



211 Folios



2023-000-000-000-12959-RE



3104766583

wilsoncasta43@gmail.com

Iadica: VECORDOBA Destino: GRSANCHEZ lun 04 dic 2023 08:09:46 -05

Asesores Jurídicos

Medellín, diciembre de 2023

Señores

**CENTRO DE CONCILIACIÓN PERSONERÍA DISTRITAL DE MEDELLÍN.  
E.S.M**

<b>REFERENCIA:</b>	SOLICITUD AUDIENCIA DE CONCILIACION INDENMIZACION DE DAÑOS Y PERJUICIOS (virtual)
<b>CONVOCANTES:</b>	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA y OTROS.
<b>CONVOCADOS:</b>	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C y OTROS
<b>ASUNTO:</b>	PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE CONCILIACION (virtual)

**WILSON ENRIQUE CASTAÑO PUERTA** identificado con la cedula de ciudadanía N°. 15.534.003 de Andes – Antioquia, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional de abogado N°. 264.963 del C.S de la Judicatura actuando como apoderados de **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137, en calidad de víctima directa (lesionado), actuando en representación de su hijo menor de edad **SANTIAGO ZULUAGA MORALES**, identificado con tarjeta de identidad N°. 1.037.974.082, **YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES**, identificada con cedula de ciudadanía N°1.001.526.411, y **DIANA MARCELA ZULUAGA MORALAES** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.001.526.358, en calidad de víctimas indirectas, mediante el presente escrito, presentamos **SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN** por los daños y perjuicios, previo a la presentación de la demanda verbal de mayor cuantía a título de responsabilidad civil extracontractual, con ocasión de los hechos ocurridos en accidente de tránsito el pasado 07 de agosto de 2019, en la vía que conduce del municipio de Cocomá a la ciudad de medellin, más exactamente en el sector del puente la milagrosa, cuando a eso de las 09:45 de la mañana se presentó un lamentable accidente de tránsito donde resultara lesionado el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** en calidad de conductor de la moto de placas LXH03E. Realizo la presente solicitud de conciliación. con la finalidad que se indemnice integralmente los daños y perjuicios tanto patrimoniales como extramatrimoniales de los convocantes de conformidad con los hechos y pretensiones que a continuación se exponen.

### I. PARTES

#### CONVOCANTES:

- ✓ **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137, de Cocomá Antioquia.
- ✓ **SANTIAGO ZULUAGA MORALES**, menor de edad, identificado con tarjeta de identidad N°. 1.037.974.082 de Cocomá Antioquia, representado por su padre.
- ✓ **YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES**, identificada con cedula de ciudadanía N°1.001.526.411 de Cocomá Antioquia.
- ✓ **DIANA MARCELA ZULUAGA MORALAES** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.001.526.358 de Cocomá Antioquia.

#### CONVOCADOS:

- ✓ **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.036.958.656, conductor del vehiculo de servicio particular de placas KAQ345 al momento de los hechos.

- ✓ **RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA** identificado con cedula de ciudadanía N°15.424.935, propietario del vehículo de servicio particular de placas KAQ345 al momento de los hechos.
- ✓ **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C.**, identificada con Nit: 860028415-5, entidad aseguradora del vehículo de servicio particular de placas KAQ345 al momento de los hechos.

## II. HECHOS O SUPUESTOS FÁCTICOS

1. El señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137, de Cocomá Antioquia, nació el día 22 de mayo de 1976, en el Municipio de Cocomá Antioquia, actualmente convive con sus hijos **SANTIAGO ZULUAGA MORALES**, identificado con tarjeta de identidad N°: 1.037.974.082, **YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES**, identificada con cedula de ciudadanía N°1.001.526.411, y **DIANA MARCELA ZULUAGA MORALAES** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.001.526.358.

