prejudicial con la cual se pretende la reparación y compensación de perjuicios, ocasionados por el accidente de tránsito acaecido en Bucaramanga el 24 de diciembre de 2019, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de LAGOS S.A., con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor ELISEO GARCIA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719.

Mi apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Atentamente,

---

SANDY JHOANA CASTRO SANCHEZ  
C.C. No. 1.005.327.583 de Bucaramanga

Enviado desde mi iPhone

## Poder especia por correo electrónico

Wendy Vanessa castro Sánchez <vanesacastro2710@hotmail.com>

Lun 26/06/2023 14:06

Para:enayderj@hotmail.com <enayderj@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (80 KB)

PODER PROCURADURIA.pdf;

Bucaramanga, 26 de junio de 2023

Por medio del presente, entiéndase que confiero poder especial al abogado Enayder Javier Vanegas Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.730.449, tarjeta profesional 309.701 del C.S.J., .

De igual manera, adjunto en formato PDF el poder referido, que se concede en los siguientes términos:

Señores

PROCURADORÍA JUDICIAL DELEGADA EN ASUNTOS CIVILES DE BUCARAMANGA - REPARTO  
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL

WENDY VANESSA CASTRO SANCHEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.095.946.398 de Girón, manifiesto a usted que otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al abogado ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ, identificado con la C.C. No. 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga, abogado en ejercicio, titular de la T.P. No. 309.701 expedida por el C. S. de la J, domiciliado profesionalmente en la Calle 37 No. 16 – 04 del C.C. Panamá – oficina 364, Bucaramanga, celular: 315-5955815, correo electrónico: enayderj@hotmail.com; lo anterior, para que en mi nombre y representación y la de mis hijos menores EDWING SANTIAGO GOMEZ CASTRO, identificado con NUIP 1099428248, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.099.423.806, ERICK SAMUEL GOMEZ CASTRO, identificado con NUIP 1099428248 y EYLIN SAOMY PIÑEROS CASTRO, identificada con NUIP 1098083124, se convoque a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, identificada con el NIT.860.028.415-5, a la audiencia de conciliación prejudicial con la cual se pretende la reparación y compensación de perjuicios, ocasionados por el accidente de tránsito acaecido en Bucaramanga el 24 de diciembre de 2019, por parte del vehículo de placa SUE525, de propiedad de LAGOS S.A., con NIT. 8001607021, el cual era conducido por el señor ELISEO GARCIA RUEDA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.229.719.

Mi apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, en especial las de recibir, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Atentamente,

---

WENDY VANESSA CASTRO SANCHEZ  
C.C. No. 1.095.946.398 de Girón

Obtener [Outlook para iOS](#)



# INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO A000 1100118

1. ORGANISMO DE TRÁNSITO  68001 **BUCHARAMANGA**

2. GRAVEDAD  
CON MUERTOS  CON HERIDOS  SOLO DAÑOS



3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS  
CÓDIGO DE RUTA **CHE 30 FRENTE AL No 8A-16**  
VÍA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat.  °  '  " Long.  °  '  "

3.1. LOCALIDAD O COMUNA **LAS HAMACAS**

4. FECHA Y HORA  
FECHA Y HORA DE OCURRENCIA **24/12/2019 20:30**  
FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO **24/12/2019 20:50**

5. CLASE DE ACCIDENTE  
CHOQUE  CAIDA OCUPANTE  4  
ATROPELLO  INCENDIO  5  
VOLCAMIENTO  OTRO  6

5.1. CHOQUE CON 5.2. OBJETO FIJO  
VEHICULO  MURO  SEMÁFORO  TARIMA, CASETA  8  
TREN  POSTE  INMUEBLE  VEHICULO  10  
SEMIOVIENTE  ÁRBOL  HIDRATANTE  OTRO   
OBJETO FIJO  4 BARANDA  4 VALLA SEÑAL  11

### 6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1. ÁREA: RURAL  ESCOLAR  DEPORTIVA  INDUSTRIAL  TURÍSTICA  PRIVADA  INTERSECCIÓN  PONCIÓN  PASO INFERIOR  TRAMO DE VÍA  URBANA  COMERCIAL  MILITAR  HOSPITALARIA  LOTE O PREDIO  CICLO RUTA  PEATONAL  TÚNEL   
6.2. SECTOR: RESIDENCIAL  ESCOLAR  DEPORTIVA  INDUSTRIAL  TURÍSTICA  PRIVADA  INTERSECCIÓN  PONCIÓN  PASO INFERIOR  TRAMO DE VÍA  URBANA  COMERCIAL  MILITAR  HOSPITALARIA  LOTE O PREDIO  CICLO RUTA  PEATONAL  TÚNEL   
6.3. ZONA: RURAL  ESCOLAR  DEPORTIVA  INDUSTRIAL  TURÍSTICA  PRIVADA  INTERSECCIÓN  PONCIÓN  PASO INFERIOR  TRAMO DE VÍA  URBANA  COMERCIAL  MILITAR  HOSPITALARIA  LOTE O PREDIO  CICLO RUTA  PEATONAL  TÚNEL   
6.4. DISEÑO: PASO A NIVEL  PASO ELEVADO  PUENTE  INTERSECCIÓN  PONCIÓN  PASO INFERIOR  TRAMO DE VÍA  LOTE O PREDIO  CICLO RUTA  PEATONAL  TÚNEL   
6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA: GRANIZO  VIENTO  LLUVIA  NORMAL  NIEBLA

### 7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1. GEOMÉTRICAS: A. RECTA  CURVA  B. PLANO  PENDIENTE  C. BAHÍA DE ESTACIONAMIENTO  CON ANDEN  CON BERMA   
7.2. UTILIZACIÓN: UN SENTIDO  DOBLE SENTIDO  REVERSIBLE  CONTRAFLUJO  CICLO VÍA   
7.3. CALZADAS: UNA  DOS  TRES O MAS VARIABLE   
7.4. CARRILES: UNA  DOS  TRES O MAS VARIABLE   
7.5. SUPERFICIE DE RODADURA: ASFALTO  AFIRMADO  ADOQUIN  EMPEDRADO  CONCRETO  TIERRA  OTRO   
7.6. ESTADO: BUENO  CON HUECOS  DERRUMBES  EN REPARACIÓN  HUNDIMIENTO  INUNDADA  PARCHADA  RIZADA  FISURADA   
7.7. CONDICIONES: ACEITE  HUMEDA  LODO  ALCANTARILLA DESTAPADA   
7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL: A. CON BUENA MALA B. SIN   
7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO: A. AGENTE DE TRÁNSITO  PARE  SEMÁFORO  OPERANDO  INTERMITENTE  CON DAÑOS  APAGADO  OCULTO   
C. SEÑALES VERTICALES: PARE  CEDA EL PASO  NO GIRE  SENTIDO VIAL  NO ADELANTAR  VELOCIDAD MÁXIMA  OTRO  NINGUNA   
D. SEÑALES HORIZONTALES: ZONA PEATONAL  LINEA DE PARE  LINEA CENTRAL AMARILLA  CONTINUA  SEGMENTADA  LINEA DE CARRIL BLANCA  CONTINUA  SEGMENTADA  LINEA DE BORDE BLANCA  LINEA DE BORDE AMARILLA  LINEA ANTIBLOQUEO  FLECHAS  LEYENDAS  S'MBOLOS  OTRO   
E. REDUCTOR DE VELOCIDAD: BANDAS SONORAS  RESALTO  MOVIL  FUJO  SONORIZADOR  ESTOPEROL  OTRO   
E. DELINEADOR DE PISO: TACHA  ESTOPEROS  TACHONES  BOYAS  BORDILLOS  TUBULAR  BARRERAS PLASTICAS  HITOS TUBULARES  CONOS  OTROS   
7.10. VISIBILIDAD: A. NORMAL  B. DISMINUIDA POR CASITAS  CONSTRUCCION  VALLAS  ARBOL VEGETACION  VEHICULO ESTACIONADO  ENCADILAMIENTO  PORTE  OTROS

### 8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

8.1. CONDUCTOR: APELLIDOS Y NOMBRES **ELISEO GARCIA RUEDA** DOC **CC 91229719** NACIONALIDAD **COLOMBIANO** FECHA DE NACIMIENTO **08/02/61** SEXO **M** GRAVEDAD **F**  
DIRECCIÓN DE DOMICILIO **CHE 29 # 09-14 LAS HAMACAS** CIUDAD **BUGA** TELÉFONO **317483758** SE PRACTICÓ EXAMEN  SI  NO   
AUTORIZO EMBRIAGUEZ  SI  NO  GRADO  S. PSICOACTIVAS  POS  NEG  SI  NO   
PORTA LICENCIA  SI  NO  LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. **2003866837** CATEGORÍA **C2** RESTRICCIÓN  EXP  VEN  CÓDIGO DE TRÁNSITO **68301000** CHALECO  CASCO  CINTURON   
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN DESCRIPCIÓN DE LESIONES

8.2. VEHICULO: PLACA **SUE525** PLACA REMOLQUE/SEM  NACIONALIDAD **COLOMBIANO** MARCA **HYUNDAI** LINEA **ATOS** COLOR **NEGRO** MODELO **2008** CARROCERIA **SEDAN** TON **4** PASAJEROS **10005960164**  
EMPRESA **LAGOS S.A** MATRICULADO EN **GIRON** INMOVILIZADO EN: **REPARTO** TARJETA DE REGISTRO No. **8001607021**  
NIT **8001607021** REV. TEC. MEC  SI  NO  No. **139737921** CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE **0**  
PORTA SOAT  SI  NO  POLIZA No. **4381700014300** ASEGURADORA **ESTADO** VENCIMIENTO **31112119**  
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  SI  NO  VENCIMIENTO  PORTA SEG RESO EXTRA CONTRACTUAL  SI  NO  VENCIMIENTO

PROPIETARIO: MISMO CONDUCTOR  SI  NO  APELLIDOS Y NOMBRES **CEPEDA MARTINEZ JAIRO** DOC **CC 91013903**  
DIRECCIÓN: TEL:

8.3. CLASE DE VEHICULO: AUTOMÓVIL  BUS  BUSETA  CAMIÓN  CAMIONETA  CAMPERO  MICROBUS  TRACTOCAMIÓN  VOLQUETA  MOTOCICLETA   
8.4. CLASE SERVICIO: OFICIAL  PUBLICO  PARTICULAR  DIPLOMATICO   
8.5. MODALIDAD DE TRANS: MIXTO  CARGA  - EXTRADIMENSIONADA  - EXTRAPESADA  - MERCANCÍA PELIGROSA  - CLASE DE MERCANCÍA   
8.6. RADIO DE ACCIÓN: PASAJEROS  - COLECTIVO  - INDIVIDUAL  - MASIVO  - ESPECIAL TURISMO  - ESPECIAL ESCOLAR  - ESPECIAL ASALARIADO  - ESPECIAL OCASIONAL  NACIONAL  MUNICIPAL   
8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO: **VERTICE DEL 12º DEFENSA DELANTERA PARTIDA.**

8.7. FALLAS EN: FRENOS  DIRECCIÓN  LUCES  BOCINA  LLANTAS  SUSPENSIÓN  OTRA **MOTOR**  
8.9. LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL  LATERAL  SUPERIOR  OTRO



FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME, CONDUCTORES, INVOLUCRADOS  
FIRMA CONDUCTOR VICTIMA O TESTIGO C.C.  
FIRMA PERSONA TESTIGNA SE NOTIFICARE LOS DERECHOS CONFORME AL CODIGO DE PROCEDIMIENTOS LEGAL