### Hecho

2. El pasado 07 de agosto de 2019, en la vía que conduce del municipio de Cocomá a la ciudad de medellin, más exactamente en el sector del puente la milagrosa, a eso de las 09:45 de la mañana, se presentó el lamentable accidente de tránsito donde resultara lesionado el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137, cuando conducía la moto de placas LXH03E, accidente que le dejó secuelas de carácter permanente.
3. El hecho sucedió al ser colisionado por el vehículo de servicio particular de placas KAQ345, el cual era conducido al momento de los hechos por el señor **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.036.958.656, cuyo propietario del vehículo al momento de los hechos es el señor **RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA** identificado con cedula de ciudadanía N°15.424.935, vehículo que contaba con una póliza de responsabilidad civil extracontractual al momento de los hechos con **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C** identificada con Nit: 860028415-5.
4. Para el momento del accidente, el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, desempeñaba como oficial de construcción, por lo que sus ingresos ascendían a un salario mínimo legal mensual vigente, es decir a \$828.116 pesos m/cte.
5. El día de accidente, acudió al sitio la autoridad competente y realizó el correspondiente informe policial de accidente de tránsito (IPAT), en donde consignó la información de los vehículos, conductores y las personas lesionadas, puntos de impacto, daños materiales y el dibujo topográfico de la posición final de los vehículos involucrados. *(ver IPAT, documentos y álbum fotográfico)*.
6. El 01 de agosto de 2020, en audiencia contravencional de tránsito el señor **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.036.958.656 conductor del vehículo de servicio particular de placas KAQ345, fue declarado contravencionalmente responsable del accidente bajo resolución N° 063, por infringir los artículos 55, 60, 61 y 74 del código nacional de tránsito *(ver resolución anexa)*.

### Daño

7. Como consecuencia del accidente, el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, fue atendido por urgencias en la **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** del municipio de Cocomá Antioquia, posteriormente fue remitido a la **CLÍNICA SOMER S.A** del municipio de Rionegro Antioquia, que como

resultado de dicha lesión fue diagnosticado con **(S730) luxación de cadera, (S626) fractura de otro dedo de la mano, (M758) otras lesiones del hombro, (G563) lesión del nervio radial, (S835) esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla**, diagnósticos que le han dejado como secuela la luxación posterior de la cadera izquierda, la fractura del falange media de 4to dedo de la mano izquierda, es decir el dedo anular, con deformidad y la limitación total funcionalidad con dolor crónico, así mismo dolor crónico en su rodilla izquierda para para realizar deferentes actividades cotidianas. Es decir, se produjo una afectación grave sobre su cuerpo de carácter permanente, que lo tiene afectado no solo físicamente sino emocionalmente además de los cambios en su vida exterior.