SEGUNDA HOJA 1100118

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS				VEHICULO 2			
CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD
DIRECCIÓN O DOMICILIO		CIUDAD	TELÉFONO	SE PRACTICO EXAMEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>	
LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP. <input type="checkbox"/> VEN. <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DE TRANSITO	CHALECO <input type="checkbox"/> CASCO <input type="checkbox"/> CINTURÓN <input type="checkbox"/>	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES					
8.2 VEHICULO							
PLACA	PLACA REMOLQUE SEM	NACIONALIDAD	MARCA	LINEA	COLOR	MODELO	CARROCERIA TON PASAJEROS LICENCIA DE TRANSITO No.
EMPRESA		MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN			TARJETA DE REGISTRO No.	
NIT		A DISPOSICIÓN			CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE		
REV TEC MEC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No.	ASEGURADORA			VENCIMIENTO		
PORTA SOAT <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POLIZA No.	ASEGURADORA			VENCIMIENTO	
PORTA SEG RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		VENCIMIENTO	PORT SEG RESP EXTRA CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		VENCIMIENTO		
No.		ASEGURADORA	DÍA	MES	AÑO	No.	
PROPIETARIO							
MISMO CONDUCTOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		
8.1 CLASE DE VEHICULO:				PASAJEROS			
AUTOMOVIL <input type="checkbox"/>	M AGRICOLA <input type="checkbox"/>	OFICIAL <input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>	8.8 DESCRIPCIÓN DE DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO			
BUS <input type="checkbox"/>	M INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	PUBLICO <input type="checkbox"/>	MASIVO <input type="checkbox"/>				
BUSETA <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>				
CAMION <input type="checkbox"/>	MOTOCARRO <input type="checkbox"/>	DIPLOMATICO <input type="checkbox"/>	ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>				
CAMIONETA <input type="checkbox"/>	MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>	MIXTO <input type="checkbox"/>	ESPECIAL SALARIADO <input type="checkbox"/>				
CAMPERO <input type="checkbox"/>	TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>	CARGA <input type="checkbox"/>	ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>				
MICROBUS <input type="checkbox"/>	MOTOCICLO <input type="checkbox"/>	EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>				
TRACTOCAMIÓN <input type="checkbox"/>	CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>	EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>	MUNICIPAL <input type="checkbox"/>				
VOLQUETA <input type="checkbox"/>	REMOLQUE <input type="checkbox"/>	MERCANCIA PELIGROSA <input type="checkbox"/>					
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>	SEMIREMOLQUE <input type="checkbox"/>	CLASE DE MERCANCIA					
8.7 FALLAS EN: FRENOS <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> LUCES <input type="checkbox"/> BOCINA <input type="checkbox"/> LLANTAS <input type="checkbox"/> SUSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>							
8.9 LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>							
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS ACOMPAÑANTES O PEATONES							
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	
SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNELLY		CC	63486849	COLOMBIANA	24/09/73	M	
DIRECCIÓN O DOMICILIO		CIUDAD	TELÉFONO	CINTURÓN	9.1 DETALLES DE LAS VÍCTIMAS		
CALLE 30 F 8A-16 LAS HAMACAS		BIGA	3183260550	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONDICIÓN		
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AUTORIZO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	GRADO <input type="checkbox"/>	PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		LA MERCEO		TRAUMA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA		CASCO <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
						MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>	
10. TOTAL VÍCTIMAS: PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> TOTAL HERIDO <input type="checkbox"/> 01 MUERTOS <input type="checkbox"/>							
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO							
DEL CONDUCTOR		DEL VEHICULO		DEL PEATÓN			
DEL VÍA		DEL PASAJERO					
12. TESTIGOS							
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO	
13. OBSERVACIONES: HIP: 217 (OTRA) FALLAS EN EL MOTOR.							
14. ANEXOS: ANEXO 1 CONDUCTORES Y VEHICULOS <input type="checkbox"/> ANEXO 2 VÍCTIMAS, PASAJEROS O PEATONES <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> FOTOS Y VIDEOS <input type="checkbox"/>							
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE							
BRABO APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA	
VICENTAS ROSA VILLAS ENRIQUE		CC	84038027	100	V.T.B		
16 CORRESPONDÍO							
NUMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN		DTO.	MUPIO.	ENT.	U. RECEPTORA	AÑO	CONSECUTIVO

FIRMA DE CONDUCTOR CON EL INFORME CONDUCTORES INVOLUCRADOS  
FIRMA CONDUCTOR VICTIMA O TESTIGO C.C.  
FIRMA PERSONA RETENIDA SE NOTIFICARÁ LOS DERECHOS CONFORME AL CODIGO DE PROCEDIMIENTOS PENAL







**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**

Nit: 900.073.081-4  
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
Bucaramanga



Página: 1 de 4

EPICRISIS

**URGENCIAS**

Resolución: 2015043924 No: 1  
Tipo: CC No. Terminal: 0408498 Edad: 48 años Sexo: F Fecha Ingreso: 24/12/2018 20:52:38  
Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINYEI  
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Seg. Comp:

Ocupación: Fec. Nac: 24/04/1973 EAL CIVIL SOLTERO  
Dirección: CALLE 30 N° BA-17 AMACAS Teléfono: 3153280550  
Nombre Acompaña: Teléfono:  
Dirección Acompaña:  
Fecha Accidente: Hora Accidente:

TRIAGE

Glasgow: 15 / 15 Estado actual: ALERTA  
FC: 91 FR: 18 TA: 123/74 Temp: 36 Sat: 99  
Cl. 01: V053 PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO NO ESPECIFICADO  
Cl. 02:  
Triage: 3 Médico: TARAZONA GALINDO NESTOR ALQUISTO

INGRESO

Paciente llega: CAMILLA  
Motivo Consulta:  
PEATON LESIONADA POR UNA MOTOCICLETA QUE ES TUMBADA POR UN VEHICULO AUTOMOTOR. DOLOR EN TOBILLO DERECHO.  
Enfermedad actual:

PACIENTE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESTABA COMO PEATON, Y UN VEHICULO AUTOMOTOR TUMBA A UNA MOTOCICLETA Y ESTA MOTOCICLETA CAE SOBRE ELLA, CON POSTERIOR TRAUMA EN LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA.

CARACTERISTICAS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Paciente transportada: PASAJERO Arrojada por: NO APLICA  
Transporte del paciente: AMBULANCIA

ATENCION PREHOSPITALARIA

Manejo RCP: 0 Intubación: N LEV: N Inmovilización cervical/ extremidades: N  
Medicamentos: 0 Cuales medicamentos:  
NEGATIVOS

ANTECEDENTES MEDICOS

Alérgicos:  
NEGATIVOS

Patológicas:  
NEGATIVOS

Farmacológicas:  
NEGATIVOS

Quirúrgicos:  
NEGATIVOS

Traumatólogicos:  
NEGATIVOS

ANTECEDENTES MEDICOS

Tromboticoes:  
NEGATIVOS  
Glucosabulidos:  
NEGATIVOS



**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**  
 Nit: 900.073.081-4  
 Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
 Bucaramanga  
 Pagina: 2 de: 4  
**EPICRISIS**



**URGENCIAS**

Registro: 2019045534 Nro: 1  
 Tipo: CC Nro Identidad: 63488848 Edad: 48 años Sexo: F Fecha Ingreso: 24/12/2019 20:30:36  
 Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNEVI  
 Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Seg. Comor:

Tóxico/Fumador: N Bebedor: N Uso Psicoalépticos: N Gineco/Obsoleto FUM: Planific: N  
 Fecha Utl Rel. Sexual: G: 0 P: 0 A: 0 V: 0 C: 0 M: 0

La paciente refiere encontrarse embarazada: N

**EXAMEN FISICO**

T.A.	F.C.	F.P.	TEMP	PESO	SAO2	TALLA
123/78	81	18	36		89	

**REVISION POR SISTEMA**

**SIN DATOS DE IMPORTANCIA CLINICA**

Escala de Glasgow: 15 / 15 Rpta Motora: 6 Rpta Verbal: 5 Apertura ocular: 4

**EXAMEN FISICO**

**Cráneo:**  
 ALERTA, TRANQUILA, QUEJUMBROSA, APARENTE REGULARES CONDICIONES GENERALES, NORMOCEFALA

**Oftalmos/Ojos:**  
 CON JUNTIVAS PALPEBRALES ROSADAS

**Oídos:**  
 SIN ALTERACIONES

**Nariz:**  
 SIN ALTERACIONES

**Boca:**  
 MUCOSAS HÚMEDAS

Cuello: Dolor cervical: N Hemaoides: N

MÓVIL, SÍMETRICO, NO HAY DOLOR, NO HAY MASAS

Tórax: Dolor a la Insuflación profunda: N Dificultad Respiratoria: N

Rsp: S

MURMULLO VESICULAR NORMAL

Rsc: S

RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS

Udema: Dolor abdominal: N Evidencia de Trauma externo: N

BLANDO, ELÁSTICO, NO DOLOROSO A LAS PALPACIONES, NO HAY MASAS NI MEGALIAS, PERISTALSIS PRESENTE

**Extremi:**

SIN ALTERACIONES

Patía: Dolor de movilización cráneo cervical: N

SIN ALTERACIONES

Extremi: Ar. En Sensibilidad: N Ar. De Perforación: N

TOBILLO DERECHO CON EDEMA MODERADO, LIMITACIÓN FUNCIONAL MODERADA A SEVERA, DOLOR INTENSO, PULSOS PRESENTES Y SÍMETRICOS LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A 3 SEGUNDOS.

**Neuroleste:**

ALERTA, ORIENTADA, PUNRAL, GLASGOW 15/15, NO HAY DÉFICITS

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

Tipo Dx:  
 CONFIRMADO  
 CONFIRMADO

Código Dx:  
 V081  
 S900

Nombre Dx:  
 PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO  
 CONTUSION DEL TOBILLO

CONDUCTA AL INGRESO INCLUYE PROCED. DIAGNOSTICOS Y EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO



**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**

Nit: 900.073.081-4  
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
Bucaramanga



Página: 3 de: 4  
**EPICRISIS**

**URGENCIAS**

Registro: 2019045824 Nro: 1  
Tipo: CC No Identidad: 63486849 Edad: 46 años Sexo: F Fecha Ingreso: 24/12/2019 20:50:38  
Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNEY  
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Sig. Comp:

*Nota: Tarazona G*

Grabo: 51279751 TARAZONA GALINDO NESTOR  
Registro: 18856 MEDICO GENERAL

PLAN:  
DICLOFENACO 75 MG IM AHORA  
SI RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO.  
REVALORAR CON RESULTADOS

**NOTAS MEDICAS**

Fecha Nota: 24/12/2019 23:29:42 Nota aclaratoria: N

*Nota: Tarazona G*

TARAZONA GALINDO NESTOR AUGUSTO MEDICO GENERAL

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: NO HAY LESIONES OSEAS, NI ALTERACIONES ARTICULARES.

DOLOR AL PALPAR Y AL MOVILIZAR, INCAPACIDAD PARA APOYAR, BIPEDESTACION Y MARCHA. SE DARÁ SALIDA CON MANEJO SINTOMÁTICO, SE INMOVILIZARÁ Y DEBE ASISTIR A CONSULTA CON ORTOPEDIA EL PROXIMO JUEVES A LAS 9 AM

PLAN:  
# INMOVILIZAR TOBILLO DERECHO CON VENDAJE BULTOSO DE ALTA  
DICLOFENACO 50 MG VO CADA 8 HORAS  
CITA CON ORTOPEDIA PARA EL JUEVES 28 DE DICIEMBRE DEL 2019 A LAS 9 AM.  
INCAPACIDAD MEDICA POR DOS DIAS A PARTIR DE MAÑANA.  
NO DEBE APOYAR LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA, MANTENER ELEVADA LA EXTREMIDAD AL SENTARSE O ACOSTARSE.

Fecha Nota: 24/12/2019 23:46:53 Nota aclaratoria: N

*Nota: Tarazona G*

TARAZONA GALINDO NESTOR AUGUSTO MEDICO GENERAL  
SE REALIZA INMOVILIZACIÓN DEL TOBILLO CON VENDAJE BULTOSO

**DIAGNOSTICOS DE EGRESO**

Tipo Dx:	Código Dx:	Nombre Dx:
CONFIRMADO	Y083	PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
CONFIRMADO	S900	CONTUSION DEL TOBILLO
CONFIRMADO	S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

**PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EFECTUADOS**

RCP: Intubación Endotraqueal: Tubo Torax: Toracocentesis: Paracardiocentesis: Paracentesis:  
Sonda Vesical: Sonda Nasogástrica: Taponamiento nasal: Inmovil. Extremidades: S Inmovilización Cervical:  
Debridamiento de Heridas: Sutura: Neuro Pruebas:  
Otros:

Conducta Final: SALIDA Fecha Salida: 24/12/2019 23:45:44

Motivo Remisión:  
IPS o ESZ a la cual se remite  
Hora Remisión: Autorización CRU:  
Signos Vitales TA: FC: FR:  
SaO2 TEM: Glasgow  
Persona autorizada la remisión:



# SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4  
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
Bucaramanga



Página: 4 de 4  
**EPICRISIS**

## URGENCIAS

Registro: 2019043934 Nro: 1

Tipo: CC Nro Identidad: 63488848 Edad: 46 años Sexo: F Fecha Ingreso: 24/12/2019 20:50:36  
Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNEVI  
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Seg. Comp:

### Condiciones generales de salud e Incapacidad determinada

ESTABLES CONDICIONES GENERALES

#### Plan de manejo

DICLOFENACO 50 MG VO CADA 8 HORAS  
CITA CON ORTOPEDIA PARA EL JUEVES 28 DE DICIEMBRE DEL 2019 A LAS 9 AM.  
INCAPACIDAD MEDICA POR DOS DIAS A PARTIR DE MAÑANA.  
NO DEBE APOYAR LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA, MANTENERLA SLEVADA LA EXTREMIDAD AL SENTARSE O ACOSTARSE.

#### Plan Educativo

MANTENER HABITOS SALUDABLES

### INGAPACIDAD

Fecha Inicio: 25/12/2019 Fecha Termina: 28/12/2019 Dias: 2  
Prioridad: N Tipo Incapacidad: LABORAL Clase Incapacidad: PARCIAL  
Nota: NO DEBE APOYAR LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA. MANTENERLA

CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS SE DEDUCE QUE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA SEGUN VERSION DEL PROPIO PACIENTE, CORRESPONDEN A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO

### DATOS DEL MEDICO

Grabec: 91278757 TARAZONA GALINDO NESTOR AUGUSTO  
Registro: 16898 MEDICO GENERAL



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

PCN COVID-19

### **CERTIFICACION**

**SEGUROS DE ESTADO S.A.** Hace constar que en virtud de la póliza de Seguro de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito No. **14381700014300** han presentado las siguientes reclamaciones.