8. Debido a la grave lesión sufrida por el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, el pasado 09 de septiembre de 2020, fue calificado su estado de invalidez de conformidad con el decreto 1507 del 2014 (Manual Único para la Calificación de la Invalidez), valoración que dio como resultado el 15.4% de pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
9. Paralelamente, la fiscalía 114 local del Municipio de Cocomá Antioquia, abrió noticia criminal por el delito de lesiones personales culposas en contra del señor **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.036.958.656 identificado con cedula de ciudadanía N° 70.906.088, investigación con número SPOA: 056156099153202000200.
10. Como consecuencia de los hechos anteriormente narrados, a mis poderdante se les causaron unos perjuicios tanto **patrimoniales** como **extrapatrimoniales**, que están circunscritos a la esfera de lo económico y lo sentimental, en esta ocasión al señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** en calidad de víctima directa, se le causo un perjuicio patrimonial, a título de **lucro cesante consolidado y futuro**, entendido este como la ganancia o utilidad cierta en la que se verá privado de percibir, en razón a que no podrá desarrollar las actividades laborales y económicas de construcción de manera óptima que antes ejercía que por razones de su estado de invalidez, dejara de percibir un crecimiento patrimonial que habría podido obtener de no haberse producido el daño, llevándolo a sufrir la frustración de no obtener un determinado beneficio económico para él y su familia. Perjuicio que se cuantifica en razón a pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 15,4%, dicho perjuicio se cuantifico de conformidad con los siguientes parámetros para su reconocimiento.
  - I. Se tomó para efectos de liquidar el presente perjuicio a favor del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** (lesionado), la fecha del accidente 07 de agosto de 2019, la edad al momento de los hechos el cual tenía 43 años, al igual que su expectativa de vida representada en 38.0 años, es decir, una vida probable de 456.0 meses de conformidad con la resolución 1555 de 2010 "Por medio de la Cual se Actualizan las Tablas de Mortalidad de Rentistas Hombres y Mujeres". Expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia".
  - II. El estado de invalidez o porcentaje de pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 15.4% conformidad con el Decreto 1507 del 2014.
  - III. El salario básico devengado por **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** al momento del accidente, el cual correspondía a un salario mínimo legal mensual vigente para el año del accidente el cual asciende a (\$828.116), a estos ingresos se les descuenta el 15,4% representados en la pérdida de capacidad laboral y ocupacional, quedando un total de (127.861) como ingreso base de liquidación para cuantificar el presente perjuicio.
  - IV. Para el cálculo del **lucro cesante consolidado**: se tuvo en cuenta la fecha de ocurrencia del accidente (07 de agosto de 2019) hasta el día de liquidación de la presente conciliación (24 de noviembre de 2023). El **lucro cesante consolidado** corresponde a la cantidad de dinero dejado de percibir por la víctima directa o reclamante

desde el momento en que se produjo el daño, hasta el momento en que se efectúa la liquidación, estas sumas deben actualizarse aplicando el índice de precios al consumidor (IPC) mensual hasta la fecha de cálculo y a ese monto actualizado se le aplica el interés puro del 6% durante el respectivo periodo.

- V. Para el cálculo del **Lucro Cesante Futuro**, se tuvo en cuenta la fecha del periodo de liquidación de la acción (24 de noviembre de 2023) hasta la expectativa de vida de la víctima o periodo indemnizable. El lucro cesante futuro corresponde a la cantidad de dinero que se dejara de percibir desde el momento en que se efectúa la liquidación hasta la finalización del periodo indemnizable. Para su cálculo se toma el valor de las sumas mensuales y las trae a valor presente a la fecha de valoración aplicando una tasa de interés puro del 6% de acuerdo con el número de mesadas por indemnizar.

Para un total cuantificados del **lucro cesante consolidado y futuro** a favor del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** un valor equivalente a **\$30'057.838 (treinta millones cero cincuenta y siete mil ochocientos treinta y ocho pesos m/cte)**, liquidados de la siguiente manera:

LIQUIDACIÓN LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	
INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE	
Nombre	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA
Calidad	Victima directa lesionado
Documento de Identidad	70.385.137
Género	Masculino
Condición	Valida
Fecha de Nacimiento	22-may.-76
Fecha de Ocurrencia	07-ago.-19
Fecha de Liquidación	24-nov.-23
Consecuencia	Incapacidad permanente
Ingresos Mensuales	\$ 828.116
Incapacidad permanente del 15,4%	\$ 127.861
No. de Personas reclamantes	1
Ingreso Base de Liquidación por persona	\$ 127.861
INFORMACIÓN DEL EVENTO	
Fecha de Nacimiento	22-may.-76
Fecha de Ocurrencia	07-ago.-19
Edad al Momento de la Enfermedad	43
Expectativa de vida (Resolución 1555 de 2010)	38,0
Vida Probable (Meses)	456,00
Interés Mensual (6% Anual)	0,004867

Lucro Cesante Consolidado	
$S = Ra \times \frac{(1+i)^n - 1}{i}$	$S = Ra \times \frac{(1+0,004867)^n - 1}{0,004867}$
	$S = 58,4540$
R <sub>h</sub> : Renta Histórica R <sub>a</sub> : Renta actualizada n= Período Indemnizable en meses i= (Interés Mensual)	
Fecha de Ocurrencia	07-ago.-19
Fecha de Liquidación	24-nov.-23
Meses a Liquidar	51,6
Base para liquidación	127.861
	58.4540
<b>Total Lucro Cesante Consolidado</b>	<b>\$ 7.473.996</b>
Lucro Cesante Futuro	
$S = Ra \times \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$	$S = Ra \times \frac{(1+0,004867)^n - 1}{0,004867(1+0,004867)^n}$
	$S = 176,627924$
R <sub>h</sub> : Renta Histórica R <sub>a</sub> : Renta actualizada n= Período Indemnizable en meses i= (Interés Mensual) IPC: (Índice de Precios al Consumidor)	
Fecha de Ocurrencia	07-ago.-19
Fecha de Liquidación	24-nov.-23
Meses a Liquidar (MENOS) el No. De meses que se liquidaron en el Lucro Cesante Consolidado)	404,4
Base para liquidación	127.861
	176.6279

TOTAL PERJUICIOS PATRIMONIALES	
LUCRO CESANTE CONSOLIDADO	\$ 7.473.996
LUCRO CESANTE FUTURO	\$ 22.583.842
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 30.057.838</b>

11. Como consecuencia del accidente, al núcleo familiar del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** lesionado, se le causo un perjuicio extrapatrimonial a título de **daño moral subjetivo** por toda la tristeza, congoja, sufrimiento que ha dejado las secuelas del accidente a ver su estado de invalidez que hoy en día presenta de carácter permanente, toda vez, que presenta dolores a nivel de rodilla izquierda, cadera y la deformidad y pérdida funcional del 4to dedo (anular) de su mano izquierda, estado de invalidez que ha trascendido a su salud física y emocional y a toda su familia, siendo su situación actual muy diferente a la de antes, ya ha perdido la fuerza de agarre de su mano con dificultad para realizar sus labores cotidianas. Es por ello, que los daños morales a esta unidad familiar son notorios evidenciado un perjuicio cuantificado en **80 SMLMV** equivalentes a **\$66.089.280 (sesenta y seis millones cero ochenta y nueve mil doscientos ochenta pesos m/cte)**, divididos en su grupo familiar, los cuales se cuantifican de la siguiente manera.

**DAÑO MORAL AL NUCLEO FAMILIAR DEL LESIONADO  
JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**

SMMLV (AÑO 2019)	\$ 826.116
------------------	------------

DAÑO MORAL				
Demandante	Parentesco	Cantidad		Valor Actual
JORGE EMILIO ZULAGA ZULUAGA	Lesionado	20	SMMLV	\$ 16.522.320
SANTIAGO ZULUAGA MORALES	hijo	20	SMMLV	\$ 16.522.320
YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES	Hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES	Hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
<b>TOTAL</b>		<b>80</b>	<b>SMMLV</b>	<b>\$ 66.089.280</b>

12. De igual manera el accidente, le ha causado al grupo familiar del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** una afectación en todas las esferas de la vida exterior a título de daño a la vida en relación, en el entendido, que la lesión que sufrió les ha cambiado su modo de vivir, no pudiendo realizar actividades que anteriormente le eran cotidianas realizar en familia y que hacían parte de su desarrollo grupal y social. Como también se han visto afectada su familia al no poder disfrutar momentos o actividades sociales con su padre. Es así, como se ha generado una afectación grave a las condiciones de existencia en todo su núcleo familiar socavando su esfera vivencial. Es por ello, que los cambios en su vida exterior a esta unidad familiar son notorios evidenciado un perjuicio cuantificado para la víctima directa como para las indirectas en **80 SMLMV** equivalentes a **\$66.089.280 (sesenta y seis millones cero ochenta y nueve mil doscientos ochenta pesos m/cte)**, divididos en su grupo familiar, los cuales se cuantifican de la siguiente manera.