<b>SINIESTRO SOAT</b>	<b>19643/2020</b>
<b>FECHA DE SINIESTRO</b>	<b>24/12/2019</b>
<b>AFECTADO</b>	<b>63486849-SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNELLY</b>
<b>CONCEPTO</b>	<b>GASTOS MEDICOS</b>
<b>ESTADO</b>	<b>Cobertura NO Agotada</b>

Les recordamos que la Cobertura para el amparo de Gastos Médico-Quirúrgicos y Farmacéuticos para el año en que ocurrió el accidente de tránsito es de \$22.083.093

Dada en Bogotá D.C. el miércoles, 09 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

**DIRECCIÓN DE INDEMNIZACIONES**  
dbarrera



**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**

Nit: 900.073.081-4  
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
Bucaramanga



Página: 1 de 1

**INCAPACIDAD**

Registro: 2019046047 Nro: 1  
Tipo: CC Nro Identidad: 63486849 Edad: 46 Sexo: F Fecha Ingreso: 26/12/2019 09:08:27 a.m.  
Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNEYI  
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Seq. Comp:

Fecha Inicia: 26/12/2019 Fecha Termina: 24/01/2020 Dias: 30  
Prórroga: N Tipo Incapacidad: ACCIDENTE TRANSITO Clase Incapacidad: TOTAL

**Diagnósticos del Paciente**

Código	Tipo	Nombre Dx
S824	CONFIRMADO	FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

Nota:

Grabo: ORTIZ SERRANO CELSO  
ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Registro: 18191

*Ortiz Serrano Celso*  
Dr. Celso Ortiz Serrano  
26/12/2019



**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**

Nit: 900.073.081-4  
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
Bucaramanga



Página: 1 de 1

**INCAPACIDAD**

Registro: 2019045934 Nro: 1  
Tipo: CC Nro Identidad: 63486849 Edad: 46 Sexo: F Fecha Ingreso: 24/12/2019 09:50:36 p.m.  
Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNEYI  
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Seq. Comp:

Fecha Inicia: 25/12/2019 Fecha Termina: 26/12/2019 Dias: 2  
Prórroga: N Tipo Incapacidad: LABORAL Clase Incapacidad: PARCIAL

**Diagnósticos del Paciente**

Código	Tipo	Nombre Dx
V093	CONFIRMADO	PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
S900	CONFIRMADO	CONTUSION DEL TOBILLO
S934	CONFIRMADO	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

Nota: NO DEBE APOYAR LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA MIENTRAS LA ELEVADA

Grabo: TARAZONA GALINDO NESTOR AUGUSTO  
MEDICO GENERAL

Registro: 138198

*Nestor Galindo Tarazona*



**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**

Nit: 900.073.081-4  
 Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122  
 Bucaramanga



Página: 1 de: 1

**CONSULTA EXTERNA**

**HISTORIA CLINICA**

Registro: 2020002081 Nro: 1  
 Tipo: CC Nro Identidad: 63486849 Edad: 48 años Sexo: F Fecha Ingreso: 21/01/2020 07:07:35  
 Nombre: SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNEYI  
 Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Seq. Comp:

**EVOLUCIONES**

**Subjetivo**

PACIENTE CON FRACTURA EN PERONE DERECHO,REFIERE ESTAR BIEN,NO DOLOR

**Objetivo**

ALERTA ORIENTADA,SE RETIRA FERULA,NO EDEMA NO ERITEMA,ARCOS DE MOVILIDAD CON RESTRICION

**Analisis**

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION,SE INDICA TERAPIA FISICA

**Plan de Manejo**

CITA ORTOPEDIA EN 6 SEMANAS  
 TERAPIA FISICA SESIONES #20 ARCOS DE MOVILIDAD TOBILLO DERECHO APOYO PARCIAL PROGRESIVO HASTA TOTAL  
 RX EN TOBILLO DERECHO

**DIAGNOSTICOS DE EGRESO**

Tipo Dx:	Código Dx:	Nombre Dx:	Fecha Salida:	10 00:44
CONFIRMADO	S624	FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE	21/01/2020	
Conducta Final:	SALIDA			

Condiciones generales de salida e incapacidad determinada

Plan de manejo

Plan Educativo

CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS SE DEDUCE QUE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA, SEGUN VERSION DEL PROPIO PACIENTE,CORRESPONDEN A UN ACCIDENTE DE TRANSITO

**DATOS DEL MEDICO**

Cargo: 91120545 ORTIZ SERRANO GELSO  
 Registro: 18191 18191

*[Firma]*  
 Dr. Gelso Ortiz Serrano  
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 21/01/2020



**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

Código:  
Versión  
Página 3/3

**INDICACION MEDICA**

**Nº Historia Clínica:** 63486849      **Nº Folio:** 1      **Nº Ingreso:** 865443      **Fecha Ingreso:** 09/11/2020 11:18:47 a.m.  
**Nombre Paciente:** ELIANA MINEYIS SANCHEZ SANCHEZ      **Fecha Ingreso:** 09/11/2020 09:56:06 a.m.  
**Aseguramiento:** SEGUROS DEL ESTADO S.A.      **Tipo Documento:** CédulaCiudadanía  
**Tipo Indicacion:** Salida\_Consulta\_Externa

**Detalle:** PACIENE CON DOLOR NEHJROPATICO POSTRAUMATICO QUIEN REQUIER PARA SU CORRECTA EVOLUCION EN ESTE CASO CONTROL DEL DOLOR Y REHABILITACION MANEJO INTERVENCIONAL INICIAMOS CON ABORDAJE TRANSFORAMINAL L5-S1 Y S1-S2 DERECHO. SEGUN EVOLUCION CONSIDERAR BLOQUEOP SIMPATICO LUMBAR DERECHO . ESTE PROCEDIMIENTO NO SE HACE EN HUS.

**Profesional:** CACERES JEREZ LUZ HELENA  
**Registro Profesional:** 08336



**SOLICITUD IMAGENOLOGIA**

JULIO 16 DE 2020

Entidad SEGUROS DEL ESTADO SA

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 47

Lateralidad

Ocupación

Examen/Procedimiento	Cant
22802 GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL	1 Uno
SS GAMAGRAFIA OSEA DE 3 FASES DX DESCARTAR SDRC EN PIE DER	

ADRIANA MARTINEZ BARRAGAN

R.M. 01-1163

Especialidad Medicina Fisica y Rehabilitación



**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

Código:  
Versión  
Página 1/3

**CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA - ALIVIO AL DOLOR**

**FOLIO: 1**

**DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO**

HISTORIA CLINICA : 63486849  
 PACIENTE: ELIANA MINEYIS SANCHEZ SANCHEZ  
 EMPRESA: SEGUROS DEL ESTADO S.A.  
 PROFESIONAL SALUD: CACERES JEREZ LUZ HELENA

INGRESO: 865443  
 FECHA INGRESO: 09/11/2020

FECHA INICIO ATENCION: 09/11/2020 10:52:12 a.m.      FECHA DE REGISTRO: 09/11/2020 11:18:47 a.m.  
 Edad: 47 Años \ 6 Meses \ 17 Días      Procedencia: BUCARAMANGA  
 Dirección: CALLE 20 NRO 8A-16 LAS HAMACAS      Teléfono: 3123311505  
 Entidad: SEGUROS DEL ESTADO S.A.      Régimen: Otro      Estrato: NIVEL UNO  
 Responsable:      Dirección:      Teléfono:  
 Finalidad Consulta: No\_Aplica      Causa Externa: Enfermedad\_General

**MOTIVO DE CONSULTA**

PRIMERA CONSULTA. ASISITE SOLA A CONSULTA. UNION LIBRE. MADRE DE 3 HIJOS. OCUPACION TRABAJA EN ZAPATERIA.

**ENFERMEDAD ACTUAL**

REFIERE EJE 1. HACE 10 MESES. EJE 2. DOLOR LOCALIZADO A NIVEL DE TOBILLO DERECHO RELACIONADO CON ACCIDENTE DE TRANSITO. EJE 3. EMPEZO DESDE EL DIA MISMO DEL ACCIDENTE. CONSTANTE, QUE EMPEORA CON LA MARCHA. TIPO ARDOR. Y PICADA. EMPEORA DE NOCHE. CON EL FRIJO TAMBIEN. REFIERE QUE LA PIEL DEL PIE LE CAMBIA DE COLOR. EJE 4. VAS 6 / 10 EJE 5 DOLOR NEUROPATICO POSTRAUMATICO. CRITERIOS DE BUDAPEST: Criterios diagnósticos de síndrome de dolor regional complejo (SDRC) de la IASP (criterios de Budapest 2007) 1. Dolor continuo, desproporcionado para el evento que lo pudo provocar (SI) 2. Síntomas (debe cumplir un mínimo de un síntoma en tres de las cuatro categorías) • Sensorial: hiperestesia y/o alodinia (SI) • Vasomotor: asimetría de la temperatura cutánea y/o asimetría del color cutáneo y/o cambios de color cutáneo (NO) • Sudomotor: edema y/o cambios de sudoración y/o sudoración asimétrica (NO) • Motor: disminución del rango de movilidad y/o disfunción motora (temblor, distonía, debilidad) (SI) y/o cambios tróficos (en la piel, el vello, las uñas) 3. Signos (debe cumplir un mínimo de un signo en dos o más de las cuatro categorías) • Sensorial: evidencia de hiperalgesia (a la punción) y/alodinia (al tacto/térmica/presión profunda/movimiento articular) (NO) • Vasomotor: evidencia de asimetría de la temperatura cutánea >1°C y/o asimetría del color cutáneo y/o cambios de color cutáneo (NO) • Vasomotor: evidencia de edema y/o cambios de sudoración y/o sudoración asimétrica (NO) • Motor: evidencia de disminución del rango de movilidad y/o disfunción motora (temblor, distonía, debilidad) y/o cambios tróficos (en la piel, el vello, las uñas) (NO) 4. Descartar otras patologías que puedan explicar los síntomas y signos previos DEFINITIVAMENTE ES DOLOR NEUROPATICO MAS NO ES SDRC.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

- Digestivo:
- Cardíaco:
- Respiratorio:
- Osteomuscular:
- Endocrino:
- Neuro-Psiquiátrico:
- Urinario:
- Hematológico:
- Ginecología:

**REVISIÓN POR OTROS SISTEMAS**

**ANTECEDENTES:**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
------	-------	---------------

**EXÁMEN FÍSICO**

Tensión Arterial: Sistólica: 120 / Diastólica: 80      Media: 106,67      Frecuencia Cardíaca: 76      Latidos/min.  
 Frecuencia Respiratoria: 16      Respiración/min.      Temperatura: 36,0 °C      Glucometría:      Saturación O2: %  
 Peso: 65,0 Kg      Talla: 160 cms      IMC: Tipo de Peso: 25,4      Superficie corporal: 0,0000  
 Estado funcional (OMS)/ECOG: 1 - ESTANDO ENFERMO NO

Profesional: CACERES JEREZ LUZ HELENA      Registro Profesional: 08336

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario que imprime: CNM



Fecha y Hora de Impresión : lunes, 09 de noviembre de 2020 12:03 p.m.

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

Código:  
Versión  
Página 2/3

**CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA - ALIVIO AL DOLOR**  
**DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO**

**FOLIO: 1**

HISTORIA CLINICA : 63486849  
 PACIENTE: ELIANA MINEYIS SANCHEZ SANCHEZ INGRESO: 865443  
 EMPRESA: SEGUROS DEL ESTADO S.A. FECHA INGRESO: 09/11/2020  
 PROFESIONAL SALUD: CACERES JEREZ LUZ HELENA

PUEDE TRABAJAR

**CONDICIONES GENERALES O DESCRIPCIÓN GENERAL**

Linfático:  
 Piel:  
 Oftalmológico  
 Otorrino:  
 Cabeza:  
 Cuello:  
 Tórax:  
 Abdomen:  
 Genitourinario:  
 Extremidades: EDEMA MODERADO DE CUELLO DE PIE DERECHO. NO ALODINIA, NO HIPERALGESIA, NO CAMBIOS EN LA COLARACION DE LA PIEL. NI EN LOS ANEXOS. EXHIBE LIMITACIO MOTORA POR DOLOR.  
 Estado de conciencia: ALERTA Neuroológico: NEGATIVO  
 Puño percusión ósea: NEGATIVO

**ANÁLISIS**

**CONDUCTA:**

**ESCALA NUMÉRICA DE VALORACIÓN AL DOLOR:**

**HOJA DE CONTROL DE SÍNTOMAS**

Fecha Dolor Astenia Anorexia Nauseas Vómito Estreñimi Retención Incontinencia Edema Ascitis Disnea Tos Insomnio Depresión IK Otros Peso  
Urinar

TEST DE MACGILL				INDICE TOTAL DEL DOLOR
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	<b>Índice Sensorial</b>
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000 / 25
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	<b>Índice Afectivo</b>
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000 / 21
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CODIGO CIE 10**

CODIGO NOMBRE  
 G564 CAUSALGIA

OBSERVACIONES

PRINCIPAL TIPO

Presuntivo

Profesional: CACERES JEREZ LUZ HELENA

Registro Profesional: 08336

Usuario que imprime: CNM

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4]



Fecha y Hora de Impresión : lunes, 09 de noviembre de 2020 12:03 p.m.

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**

Código:  
Versión  
Página 3/3

**CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA - ALIVIO AL DOLOR**

**FOLIO: 1**

**DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO**

HISTORIA CLINICA :

63486849

PACIENTE:

ELIANA MINEYIS SANCHEZ SANCHEZ

INGRESO: 865443

EMPRESA:

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FECHA INGRESO: 09/11/2020

PROFESIONAL SALUD:

CACERES JEREZ LUZ HELENA

**EXÁMENES SOLICITADOS**

NOMBRE	OBSERVACIONES
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	DE FISIATRIA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	DE CLINICA DE DOLOR

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS**

NOMBRE	OBSERVACIONES
INSERCIÓN CATÉTER PERIDURAL O SUBDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	TRANSFORAMINAL L5-S1 TRANSFORAMINAL S1-S2

Profesional: CACERES JEREZ LUZ HELENA

Registro Profesional: 08336

Especialidad(es): DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Profesional: CACERES JEREZ LUZ HELENA

Registro Profesional: 08336

Usuario que imprime: CNM

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: (E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER) NIT [900006037-4]

03/02/2022 08:07 A. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI CC 63486849 Sexo F  
Edad 48 Lateralidad Diestro Ocupación -

**Motivo** AMAD E CASA  
**Consulta** SECEULAS ESTABLECIDAS D E ACCIDENTE D ETRANSITO HACE 2 AÑOS., TRAUMA D E TEJIDSO BLANDOS -  
**Enfermedad Actual** EVENTO DE 24 MESES DE EVOLUCION, PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EL 24/12/2019 TRAUMA POR APLASTAMINETOD E CUELLO OE PIE DERECHO, AL PARECER TRAIUMA DE TEJIDO BLANDOS, DESCARTADA LESION NERVIOSA POR ELECTRODIAGNOSTICO, CONTUSION IMPORTANTE, AL PARECER NO HUBO COMPROMIOSO OSEO,PERO LA PACIENTE REFIERE QUE HUBO FX D E PERONE DERECHO. SE HIZO MANEJO ORTOEPEDICO , INMOVILIZACION PROLONGADA , HA RECIBIDO ANALGESICOS, TERAPIAS, BLOQUEO POR ORTOPEDIA (28-10-2020) PERSISTE USO MULETA APESAR D E PLAN DE RHABILITACION PROLONGADO.  
BAJO SOSPECHA DE SINDROME DOLOROSO REGIONALCOMPLEJO SE SOLICITO VALORACION POR CLINICA DE DOLOR .  
- CLINICA DE DOLOR EVALUAR DICIEMBRE DEL 2020 HUS DONDE CON DIAGNOSTICOD E SINDROME DOLOROSO COMPLEJO,S E INDICA MAENJO ANALGESICO MULTIMODAL YS E SE SOLICITA REALIZACIONDE BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL. SE LE REALIZO BLOQUEO BLOQUEO 20 DE DIICEMBRE  
UÑLTIMA VALORACION CLINIACD E DOLRO 28 DE DICIEMBRE DLE 2021 NO CUMPLE CRITERISO PARA SINDROME DOLOROSO REGIONAL ( CRITERIOS DE BUDAPEST) , SE LE REALIZO BLOQUEO L5-S1 REMITE BA ORTOEPDIA PIE PARA ACTUALZIAR CONCEPTO  
COPNTROL FISIATRIA  
CONTROL CLINIACD E DOLOR

REFEIRE MEJROIA D EDOLORSOLO POR 8 DIA S RECEIBE CARBAMAZEPINA ,PREGABALINA CON LEVBE MEJORIA .

RECIBIO PLANBD E REHBAILITACION MUY PROLONBAGDO 80 SESIONES

Antecedente	P	F	Observaciones
QUIRURGICOS			POMEROID
ALERGICOS			NIEGA
FARMACOLOGICOS			CARBMAZEPINA PRGABALINA

**Examen Fisico** **Peso (kg)** 68.0 **Talla (cm)** 163 **IMC** 25,59 **T.A.** \_\_\_\_\_  
T. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_

Sistemas Anormales	Descripcion
Osteomusculoarticular	RANGOS DEMOVILIDADES E CONSERVAN PIE DERECHO, DEDO EN GARRA 3 DEDO PIE DERECHO, NO EDEMA, BUEN TROFISMO MUSCULAR. REFEIRE DOLOR CON MANIOBARS Y ALAPOYO.
Aspecto General	BUEN ESTDAO GENERAL

03/02/2022 08:07 A. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 48 Lateralidad Diestro

Ocupación -

**Sistemas Normales**

Cabeza	Abdomen	Sistema Nervioso
Piel	Extremidades	Organos de los sentidos
Cardiovascular	Pulmonar	O.R.L.
Cuello	G.U.	Vía Aerea

**Análisis u Observaciones**

SECEULAS ESTABLECIDAS D E TRAUMA D E TEJIDOS BLANODS PIE DERECHO, NO COMPROMISIO SOEO, SE DESCARTO SINDROME DOLROOSO REGIONAL. MANEJOD E DOLO CON CBZ , PREGABALINA, BLOQUEOS. OBJETIVAMENTE SOLO DEDO EN GARRE 3 DEDO PIE DERECHO, EVALUAR CORRELACIOND E HALLAZGOS CON EVENTO, EN EPSERA D E VALORACION OROPEDIA PIE, POR FIISATRIA NO HAY INJUDICACIONE SDAICIONALEAS, YA RECIBIO PLAND EREHABILITACION PROLONGADO, DEBE SER EVALUADAD POR ORTOEPDIA PIE Y CONTROL CON ESTE CONCEPTO PARAR DEFINIRI PERTIENENCAID E MANEJO POR ESA ESPECILIADDA O MMM

**Diagnosticos**

S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE

**PLAN Y TRATAMIENTO**

**ORDENES MEDICAS**

Signos de alarma, se dan indicaciones administrativas claras (Traer copia de todos los documentos entregados en la clínica en caso de reingresar, INCLUYENDO ESTA HISTORIA

**CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR EL PACIENTE FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO.**



ROSE MARY RUBIANO RAMIREZ

R.M. 14733 CC 39688084

Especialidad: Fisiatria





**SOLICITUD FRECUENTE**

FEBRERO 03 DE 2022

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 48

Lateralidad

Ocupación

Examen/Procedimiento

Cant

- 36100 CONSULTA DE CONTROL SUBESPECIALIZADA EN PIE Y TOBILLO (INACTIVO) 1 Uno

DR MANTILLA, , CONTROL SEGUN SOLICITUD D E CLINIACD E DOLOR, EVALAURA CORRELACION DEDO EN MARILLLOD EPIE DERECHO CON EVENTO,

ROSE MARY RUBIANO RAMIREZ

R.M. 14733

Especialidad: Fisiatria

17/02/2021 02:50 P. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO SA.  
Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI CC 63486849 Sexo F  
Edad 47 Lateralidad Diestro Ocupación -

Motivo ORTOPEDIA  
Consulta PIE Y TOBILLO  
DR JUAN CAMILO MANTILLA G.  
CONSULTA PRESENCIAL EN EPOCA DE PANDEMIA COVID-19, BAJO  
PARAMETROS DE PROTECCION Y PREVENCION CONTRAINFECIOND E  
COVID-19, SEGUN ESTATUTOS Y PROTOCOLOS DE OMS Y INS Y LA  
CLINICA LA RIVIERA  
PACIENTE ACEPTA RIESGOS DE CONSULTA PRESENCIAL

Enfermedad ACCIDENTE DE TRANSITO  
Actual 13 MESES  
DOLOR CRONICO EN TOBILLO POSTEREO A TRUIMA EN TOBILLO POR  
ACCIDENTE DE TRANITO  
HACE 4 MESES INFILTRACION EN TOBILLO NO MOEJORO  
REFIERE QUE FUE VALORAA POR CLINCA DE DOLOR EN HUS, EL CUAL  
EVIDENCIO DOLOR DE ORIGEN NEUROPATICO Y REQUIERE BLOQUEO  
PROXIMAL.  
EL PROCEDIMIENTO POR CLINICA DE DOLOR NO SE HA PODIDO REALIZAR  
POR MOTIVOS ADMINISTRATIVOS DEL SOAT.  
YA NO ESTA TOMANDO PREGABALINA. PERO SIGUE CON DOLOR  
REFIERE DEFORMIDAD EN ARTEJO MENORES DESDEHACE 2 MESES Y  
DOLOR PIE DERECHO

Antecedente	P	F	Observaciones
QUIRURGICOS			POMEROID
ALERGICOS			NIEGA

Sistemas Anormales	Descripcion
Osteomusculoarticular	EDEMA EN PIE Y TOBILLO APOY PARCIL DE EL PIE DERECHO POR DOLOR NO APOYA TALON, 23 ARTEJO SEPARADOS PERO NO EN GARRA, DISESTESAI Y HIPERALGESI EN TOBILLO YU PIE ANIVEL DE TERRITORIO DE CASO TODOS LOS5 NERVIOS DEL PIE

Sistemas Normales		
Cabeza	Abdomen	Sistema Nervioso
Piel	Extremidades	Organos de los sentidos
Cardiovascular	Pulmonar	O.R.L.
Cuello	G.U.	Aspecto General
Via Aerea		

**Análisis u Observaciones**

PACIENTE QUE FUE VALROADA POR CLINCA DE DOLR EL CUEL ENCUENTRA DOLOR  
NEUROPATICO POSTRAUMATICO Y REQUIERE TTO DEBLOQUEQ PROXIMAL EL CUAL ESTA  
PENDIENTE POR MOTIVOS ADMINISTRATIVOS DEL SOAT.  
POR PIE Y TOBILLO EN ESTOS MOMENTOS NO SE PUEDE OFRECER TTO ALGUNO SINO  
SEGUIR CONPREGABALINA MIENTRAS HHACEEN EL PROCEDIMIENTO, ADEMAS SE  
ADICIONA TOBILLERA.  
Y SEENBIA A MEDICINA LABORAL APRA INICAR PROCESO PARA SUS  
INCAPACIDADES



**SOLICITUD FRECUENTE**

FEBRERO 17 DE 2021

Entidad SEGUROS DEL ESTADO SA.  
Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI CC 63486849 Sexo F  
Edad 47 Lateralidad Ocupación

Examen/Procedimiento	Cant
- 39143 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO	Uno
MANEJO DE DISCAPACIDAD Y INCAPACIDADES	
- 39143 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA 1 EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN 6 MESES	Uno

JUAN CAMILO MANTILLA GOMEZ  
R.M. 10703-02  
Especialidad: Ortopedia y Traumatología

17/02/2021 02:50 P. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO SA.  
Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI CC 63486849 Sexo F  
Edad 47 Lateralidad Diestro Ocupación -

CONTROL EN 6 MESES O HASTA QUE REALZAEN EL PROCEDIMIENTO

**Diagnosticos**  
M796 DOLOR EN MIEMBRO

**PLAN Y TRATAMIENTO**

INSUMOS 1 1, Cantidad = 1, Vía = 4

Prescripción: TOBILLERA CRUZADA

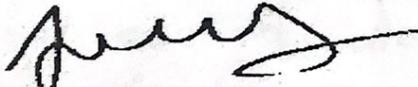
PREGABALINA CAPSULA 150 MG CAPSULA 150 mg, Cantidad = 60, Vía = 2

Prescripción: TOMAR 1 CAPSULA CADA 1 DÍAS DURANTE 60 DÍAS

**ORDENES MEDICAS**

Signos de alarma, se dan indicaciones administrativas claras (Traer copia de todos los documentos entregados en la clínica en caso de reingresar, INCLUYENDO ESTA HISTORIA

**CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR EL PACIENTE FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO.**



JUAN CAMILO MANTILLA GOMEZ

R.M. 10703-02 Nit 91489992-1

Especialidad: Ortopedia y Traumatología

**FORMULA MEDICA**

FEBRERO 17 DE 2021

Dr. JUAN CAMILO MANTILLA GOMEZ

Entidad SEGUROS DEL ESTADO SA.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 47

Lateralidad Diestro

Ocupación -

Medicamento	Via Aplicación	Cant
1 INSUMOS (1) (1) (TOBILLERA) TOBILLERA CRUZADA	Tópica	1 Uno
2 Pregabalina Capsula 150 mg (CAPSULA) (150 mg) (PREGABALINA)	Via Oral	60 Sesenta

TOMAR 1 CAPSULA CADA 1 DÍAS DURANTE 60 DÍAS

**Diagnosticos**

M796 DOLOR EN MIEMBRO

JUAN CAMILO MANTILLA GOMEZ

R.M. 10703-02

Especialidad: Ortopedia y Traumatología

Eliana M Sánchez

63 486 849

Bimang

calle 30 8 A 03

Hamacas

3183260580

29/08/2022 04:14 P. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 49

Lateralidad Diestro

Ocupación -

**Motivo Consulta** ORTOPEDIA  
 PIE Y TOBILLO  
 DR JUAN CAMILO MANTILLA  
 PACIENTE EN CONSULTA PRESENCIAL BAJO PROTOCOLOS DE  
 PREVENCIÓN DE PANDEMIA COVID-19, DE LINEAMIENTOS DE OMS, INS Y  
 CLINICA LA RIVIERA  
 PACIENTE ACEPTA RIESGOS DE CONSULTA PRESENCIAL

**Enfermedad Actual** ACCIDENTE DE TRANSITO 24 DIC 2019

POP DE 15 '03 2022

OSTEOEOMIA DE WEIL 2-3 REPARACIONE PLACA PLANTAR 23 ARTJEO

DOLR RESIDUAL RETROPIE YU TBOLLO DERECHO A ESTUDIO HOY TAC  
 SIGUE CON DOLOR EN TALON Y NO PUEDE CAMIAR DESCALZA SEGUN  
 REFIRRE