**DAÑO A LA VIDA RELACION NUCLEO FAMILIAR DEL LESIONADO  
JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**

SMMLV (AÑO 2019)	\$ 828.116
------------------	------------

DAÑO A LA VIDA RELACION				
Demandante	Parentesco	Cantidad		Valor Actual
JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	Lesionado	20	SMMLV	\$ 16.522.320
SANTIAGO ZULUAGA MORALES	Hijo	20	SMMLV	\$ 16.522.320
YENIFER ZULUAGA NORALES	Hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES	hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
<b>TOTAL</b>		<b>80</b>	<b>SMMLV</b>	<b>\$ 66.089.280</b>

**Nexo causal.**

13. Por los hechos anteriormente descriptos, surge la responsabilidad del señor **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.036.958.656, quien despliega la conducta negligente y contraria a las normas de tránsito, en sus artículos 55, 60, 61 y 74. Toda vez que este, no tomo las medidas necesarias para evitar el accidente, por lo que llevo su vehiculo a invadir el carril por donde se desplaza la moto, lo que conlleva a que arrollara a los tripulantes de la moto, como quedo evidenciado en las

circunstancias de tiempo modo y lugar, puntos de impacto y versiones de los implicados. Es por ello, que le recae la obligación de indemnizar a dicho conductor a la víctima directa e indirectas por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados en el siniestro.

14. Le asiste la responsabilidad y se encuentra en la obligación de indemnizar de manera solidaria los daños y perjuicios patrimoniales como extrapatrimoniales sufridos por las víctimas, en cabeza del señor **RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA** identificado con cedula de ciudadanía N°15.424.935 en calidad de propietario del vehículo particular de placas KAQ345, quien tendría la guarda, manejo y control del vehículo, siendo estos los motivos que lo vincula al proceso. *(ver tarjeta de propiedad, historial vehicular).*
15. Así mismo, recae la responsabilidad de indemnizar a la compañía la compañía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C** identificada con Nit: 860028415-5, toda vez que, al momento del accidente el vehículo particular de placas KAQ345 se encontraba bajo un contrato vigente de responsabilidad civil extracontractual, trasladándose entonces el riesgo con ocasión a los daños que el vehículo pudiere ocasionar a terceros. Es por ello que, con la ocurrencia del siniestro el cual se encontraba amparado, surge en cabeza de esta, la obligación de reparar las víctimas directas e indirectas por los daños y perjuicios tanto patrimoniales y extrapatrimoniales ocasionados. Así mismo, como su vinculación en acción directa de conformidad con el artículo 1133 de código de comercio el cual obliga a reparar a las víctimas dentro de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales, siempre que se encuentre probado el siniestro a cambio de una prima por lo que debe entenderse que esta asumió el riesgo.

### III. PRETENSIONES

Se solicita se reconozca a favor de la víctima directa como indirectas, la suma total de **\$162'236.398 (ciento sesenta y dos millones doscientos treinta y seis mil tres noventa y ocho pesos m/cte)** los cuales podrán ser conciliados.

#### Por perjuicios patrimoniales.

1. En la modalidad de **lucro cesante consolidado y futuro**, la suma de **\$30'057.838 (treinta millones cero cincuenta y siete mil ochocientos treinta y ocho pesos m/cte)**, liquidados de la siguiente manera a favor del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**.

TOTAL PERJUICIOS PATRIMONIALES	
LUCRO CESANTE CONSOLIDADO	\$ 7.473.996
LUCRO CESANTE FUTURO	\$ 22.583.842
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 30.057.838</b>

**Por perjuicios extrapatrimoniales.**

2. En la modalidad de **daños morales**, la suma de (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes, equivalentes a **\$66.089.280 (sesenta y seis millones cero ochenta y nueve mil doscientos ochenta pesos m/cte)**, en razón a la afectación al núcleo familiar por las lesiones sufridas por el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, divididos en su grupo familiar, los cuales se cuantifican de la siguiente manera.