**Resultados Exámenes** TAC SOO CAMBIOA POP DEL 23 MTTF

NO HAY OPTROAS ALTERACIONES EN TOBILLO NI RETROPIE

**Antecedente** P F Observaciones

Antecedente	P	F	Observaciones
QUIRURGICOS	X		POMEROY
ALERGICOS	X		NIEGA
PATOLOGICOS	X		NIEGA
ANESTESICOS	X		SIN COMPLICACIONES

Sistemas Anormales	Descripcion
Osteomusculoarticular	PIE CON DEFORMIDAD DE LOS ARTEJOMLES ALEINACIO ADEUADO DOLR EN CABZA DE 3 MTT

**Sistemas Normales**

Cabeza	Abdomen	Sistema Nervioso
Piel	Extremidades	Organos de los sentidos
Cardiovascular	Pulmonar	O.R.L.
Cuello	G.U.	Aspecto General
Via Aerea		

**Análisis u Observaciones**

PIE DERECHO CON MEJORA DEL 90% DE SU DOLOR EN ANTERIO Y DEFORMIDAD PER  
 SU DOLR EN RETROPIE Y TBOLLO NOTEINE EXPLICACIONE MECANICA,  
 DEL CUALES SU MAYOR SINTOMAS,  
 P'RO LO CUAL EN PIE Y TOBILLO YA NO SE LE OFRECE MAS TTR  
 SE ENVIA A FISIATRIA PARA MANEJO DE DOLOR  
 ALTE PIE Y TOBILLO

**Diagnosticos**

S932 (PLACA PLANTAR) RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE  
 M255 (TOBILLO Y RETROPIE RESIDUAL) DOLOR EN ARTICULACION

**PLAN Y TRATAMIENTO**

29/08/2022 04:14 P. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 49

Lateralidad Diestro

Ocupación -

ORDENES MEDICAS

Signos de alarma, se dan indicaciones administrativas claras (Traer copia de todos los documentos entregados en la clínica en caso de reingresar, INCLUYENDO ESTA HISTORIA

**CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR EL PACIENTE FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO.**



JUAN CAMILO MANTILLA GOMEZ

R.M. 10703-02 CC 91489992

Especialidad: Ortopedia y Traumatología

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

CC 63486849

Sexo F

Edad 49

Lateralidad Diestro

Ocupación -

Motivo CONTROL FISIATRIA

**Consulta**

**Enfermedad Actual** SE INICIA CONSULTA EXPLICANDO ALCANCE DE LA ATENCIÓN, VENTAJAS, RIESGO Y LIMITANTES; Y DE LA ACEPTACIÓN DEL ACTO ASISTENCIAL POR PARTE DEL PACIENTE, DE FORMA LIBRE, VOLUNTARIA Y CONSIENTE. SE REALIZÓ VALIDACIÓN DE IDENTIDAD Y ORIENTACIÓN EN COVID-19 PTE DE 49 AÑOS DE EDAD EVENTO SOAT ACCIDENTE 27 DE DIC 2019 POP 15/03/2022 .REPARACIONDE LESIONPLACA PLATAR DE 2 3 MTTF Y OSTEOTMIA DE WEIL PIE DEREHO REFIERE DIMISNUCIONDE DOLOR ENUS PIE PERO SIGUE EL DEL TOBILLO ANTECEDENTE DE FRACTURA PERONE EN 2019 . PTE CON DOOR RESIDUAL INDICO PREGABALINA POR CARACTERISTICAS DEL DOLOR YA ESTA INSTRUIDA EN TERAPOA A REALIZAR PTE VIENE CON DX DIAGNOSTICOD E SINDROME DOLOROSO COMPLEJO,S E INDICA MAENJO ANALGESICO MULTIMODAL YS E SE REALIZO BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL. SE REALIZO HACE 7 MESES EN HIC , HOY CO MUY BUENOS RESULTADOS , MARCHA INDEPENDIENTE DOLOR EN ANTEPIE MODULADO PERMITE MARCHA INDEPENDIENTE NO SIGNOS DISAUTONOMICOS EN PIE MARCHA INDEPENDIENTE ICLUSO USA SANDALIAS.

Antecedente	P	F	Observaciones
QUIRURGICOS	X		POMEROY
ALERGICOS	X		NIEGA
PATOLOGICOS	X		NIEGA
ANESTESICOS	X		SIN COMPLICACIONES

Examen Fisico	Peso (kg)	70.0	Talla (cm)	2	IMC	.727,60	T.A.	1
	T.	1,00	P.	1	F.R.	1,00	F.C.	1,00

**Sistemas Anormales**

Osteomusculoarticular

**Descripción**

EN ADECUADO ESTAFO GENERAL CINTURA PELVICA SIN ALTERACION RODILLA SP EN CUELLO E PIE RESTRINGE DORSIFLEXION A 12 GRADOS PLANTIFLEXION A 20 GRADS DE FRMA ACTIVA RESTRINGE ROTACIONES . CICATRIS EN DORSO ANTEPIE SIN EDEMA DOLOR EN FASCIA PLANTAR ANTEPIE RESTRINGE MOVILIDAD E DEDOS DEL PIE NO CAMBIOS DE TEMPERATURA

**Sistemas Normales**

Cabeza	Abdomen	Sistema Nervioso
Piel	Extremidades	Organos de los sentidos
Cardiovascular	Pulmonar	O R.L.
Cuello	G.U.	Aspecto General
Via Aerea		

08/09/2022 11:07 A. M.

Entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Paciente SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINELLI

Edad 49

Lateralidad Diestro

CC 63486849

Ocupación -

Sexo F

### Análisis u Observaciones

PTE DE 49 AÑOS DE EDAD HOY CO MUY BUENA EVOLUCION , MARCHA INDEPENDIENTE DOLOR EN ANTEPIE MODULADO PERMITE MARCHA INDEPENDIENTE NO SIGNOS DISAUTONOMICOS EN PIE MARCHA INDEPENDIENTE ICLUSO USA SANDALIAS. PTE CON DOLOR RESIDUAL SECUELAS TRAUMA EN PIE DERECHO DE ALTA POR FISIATRIA ,

### Diagnosticos

S932 (DER) RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE

R522 (PIE) OTRO DOLOR CRONICO

S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE

### PLAN Y TRATAMIENTO

PREGABALINA CÁPSULAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA X 50 MG CAPSULA 50 mg, Cantidad = 60, Vía = 2

Prescripción: 1 COMPRIMIDO ANTES DE 9 PM

MELOXICAM (TABLETAS 7,5 MG) TABLETA 7.5 mg, Cantidad = 40, Vía = 2

Prescripción: 1 COMPRIMIDO CADA 12 HORAS EN CASO DE EMPUJE DEDOLOR

### ORDENES MEDICAS

Signos de alarma, se dan indicaciones administrativas claras (Traer copia de todos los documentos entregados en la clínica en caso de reingresar, INCLUYENDO ESTA HISTORIA

**CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR EL PACIENTE FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO.**

  
MARCIAL MARTÍNEZ NUÑEZ

R.M. 0350273 CC 88281069

Especialidad: Fisiatria



E.S.E. HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Paciente: ELIANA MINELLY SANCHEZ SANCHEZ

Nro Historia: Cédula 63486849

Edad: 48 Años - Sexo Femenino - ASMET SALUD EPS SAS \*\* REGIMEN SUBSIDIADO \*\*  
Id. Paciente 149657

<===== CONSULTA DE PSIQUIATRIA =====>

<<<< CONSULTA DE PSIQUIATRIA - 11/ago/21 13:33 >>>>

IMC: 0 Superficie Corporal: 0

Especialidad: Psiquiatria

Finalidad de la Consulta: Detección de alteraciones del adulto

Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Motivo de la Consulta: " TENGO MUCHA DEPRESION , NO PUEDO DORMIR , GANAS DE SALIR CORRIENDO, DESEO QUITARME LA VIDA POR LO QUE MES SUCEDE" NO SIENTO HAMBRE. HE BAJADO 20 KILOS"

Enfermedad Actual: SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES TRAUMATISMO EN PIERNA DERECHA (FRACTURA DE PERONE , PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD DE LOS DEDOS DEL PIE CON LIMITACION FUNCIONAL PARA LA MARCHA Y EJERCER ACTIVIDAD LABORAL DE PIE. REFIERE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DE LARGA DATA EXACERBADOS DES DE HACE UN MES Y MEDIO CON LLANTO FACIL, IDEAS DE MINUSVALIA "SIENTO QUE SOY UNA CARGA ,YO YA NO PUEDO AYUDAR ECONOMICAMENTE", IDEACION SUICIDA " CUANDO ESTOY EN LA CALLE TENGO EL IMPULSO DE TIRARME A LOS CARROS", ACOMPAÑADO DE INSOMNIO.

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES: FRACTURA DE PERONE DERECHO ( ARROLLADA POR VEHICULO EN MARCHA) 24-12-2019.

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES: SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DE 3SDE EL 2019 EN TTO : NO REFIERE.

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES : MADRE HTA.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: G3 P3 V3

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES : HERMANO ESQUIZOFRENIA PARANOIDE,

HABITOS PSICOBIOLOGICOS: NIEGA CAFEINICOS, NIEGA TABAQUICOS, NIEGA CONSUMO DE SPA.

ALERGIA : A LOS ALIMENTOS ACIDOS.

TOXICOLOGICOS : NIEGA.

ESCOLARIDAD : BACHILLER.

RELIGION : CATOLICA

ESTADO CIVIL UNION LIBRE.

VIVE CON LA PAREJA, Y SUS 3 HIJOS Y SU NIETA.

EXAMEN MENTAL:

ACUDE SOLA AL AREA DE CONSULTORIO, SE APRECIA TRISTE, VISTE ACOIRDE A EDAD Y SEXO, CONCIENTE, ORIENTADA EN PERSONA, PARCIALMENTE EN TIEMPO, ORIENTADA EN ESPACIO, HIPOPROSEXICA, EULALICA CON TONO DE VOZ BAJA ACOMPAÑADO DE LLANTO, INTELIGENCIA PROMEDIO, MEMORIA SIN ALTERACION, JUICIO DEPRESIVO, BRADIPSQUICA, IDEAS DE MINUSVALIA "SIENTO QUE SOY UNA CARGA ,YO YA NO PUEDO AYUDAR ECONOMICAMENTE", IDEACION SUICIDA " CUANDO ESTOY EN LA CALLE TENGO EL IMPULSO DE TIRARME A LOS CARROS", HIPERTIMIA DISPLACENTERA HACIA LA DRESION: LLANTO FACIL, IDEACION SUICIDA., NIEGA ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION, PSICOMOTRICIDAD LENTA, DIFICULTAD PARA LA MARCHA, INSIGHT POSITIVO, PROSPECCION : ALTERADA.

\* SUBJETIVO

\* OBJETIVO

\* EXÁMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD:

CONCIENCIA:

ATENCION:

ORIENTACION:

MEMORIA:

Calle 45 No. 7 - 04 Barrio Campo Hermoso PBX: (57+7) 6985111 Citas PBX (57-7) 6978111  
Bucaramanga - Santander - Colombia - Sur América



HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Paciente: ELIANA MINELLY SANCHEZ SANCHEZ

Nro Historia: Cédula 63486849

Edad: 48 Años - Sexo Femenino - ASMET SALUD EPS SAS \*\* REGIMEN SUBSIDIADO \*\*  
Id. Paciente 149657

PENSAMIENTO:

LENGUAJE:

SENSOPERCEPCION:

ESTADO DE ANIMO:

CONDUCTA MOTORA:

CONDUCTA ALIMENTARIA:

CONDUCTA SEXUAL:

SUEÑO:

INTELIGENCIA:

JUICIO Y RACIOCINIO:

INTROSPECCION Y PROSPECCION:

- \* EXÁMENES PARACLÍNICOS PREVIOS
- \* DIAGNOSTICOS
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F323)

- \* Problemas Psico-sociales y Ambientales
- \* Evaluación de la Actividad Global
- \* Observaciones Diagnósticas

\* CONCEPTO Y PLAN DE TRATAMIENTO

CONCEPTO SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD CON DX EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS CON EXACERBACION DE SINTOMATOLOGIA DESDE HACE UN MES APROXIMADAMENTE CON IDEACION SUICIDA, TRASTORNOS DEL SUEÑO, HIPOREXIA CON PERDIDA DE 20 KILOS APROXIMADAMENTE, MOTIVO POR EL CUAL SE INDICA SU HOSPITALIZACION.

PLAN

HOSPITALIZACION EN UTI.

Días de Incapacidad: 0

Destino: Hospitalización UTI

\*\*\*\*\*  
 MARY CELVIA UZCATEGUI MENDOZA  
 C.C.: 694697  
 \*\*\*\*\*

*Fisc 48 Local p. 2*

**FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN  
FORMATO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL  
CONOCIMIENTO INICIAL**

Fecha de Recepción: 10-Jan-2020  
Hora: 08:11:54  
Departamento: SANTANDER  
Municipio: BUCARAMANGA

**NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL**

Caso Noticia: — 680016000160202000157 —  
Departamento: 68-SANTANDER  
Municipio: 1-BUCARAMANGA  
Entidad Receptora: 60-FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN  
Unidad Receptora: 60-SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO) -  
BUCARAMANGA  
Año: 2020  
Consecutivo: 00157

**TIPO DE NOTICIA**

Tipo de Noticia: QUERRELLA  
Delito Referente: LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. INCISO 1 - PA.  
Modo de operación del delito: -  
Grado del delito: NINGUNO  
Ley de Aplicabilidad: Ley 906

**AUTORIDADES**

¿El usuario es remitido por una Entidad?: NO

**DATOS DEL DENUNCIANTE O QUERELLANTE**

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA  
Número de Documento: 63486849  
Fecha de Expedición: -  
País de Expedición: COLOMBIA  
Departamento de Expedición: -  
Ciudad de Expedición: -

Primer Nombre: ELIANA  
Segundo Nombre: MINNELLY  
Primer Apellido: SANCHEZ  
Segundo Apellido: SANCHEZ  
País de Nacimiento: COLOMBIA  
Departamento de Nacimiento: SANTANDER  
Municipio de Nacimiento: BUCARAMANGA  
Fecha de Nacimiento: 24-Apr-1973  
Edad: 46  
Sexo: MUJER  
Tiene alguna discapacidad: No  
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección: No  
Dirección de Correspondencia: CALLE 30 8A 16  
Complemento Dirección de Correspondencia: BARRIO LAS HAMACAS  
País de Correspondencia: COLOMBIA  
Departamento de Correspondencia: SANTANDER  
Municipio de Correspondencia: BUCARAMANGA  
Teléfono Celular: 3183260550  
Teléfono Fijo: -  
Correo Electrónico: -  
Por qué Medio Desea ser Contactado: Celular  
Estimación de los daños y perjuicios: -

### VÍCTIMAS

¿Tiene información sobre la(s) víctimas(s)? No

### INDICIADOS

¿Tiene información sobre el o los posible(s) indiciado(s)? Sí  
¿Cuántas personas participaron en la comisión del delito? 1  
¿De cuántas de estas personas tiene información para aportar? 1

### DATOS DEL INDICIADO

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA  
Número de Documento: 91229719

Fecha de Expedición: 08-Jun-1982  
 País de Expedición: COLOMBIA  
 Departamento de Expedición: -  
 Ciudad de Expedición: -  
 Primer Nombre: ELISEO  
 Segundo Nombre: -  
 Primer Apellido: GARCIA  
 Segundo Apellido: RUEDA  
 País de Nacimiento: COLOMBIA  
 Departamento de Nacimiento: NORTE DE SANTANDER  
 Municipio de Nacimiento: LOS PATIOS  
 Fecha de Nacimiento: 08-Feb-1964  
 Edad: 55  
 Sexo: HOMBRE  
 Alias: -  
 Tiene alguna discapacidad: -  
 Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección: -  
 ¿tiene algún acento en particular?: -  
 ¿tiene rasgos o características físicas particulares?: -  
 ¿tiene algún tatuaje, aretes, anillos, cadenas, ropa u otros accesorios particulares?: -  
 ¿Pertenece o ha pertenecido a algún grupo delincencial?: -  
 Identidad de género: -  
 Calidad: -  
 Nivel Académico: -  
 Oficio: -  
 Profesión: -  
 Dirección de Correspondencia: CALLE 29 9 14  
 Complemento Dirección de Correspondencia: BARRIO LAS HAMACAS  
 País de Correspondencia: COLOMBIA  
 Departamento de Correspondencia: SANTANDER  
 Municipio de Correspondencia: BUCARAMANGA  
 Teléfono Celular: 3174837528  
 Teléfono Fijo: -  
 Correo Electrónico: -  
 Conoce el lugar en el que vive la víctima (ciudad, barrio, punto de referencia, etc.): -  
 Conoce el lugar en el que trabaja la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Nombre de la Empresa, Punto de Referencia, etc.): -  
 Conoce el lugar que frecuenta la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Punto de Referencia, etc.): -  
 Otro medio de contacto: -



Información adicional: -

**TESTIGOS**

¿Sabe usted si hay testigos?: Sí  
 ¿Cuántas personas fueron testigo del hecho denunciado?: 2  
 ¿De cuántos de estos testigos tiene información para aportar?: 2

**DATOS DEL TESTIGO**

Tipo de Documento: -  
 Número de Documento: -  
 Fecha de Expedición: -  
 País de Expedición: -  
 Departamento de Expedición: -  
 Ciudad de Expedición: -  
 Primer Nombre: HENRRY  
 Segundo Nombre: JOVANI  
 Primer Apellido: CASTRO  
 Segundo Apellido: RAMOS  
 País de Nacimiento: COLOMBIA  
 Departamento de Nacimiento: SANTANDER  
 Municipio de Nacimiento: BUCARAMANGA  
 Fecha de Nacimiento: -  
 Edad: -  
 Sexo: HOMBRE  
 Alias: -  
 Tiene alguna discapacidad: -  
 Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección: -  
 ¿tiene algún acento en particular?: -  
 ¿tiene rasgos o características físicas particulares?: -  
 ¿tiene algún tatuaje, aretes, anillos, cadenas, ropa u otros accesorios particulares?: -  
 ¿Pertenece o ha pertenecido a algún grupo delincencial?: -  
 Identidad de género: -  
 Calidad: -  
 Nivel Académico: -  
 Oficio: -  
 Profesión: -  
 Dirección de Correspondencia: -  
 Complemento Dirección de: -



Correspondencia:  
País de Correspondencia: -  
Departamento de Correspondencia: -  
Municipio de Correspondencia: -  
Teléfono Celular: -  
Teléfono Fijo: -  
Correo Electrónico: -  
Conoce el lugar en el que vive la víctima (ciudad, barrio, punto de referencia, etc.):  
Conoce el lugar en el que trabaja la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Nombre de la Empresa, Punto de Referencia, etc.):  
Conoce el lugar que frecuenta la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Punto de Referencia, etc.):  
Otro medio de contacto: -  
Información adicional: -

**DATOS DEL TESTIGO**

Tipo de Documento: -  
Número de Documento: -  
Fecha de Expedición: -  
País de Expedición: -  
Departamento de Expedición: -  
Ciudad de Expedición: -  
Primer Nombre: ANDREA  
Segundo Nombre: CATHERINE  
Primer Apellido: PAUL  
Segundo Apellido: SANCHEZ  
País de Nacimiento: -  
Departamento de Nacimiento: -  
Municipio de Nacimiento: -  
Fecha de Nacimiento: -  
Edad: -  
Sexo: MUJER  
Alias:  
Tiene alguna discapacidad:  
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección:  
¿tiene algún acento en particular?: -  
¿tiene rasgos o características físicas particulares?: -  
¿tiene algún tatuaje, aretes, anillos, cadenas, ropa u otros accesorios particulares?: -

ANDREA  
CATHERINE  
PAUL  
SANCHEZ

MUJER

¿Pertenece o ha pertenecido a algún grupo delincucional? -  
 Identidad de género: -  
 Calidad: -  
 Nivel Académico: -  
 Oficio: -  
 Profesión: -  
 Dirección de Correspondencia: -  
 Complemento Dirección de Correspondencia: -  
 País de Correspondencia: -  
 Departamento de Correspondencia: -  
 Municipio de Correspondencia: -  
 Teléfono Celular: -  
 Teléfono Fijo: -  
 Correo Electrónico: -  
 Conoce el lugar en el que vive la víctima (ciudad, barrio, punto de referencia, etc.): -  
 Conoce el lugar en el que trabaja la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Nombre de la Empresa, Punto de Referencia, etc.): -  
 Conoce el lugar que frecuenta la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Punto de Referencia, etc.): -  
 Otro medio de contacto: -  
 Información adicional: -

**RELACIÓN ENTRE INTERVINIENTES**

¿Existe o existió una relación entre el indiciado y la víctima?: No

**VEHÍCULOS**

Tipo vinculación:	ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Tipo de bien:	AUTOMOTORES(VEHICULOS, MOTONAVES, AERONAVES)
Placa	SUE525
Tipo	AUTOMOVIL
Marca	HYUNDAI
Línea	ATOS PRIME
Modelo	2008
Clase	PASAJEROS
Servicio	PUBLICO
Color	AMARILLO
País	COLOMBIA

Departamento  
Municipio

SANTANDER  
GIRÓN

### DATOS SOBRE LOS HECHOS

Se hace constar que el denunciante ha sido informado sobre: la obligación legal que tiene toda persona mayor de 18 años de denunciar cualquier hecho que tenga conocimiento y que las autoridades deban investigar de oficio; de la exoneración del deber de denunciar contra sí mismo, contra su cónyuge o compañero permanente, pariente en 4o. Grado de consanguinidad, de afinidad o civil, o hechos que haya conocido en el ejercicio de una actividad amparada por el secreto profesional; que la presente denuncia se realiza bajo la gravedad de juramento y acerca de las sanciones penales impuestas a quien incurra en falsa denuncia. (Artículos 67 - 69 del C.P.P y 435 - 436 C.P).

Fecha de comisión de los hechos: 24-Dec-2019  
Hora: 19:30:00

Para delitos de acción  
continuada: -

Fecha inicial de comisión: 24-Dec-2019  
Hora: 19:30:00

Fecha final de comisión: -  
Hora: -

Lugar de comisión de los hechos: -

Departamento: SANTANDER  
Municipio: BUCARAMANGA/SANTANDER

Localidad o Zona: -

Barrio: -

Dirección: BARRIO/LOCALIDAD/COMUNA: LAS  
HAMACAS/COMUNA  
NORTE, BUCARAMANGA/SANTANDER, LAS HAMACAS

Latitud: 7.158446047376774

longitud: -73.1379691550249

¿Uso de armas?: NO

Uso de sustancias tóxicas: NO

### RELATO DE LOS HECHOS

#### ¿Qué viene a denunciar?:

FUI LESIONADA EN ACCIDENTE DE TRANSITO

#### ¿Cómo le pasó?:

EL 24 DE DICIEMBRE DE 2019 A LAS SIETE Y TREINTA DE LA NOCHE IBA A SALIR DE MI CASA PARA BUSCAR A MI NIETO, YO SALIA HACIA LA VERJA DE LA CASA Y UN TAXI VENIA BAJANDO POR LA PEATONAL DEJANDO EL CARRO RÓDAR Y SE FUE HACIA LA VERJA DE MI CASA ENTRÁNDOSE HACIA LA VERJA EN EL TRAYECTO HABÍA UNA MOTO ESTACIONADA DETRÁS DE LA VERJA Y EL TAXI LA CHOCO Y LA BOTO HACIA

LA SALIDA DE LA PUERTA DE MI CASA CAYÉNDOME LA MOTO ENCIMA DE MI PIE, YO ME ENCONTRABA APENAS SALIENDO DE LA PUERTA DE MI CASA, LA VERJA DETUVO EL CARRO, O SI NO HUBIERA SIDO PEOR EL ACCIDENTE PORQUE HABIAN FAMILIARES EN LA VERJA. A MI ME CAYO LA MOTO EN EL PIE FRACTURANDOMELO, TAMBIEN LA MOTO ALCANZO A LASTIMAR A MI SOBRINA Y MI CUÑADA, PERO NADA DE CONSIDERACION, POR ESO NO FUERON A LA CLÍNICA. A MI ME RECOGIO LA AMBULANCIA Y ME LLEVO A LA CLÍNICA LA MERCED Y ME ATENDIERON POR EL SOAT DEL TAXI. EL TAXI DE PLACA SUE525 LO CONDUCE ELISEO GARCIA RUEDA C.C.91.229.719 DE BUCARAMANGA, EL TAXI ESTA AFILIADO A LA EMPRESA LAGOS S.A.. MI CASA ESTA UBICADA EN LA CALLE 30 # 8A-16 BARRIO HAMACAS. TRANSITO FUE A REALIZAR EL CROQUIS, PERO EL VEHICULO NO FUE INMOVILIZADO. LA MOTO ES DE UN VECINO QUE LA HABIA DEJADO PARQUEADA AHI.

### ABC del Delito

### Información Adicional

**Tiene alguna evidencia que aportar a la denuncia:**

Sí

**La evidencia que va aportar es:**

Documento

**¿En el lugar de los hechos o en sus alrededores existen cámaras de seguridad que hubieran podido grabar los hechos?:**

No

**¿Desea agregar algo más a su denuncia?:**

NO

### DOCUMENTOS

**Se hace entrega al usuario de los siguientes documentos:**

**1. Formato remisión a otras instituciones por competencia:**

No

**2. Formato solicitud de medida de protección Policía Nacional:**

No

**3. Formato remisión Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses:**

Sí

**4. Formato remisión a otras instituciones- ICBF / Comisaria de Familia:**

No

**5. Se puso en conocimiento el Acta de Derechos y Deberes de las Víctimas:**

Sí

**Se informa al usuario que puede consultar su caso y conocer el despacho al cual se asignó su noticia, de la siguiente manera:**

- a. Ingresar a la página web **www.fiscalia.gov.co** en la siguiente ruta:
- Servicio al Ciudadano / Consultas / Consulte el estado de su denuncia
  - Digite los **21 dígitos** de su denuncia (están en la parte superior de la misma frente a la casilla **Caso Noticia**) y luego ingrese los códigos de validación que pide el sistema
  - Presione **BUSCAR** para consultar la información
- b. Comunicarse con el Centro de Contacto de la Fiscalía General de la Nación, marcando desde su celular al **122**, o la línea gratuita **018000919748**.

MARIA CONSUELO GOMEZ RUEDA  
FISCALÍA GENERAL DE LA NACION  
SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO) - BUCARAMANGA  
BUCARAMANGA



**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O  
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

**1. Información general del dictamen**

Fecha de dictamen: 17/04/2023	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	N° Dictamen: 13202300657
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	Nombre solicitante: SEGUROS DEL ESTADO - SOAT	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		

**2. Información general de la entidad calificadora**

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander	Identificación: 804.000.705-0	Dirección: Carrera 37 # 44-74 Cabecera
Teléfono: 6576094 / 6577195	Correo electrónico: juntasantander@hotmail.com	Ciudad: Bucaramanga - Santander

**3. Datos generales de la persona calificada**

Nombres y apellidos: Eliana Minnelly Sanchez Sanchez	Identificación: CC - 63486849	Dirección: Calle 30 No 8a-03 Barrio Las Amacas Norte
Ciudad: Bucaramanga	Teléfonos: - 3183260550	Fecha nacimiento: 24/04/1973
Lugar:	Edad: 49 año(s) 11 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: minnellyssanchez24@gmail.com	Tipo usuario SGSS: Subsidiado	EPS: Asmet Salud
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

**4. Antecedentes laborales del calificado**

No aplica

**5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)**

**Información clínica y conceptos**

**Resumen del caso:**

Paciente de 49 años de edad, quien a través de SEGUROS DEL ESTADO solicita se le califique la pérdida de capacidad laboral.

Se valora paciente procedente del área metropolitana de Bucaramanga, ingresa a la valoración por sus propios medios, antecedente de accidente de tránsito, cuando se desplazaba en vía pública en calidad de peatón y es arrojado por vehículo automotor, según nota en la historia clínica, atención de urgencias en la clínica la Mercedes, donde diagnostican "Fractura de peroné distal no desplazada", miembro inferior derecho, inmoviliza con yeso, posterior instauración de dolor y es dada de alta por ortopedia de pie y tobillo.

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander

Calificado: Eliana Minnelly Sanchez Sanchez

Dictamen: 13202300657

Página 1 de 4

### Conceptos médicos

Fecha: 24/12/2019 Especialidad: Urgencias

**Resumen:**

clínica la Merced. "Paciente que fue víctima de accidente de tránsito estaba como peatón y un vehículo automotor tumba a una motocicleta y esta motocicleta cae sobre ella, con posterior trauma en la extremidad inferior derecha.

Fecha: 21/07/2021 Especialidad: Clínica del dolor

**Resumen:**

Dra. Luz Cáceres. "Paciente con antecedentes de accidente de tránsito consulta nuevamente por dolor, en la última consulta se solicitó bloqueo transformador 15-s1, el cual no se ha realizado por dificultad en trámites administrativos. Valorada por junta médica de ortopedia y fisioterapia en la clínica Riviera doctor Rose Mary Rubiano, doctor Juan Camilo mantilla, doctor Omar Orlando ríos, doctor Carlos Álvarez. Quienes consideran pertinentes realización de dicho bloqueo ya que cumple función diagnóstico terapéutica en síndrome doloroso regional complejo punto no despacharon carbamazepina por lo que ortopedia reinicia pregabalina de 75 mg cada 12 horas. Se indica suspender pregabalina, reiniciar carbamazepina y amitriptilina. Se indica nuevamente realización de bloqueo transformador 15 s1 por el momento no se oferta el servicio en la institución por favor autorizar en otra institución donde se ofrece el servicio. Se indica control por nuestro servicio en tres meses.

Fecha: 03/02/2022 Especialidad: Fisiatría

**Resumen:**

Dra. Rose Rubiano. "secuelas establecidas de trauma de tejidos blandos pie derecho no compromiso óseo se descartó síndrome doloroso regional. Manejo de dolor pregabalina bloqueos objetivamente solo dedo engarre tercer dedo pie derecho, a evaluar correlación de hallazgo con evento en espera de valoración ortopedia pie punto por fisioterapia no hay indicaciones ya recibió plan rehabilitación prolongado, debe ser evaluado por ortopedia pie y control con este concepto para definir pertinencia en manejo por esta especialidad o mejoría médica máxima contusión de otras partes y de las no especificadas del pie

Fecha: 29/08/2022 Especialidad: Ortopedia

**Resumen:**

Dr. Juan Mantilla. "Pie derecho mejoría al 90% de su dolor en anterior deformidad por su dolor entre pie y tobillo no tiene explicación mecánica, del cual es su mayor síntoma por lo cual en pie hay tobillo ya no se le ofrece más tratamientos envía fisioterapia para manejo del dolor. Alta pie y tobillo. Diagnóstico ruptura de ligamentos a nivel de tobillo y pie punto tobillo y retro pie residual dolor en articulación.

### Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

### Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 31/03/2023 Especialidad: PSICÓLOGA ESP. SALUD OCUPACIONAL (JRCIS)

Revisado el título I referido a las deficiencias previamente calificadas, teniendo en cuenta la documentación contenida en el expediente, la ponencia y lo expresado en la entrevista interdisciplinaria se encuentra lo siguiente: Se trata de evaluada de 49 años de edad, quien acude por sus propios medios, leve cojera, alerta, orientación global preservada, afecto modulado, curso del pensamiento y lenguaje sin alteraciones evidentes. Juicio y raciocinio preservados.

Describe convive con esposo y nieta de 11 años

Operaría de calzado, emplantilladora como actividad principal con predominio de postura sedente. Actualmente desempleada. No cuenta con restricciones médico laborales por parte de médico tratante.

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander

Calificado: Eliana Minnelly Sanchez Sanchez

Dictamen:13202300657

Página 2 de 4

La alteración en miembro inferior define afectación en la marcha, disminuyendo tolerancia en caminata prolongada, evita apoyo completo de punta de pie, manifiesta incremento dolor al subir y bajar escaleras, así como permanecer por largo tiempo de pie. Se considera restricción parcial para correr y saltar.

De acuerdo a lo relatado y en coherencia con los hallazgos encontrados se determina impacto leve para realizar de manera eficiente uso de calzado habitual, realizar la actividad física recreativa (menciona practicaba gimnasio), la participación en tareas domésticas (barrer, trapear, lavar sanitarios y uso de transporte público masivo por trayectos extendidos).

**Otros conceptos técnicos:**

**Teniendo en cuenta la** revisión de la documentación aportada, la valoración médica plasmada en la ponencia, las deficiencias definidas en título I y la entrevista interdisciplinaria se concluye capacidad de desempeño de rol laboral activo en el cargo de emplantilladora y actualmente no cuenta con recomendaciones medico laborales que lo modifiquen. Se valora restricción correspondiente a la edad. Es independiente para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con afectación en general leve en las áreas ocupacionales de movilidad, cuidado personal y vida doméstica. Ver valoración cuantitativa en registro correspondiente.

**Fundamentos de derecho:**

Ley 100 de 1993, Decreto 2463/01, Decreto Ley 019/12 Decreto 1507/14 Ley 1562/12 Decreto 1072/2015 Decreto 1477/2014

**Análisis y conclusiones:**

Hallazgos al examen físico a la inspección, rodilla derecha inmovilizada, otero evento, según refiere en la valoración; edema de maléolo externo, no restricción de movimiento articular en cuello de pie y tobillo miembro inferior derecho; cicatriz dorsal en tercer metacarpiano; deformidad del tercer metacarpiano, pie derecho, a cero grados, valoración interdisciplinaria y ajustada las secuelas al decreto 1507 de 2014.

**6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional**

**Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias**

**Diagnósticos y origen**

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
S824	Fractura del peroné solamente			Accidente SOAT

**Deficiencias**

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.7	NA	NA	NA	NA	1,00%		1,00%
<b>Valor combinado</b>									<b>1,00%</b>

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	1,00%

<b>Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar</b>	<b>1,00%</b>
---	--------------

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar. 
$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

<b>Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5</b>	<b>0,50%</b>
--	--------------

**Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales**

**Rol laboral**

Restricciones del rol laboral	0
Restricciones autosuficiencia económica	0

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander

Calificado: Eliana Minnelly Sanchez Sanchez

Dictamen:13202300657

Restricciones en función de la edad cronológica  
 Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)

1.5  
 1,50%

**Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)**

A 0,0 No hay dificultad, no dependencia.      B 0,1 Dificultad leve, no dependencia.      C 0,2 Dificultad moderada, dependencia moderada.  
 D 0,3 Dificultad severa, dependencia severa.      E 0,4 Dificultad completa, dependencia completa.

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0	0.1	0	0	0	0.1	0.1	0	0.1	0	0.4
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0	0	0	0	0.1	0	0	0.1	0	0.2
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0	0	0	0.1	0.1	0	0	0	0	0.2

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%) 0.8

Valor final título II 2,30%

**7. Concepto final del dictamen pericial**

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I 0,50%  
 Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II 2,30%  
 Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II) 2,80%

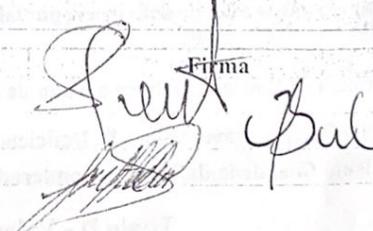
Origen: Accidente      Riesgo: SOAT      Fecha de estructuración: 08/09/2022  
 Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Fecha de alta por ortopedia.

Nivel de pérdida: < 5%      Muerte: No aplica      Fecha de defunción:  
 Ayuda de terceros para ABC y AVD: No      Ayuda de terceros para toma de decisiones: No      Requiere de dispositivos de apoyo: No  
 Enfermedad de alto costo/catastrófica: No      Enfermedad degenerativa: No      Enfermedad progresiva: No

**8. Grupo calificador**

Profesión	Nombre
Médico Calificador	Sergio Eduardo Ayala Moreno
Médico Calificador	Myriam Barbosa Zarate
Psicóloga	Jeannette Duran Salazar

Firma  


REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO  
**63.486.849**  
**SANCHEZ SANCHEZ**

APELLIDOS  
**ELIANA MINNELLY**

NOMBRES

*Eliana M Sanchez*

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1973**  
**BUCARAMANGA**  
**(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

ESTATURA

**O+**

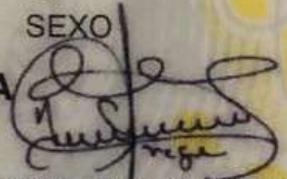
G.S. RH

**F**

SEXO

**14-AGO-1991 BUCARAMANGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2700150-01263904-F-0063486849-20211106

0076176061A 1

8502701914

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

0389

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL  
SERVICIO NACIONAL DE INSCRIPCIÓN

# REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No

73 04 24. - - - -

REGISTRADURIA MUNICIPAL ALCALDIA CORREGIDURIA, ETC.  
NOTARÍA TERCERA, - - - - MUNICIPIO BUCARAMANGA, - - - - CODIGO 5.203

## SECCION GENERICA

SANCHEZ, - - - - SEGURO SANCHEZ, - - - - NOMBRE ELIANA MENNELLY, - - - -  
SEXO Femenino. - - - - MASCULINO  FEMENINO  FECHA DE NACIMIENTO DIA 24 MES abril. - - - - CODIGO AÑO 1.973.  
Colombia. - - - - CODIGO DEPARTAMENTO Santander, - - - - CODIGO MUNICIPIO Bucaramanga, - - - - CODIGO

## SECCION ESPECIFICA

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO EN BUCARAMANGA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, - - - - HORA 10:45 a.m.

TÍTULO DE CERTIFICACION PRESENTADA certificado medico, - - - - NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICO EL NACIMIENTO ARIDES ALBERNA SOLANO, - - - - NUMERO DE LICENCIA 0095.

PELLIZOS SANCHEZ BOTLA, - - - - NOMBRES ROSA AMELIA, - - - - EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) 21 años.

IDENTIFICACION sin identificacion, - - - - NACIONALIDAD colombiana, - - - - PROFESION U OFICIO hogar, - - - - CODIGO

PELLIZOS SANCHEZ RUEDA, - - - - NOMBRES GUSTAVO, - - - - EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) 24 años.

IDENTIFICACION c.c. no 13.806.468 Bucaramanga, - - - - NACIONALIDAD colombiano, - - - - PROFESION U OFICIO comerciante, ñ - - - - CODIGO

IDENTIFICACION c.c. no 13.806.468 Bucaramanga, - - - -

FIRMA   
NOMBRE GUSTAVO SANCHEZ RUEDA, - - - -

DIRECCION POSTAL Calle 3 No 10-114 B Bucaramanga.

IDENTIFICACION - - - -

FIRMA - - - -

DIRECCION (MUNICIPIO) - - - -

NOMBRE - - - -

IDENTIFICACION - - - -

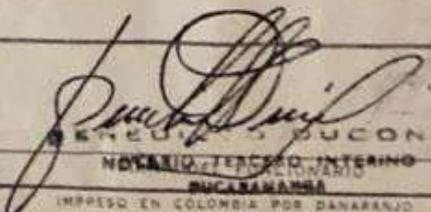
FIRMA - - - -

DIRECCION (MUNICIPIO) - - - -

NOMBRE - - - -

DIA 7 MES mayo. - - - - AÑO 1.973.

PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

  
NOTARIO TERCERO INTERINO  
BUCARAMANGA  
IMPRESO EN COLOMBIA POR DANARAJÓ

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.818.920**

**SANCHEZ BOTIA**

APELLIDOS

**ROSA AMELIA**

NOMBRES

*Rosa Amelia Sanchez Botia*

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-1952**

**RIONEGRO**  
(SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

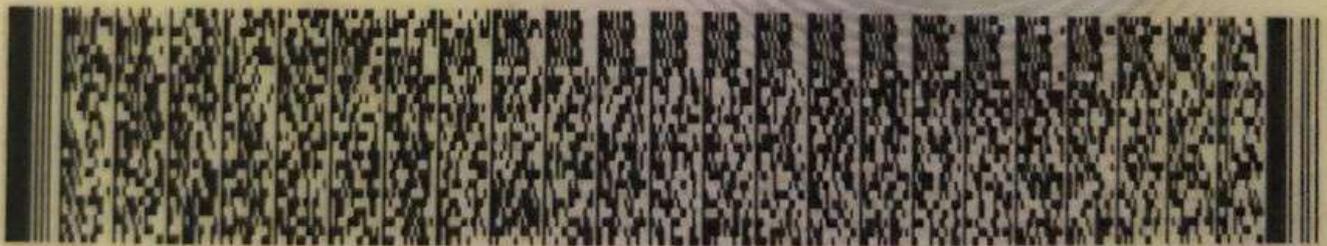
**1.58**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**18-NOV-1974 BUCARAMANGA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

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



A-2700100-00138813-F-0037818920-20081218

0008285941A 1

6930001152



**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial

62496666

NUIP 1098083124

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 10	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código Q 8 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA						

Datos del inscrito

Primer Apellido PIÑEROS *****		Segundo Apellido CASTRO *****	
Nombre(s) EILYN SAOMY *****			
Fecha de nacimiento			
Año 2 0 2 3	Mes F E B	Día 1 8	Sexo (en letras) Femenino
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Grupo sanguíneo A	Factor RH Positivo
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos  
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo  
23027910343074

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)  
Apellidos y nombres completos

CASTRO SANCHEZ WENDY VANESSA

Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.095.946.398	Nacionalidad COLOMBIANA
---	----------------------------

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)  
Apellidos y nombres completos

PIÑEROS LIZARAZO LUIS RAUL

Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.730.032	Nacionalidad COLOMBIANO
---	----------------------------

Datos del declarante

PIÑEROS LIZARAZO LUIS RAUL

Documento de Identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA 1.098.730.032	Firma X Luis Raul Piñeros
--	------------------------------

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos *****	Firma
Documento de Identificación (Clase y número) *****	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos *****	Firma
Documento de Identificación (Clase y número) *****	

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 3	Mes M A R	Día 0 6
-------------	-----------	---------

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FERNANDO LEON CORTES NIÑO



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

56057602

NUIP 1099428248

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
 Registraduría  Notaría  Número 01 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código Q Y D  
 País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía  
 COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito  
 Primer Apellido GOMEZ Segundo Apellido CASTRO  
 Nombre(s) GOMEZ CASTRO

ERICK SAMUEL  
 Fecha de nacimiento Año 2017 Mes FEB Día 15 Sexo (en letras) Masculino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo  
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)  
 COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO  
 Número certificado de nacido vivo 13916050-4

Datos de la madre  
 Apellidos y nombres completos CASTRO SANCHEZ WENDY VANESSA  
 Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.095.946.398 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre  
 Apellidos y nombres completos GOMEZ CARREÑO EDWING ENRIQUE  
 Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.095.929.309 Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante  
 Apellidos y nombres completos GOMEZ CARREÑO EDWING ENRIQUE  
 Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.095.929.309 Firma /Edwing Gomez C.

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 2017 Mes FEB Día 20  
 Nombre y firma del funcionario que inscribió el documento  
 DIEGO ALFONSO RUEDA GOMEZ  
 Nombre y firma



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.327.583**

**CASTRO SANCHEZ**

APELLIDOS

**SANDY JHOANA**

NOMBRES

*Sandy Jhoana C.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-2001**

**BUCARAMANGA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

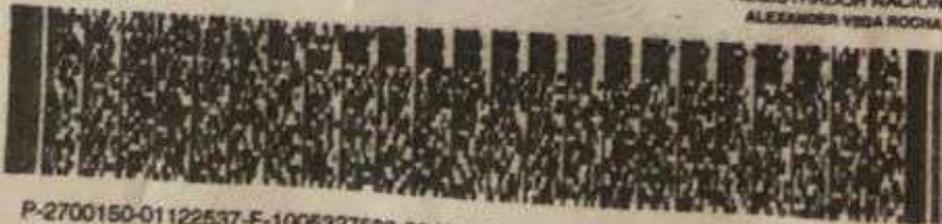
**1.55**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**28-DIC-2019 BUCARAMANGA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Viza Rocha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VIZA ROCHA



P-2700150-01122537-F-1005327583-20191226

0069492833A 1

8500160925

1005327605  
Nº 10532703



REPUBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N 3759680**

**NUIP QXD0308605**

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

**CASTRO SANCHEZ SANDY JOHANA**

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año **2001** Mes **DIC** Día **4** Femenino

Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año **2002** Mes **abr** Día **22**

**31641072**

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

**SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNELLY**

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 0763486849

COLOMBIANA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

**CASTRO RAMOS HENRY JOVANNI**

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1013724595

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

**SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNELLY**

Documento de identificación (Clase y número)

X

Espacio para notas

XOC

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

**COLOMBIA SANTANDER**

**BUCARAMANGA**

Código

**002**

Fecha de Exposición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año **2006** Mes **ABR** Día **18**

VALIDO PARA PARENTESCO

**ABETH MONSALVE CAMACHO ESMERALDA LINARES P**

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION: **1.000.747.385**  
**PAUL SANCHEZ**

APellidos: **ANDREA KATHERINE**

ESTADO:

**cedula vigente por vida.**



FOTOS



FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1983**

**SUCARAMANGA**  
(BOYACÁ)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53**  
ESTATURA

**O+**  
O E RH

**F**  
SEXO

**27-OCT-2009 SUCARAMANGA**  
FECHA Y LUGAR DE EMISION

*[Signature]*  
FRENTE RECTOR NACIONAL  
CORPORACION NACIONAL DE IDENTIFICACION

ESTADO: **VALIDA**



P-2703000-4000000-F-IDENTIFICACION PERSONAL

BOYACA 1 0072000

Sóloamente encontraremos libertad en la verdad de todos nuestros actos

Notaría Quinta del Circulo de Bucaramanga

Dr. Fernando Mendoza Ardila

Calle 34 No. 19-29 - Telefax (PBX) : 308181 - Bucaramanga  
Correo internet: Notariaq@multinet.com.co

REPUBLICA



DE COLOMBIA

ESTE REGISTRO CIVIL  
TIENE VALIDEZ PERMANENTE

El Suscrito Notario Certifica:

08 de Noviembre

Que en el REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO, correspondiente al día:

de 1993

Bajo Serial No.

21069289

Se halla inscrita el acta

de Nacimiento de

ANDREA KATHERINE PAUL SANCHEZ

Sexo: FEMENINO

Nacido(a) en Bucaramanga, el día

15 de Octubre de 1993

Padre:

PAUL MORENO CAMILO

Madre:

SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNELLY

Los demás datos se omiten por expresa prohibición del Artículo 115 de Decreto Ley 1260 de 1978  
(Exenta de Impuesto de Timbre: Ley 2a. de 1976)

El presente certificado constituye **PLENA PRUEBA DEL ESTADO CIVIL**

Bucaramanga

15 ENE 1998

El Notario,

DR. FERNANDO MENDOZA ARDILA



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.097.115.104**

**QUIÑONES PAUL**

APELLIDOS

**VALERIN ANDREA**

NOMBRES

*valerin Quiñones P*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-2012**

**BUCARAMANGA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**18-FEB-2030**

FECHA DE VENCIMIENTO

**08-MAR-2019 BUCARAMANGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+**

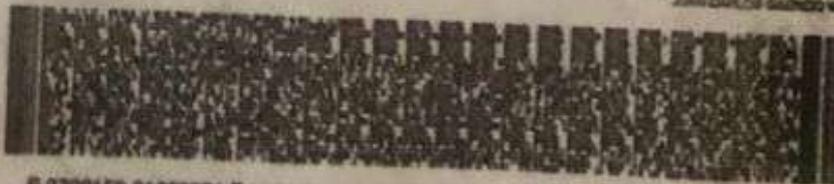
G S RH

**F**

SEXO

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
www.dni.gov.co



F-2700150-01000274-F-1097115104-20190722

0066705392A 1

1536381323



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

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 52516924

NUM? 1097115104

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora  Nueva  Número 07 Concedido  Corregimiento  Inspección de Policía  Código Q S E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: QUIÑONES Segundo Apellido: PAUL

Nombre(s): VALERIN ANDREA

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes FEB Día 18 Sexo (en letras): Femenino Grupo sanguíneo: O Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipos de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo: 109015961-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PAUL SANCHEZ ANDREA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número): CC NRO. 1.098.747.385 DE BUCARAMANGA Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUIÑONES CHACON HECTOR LUIS

Documento de identificación (Clase y número): CC NRO. 1.095.908.769 DE GIRON Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PAUL SANCHEZ ANDREA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número): CC NRO. 1.098.747.385 DE BUCARAMANGA Firma: *Katherine Paul*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: [Redacted]

Documento de identificación (Clase y número): [Redacted]

Firma: [Redacted]

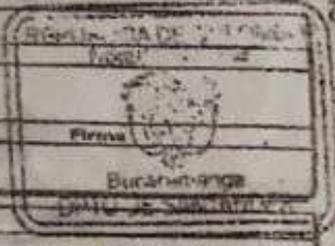
Bucaramanga

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: [Redacted]

Documento de identificación (Clase y número): [Redacted]

Firma: [Redacted]



28 FEB 2012

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

63.486.849  
SANCHEZ

MINNELLY



Nombre y firma del funcionario que autoriza: HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el registro: HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Bucaramanga, 9 de mayo de 2023



Señores

**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**

E. S. D.

<b>REFERENCIA:</b>	OTORGAMIENTO PODER
<b>PROCESO:</b>	RECLAMACIÓN DIRECTA - RCE
<b>AFECTADOS:</b>	ELIANA MINNELLY SANCHEZ SANCHEZ
<b>FECHA SINIESTRO:</b>	24 DICIEMBRE 2019
<b>PLACA VEHICULO ASEGURADO:</b>	SUE525
<b>NÚMERO DE PÓLIZA:</b>	AA067055

**ELIANA MINNELLY SANCHEZ SANCHEZ**, víctima directa del accidente de tránsito, mayor de edad, vecina de Bucaramanga (Stder), identificada como aparece al pie de su correspondiente firma, a Ustedes respetada compañía de seguros, manifiesto que otorgo **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al abogado **ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ**, mayor de edad, domiciliado en Bucaramanga (Stder), identificado con la CC. N° 1.098.730.449 expedida en Bucaramanga (Stder), abogado en ejercicio de la profesión, titular de la TP. N° 309.701 expedida por el C.S. de la J; para que, entable ante su honorable despacho **RECLAMACION DE INDEMNIZACIÓN INTEGRAL** por los **DAÑOS MATERIALES E INMATERIALES** causados en el accidente de tránsito ocurrido el día 24 de diciembre del 2019 en la calle 30 Frente al # 8A - 16 de la localidad de las Hamacas - Bucaramanga (Stder).

Nuestro apoderado cuenta con las facultades necesarias para el ejercicio del presente, en especial las de radicar reclamación directa, allegar actos de investigación, recibir notificaciones del caso, notificarse en nuestro nombre cuando se requiera, recibir la indemnización integral, transigir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir, conciliar y todas aquellas que tienden al fiel cumplimiento del presente mandato de conformidad con los art. 73 y ss. del C.G.P.

Sírvase, reconocerle personería adjetiva a mi apoderado en los términos y para los efectos del poder conferido.

Otorgo,

*Eliana Minnelly Sánchez Sánchez*

**ELIANA MINNELLY SANCHEZ SANCHEZ**  
C.C. N° 63.486.849 de Bucaramanga (Stder)

Acepto,

*Enayder Javier Vanegas Jiménez*  
**ENAYDER JAVIER VANEGAS JIMÉNEZ**  
C.C. No. 1.098.730.449 de Bucaramanga  
T.P. No. 309.701 del C.S. de la J.



**Notaria Tercera** 9012.477491e5  
Bucaramanga(Stder)

**DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO**  
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Ante la Notaria Tercera del Circulo de Bucaramanga Sder.  
compareció:

**SANCHEZ SANCHEZ ELIANA MINNELLY**  
Identificado con C.C. 63486849

Y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y que su contenido es cierto. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Cod Verificación: hnzzi

Bucaramanga Stder., 2023-05-09 14:07:44

*x Eliana Sánchez*  
FIRMA

*Amparo Martínez Jerez*  
AMPARO MARTINEZ JEREZ  
NOTARIA TERCERA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA



RESPONSABLE  
*[Signature]*  
FIRMA



**ESPACIO EN BLANCO**

**ESPACIO EN BLANCO**



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ELIANA	MINNELLY	SANCHEZ	SANCHEZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
SANTANDER		BUCARAMANGA	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------------------	-----------	-------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 63486849

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación			2.2 Fecha de la Certificación		
ESE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN CAMILO			Año	Mes	Día
			2023	9	26
2.3 Tipo de Entidad Valoradora			2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI			890200500		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	45.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	25.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b280.2 b770.1 b780.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s7501.271 s7502.271

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d640.2 d879.3



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANA YIVE NIÑO FUENTES	Psicología	CC-37746807
ZULMA YOLIMA ZAMBRANO MARIÑO	Terapia ocupacional	CC-52193056
CESAR ENRIQUE ESPARZA DIAZ	Medicina	CC-91248403



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.*