SMMLV (AÑO 2019)	\$	826.116
------------------	----	---------

DAÑO MORAL				
Demandante	Parentesco	Cantidad		Valor Actual
JORGE EMILIO ZULAGA ZULUAGA	Lesionado	20	SMMLV	\$ 16.522.320
SANTIAGO ZULUAGA MORALES	hijo	20	SMMLV	\$ 16.522.320
YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES	Hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES	Hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
TOTAL		80	SMMLV	\$ 66.089.280

3. En la modalidad de **daño a la vida relación**, la suma de (80) salarios mínimos legales mensuales vigentes, equivalentes a **\$66.089.280 (sesenta y seis millones cero ochenta y nueve mil doscientos ochenta pesos m/cte)**, en razón a los cambios a la vida exterior del núcleo familiar por las lesiones sufridas del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, divididos en su grupo familiar, los cuales se cuantifican de la siguiente manera.

SMMLV (AÑO 2019)	\$	828.116
------------------	----	---------

DAÑO A LA VIDA RELACION				
Demandante	Parentesco	Cantidad		Valor Actual
JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	Lesionado	20	SMMLV	\$ 16.522.320
SANTIAGO ZULUAGA MORALES	Hijo	20	SMMLV	\$ 16.522.320
YENIFER ZULUAGA NORALES	Hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES	hija	20	SMMLV	\$ 16.522.320
TOTAL		80	SMMLV	\$ 66.089.280

**IV. FUNDAMENTOS JURIDICOS Y DE DERECHO**

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 2220 de 2022
- Ley 769 de 2002 (código nacional de tránsito y transporte).
- Código civil. Arts. 1613, 1614, 2341, 2344 y S.S

Invoco como fundamentos de derechos los artículos 1613, 1614, 2341, y siguientes del Código Civil, Art 991 del Código de comercio. Especialmente el artículo 1080 del código de comercio, y la Ley 769/2002 (Código Nacional de Tránsito), artículo 368 y siguientes del **CODIGO GENERAL DEL PROCESO** y la Ley 446 de 1998, artículo 16.

Surge la responsabilidad civil, en términos de que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a ella—la víctima la reparación integral<sup>1</sup> de los perjuicios y obtener el pago de la correspondiente indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido, tal como lo preceptúa el artículo 2341 del código civil colombiano.

De igual manera, es indisputable que tratándose de responsabilidad por el daño causado en ejercicio de actividades peligrosas (art 2356 C.C), como es la conducción de automotores, está llamado a responder el conductor del vehículo, y quien está en la obligación de reparar el daño ocasionado dentro del régimen de la responsabilidad objetiva, en el entendido de que la demandada ejerce la administración del vehículo y la calidad de guardián (la que se presume en el propietario), en estos términos la responsabilidad de los perjuicios ocasionados recae sobre el propietario y conductor del vehículo y en efecto la obligación de indemnizar, sumándose a la misma la empresa la cual se encontraba afiliado el rodante para el momento del siniestro, toda vez que esta ejerce la explotación económica de manera directa e ininterrumpida, misma que le genera renta e utilidad, siendo este el motivo que la vincula por pasiva dentro del presente proceso.

### **REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL**

En cuanto al daño moral se tiene que en múltiples providencias los mismos han sido reconocidos, dependiendo de las características propias de cada demandante, entre estos se tiene la Sentencia de la **Corte Suprema de Justicia, del 17 de noviembre de 2011, ref. 11001-31-03-018-1999-00533-01, M.P. William Namén Vargas**, del cual se tiene que el daño moral no admite indexación, se trata de un ajuste al monto de la reparación de la lesión, como criterio de referencia o guía a los funcionarios judiciales, veamos:

En lo tocante al daño moral reclamado en suma equivalente a unos mil gramos oro para cada demandante, la Corte de tiempo atrás, ha dicho:

*"2. El daño moral, configura una típica especie de daño no patrimonial consistente en quebranto de la interioridad subjetiva de la persona y, estricto sensu, de sus sentimientos y afectos, proyectándose en bienes de inmesurable valor, insustituibles e inherentes a la órbita más íntima del sujeto por virtud de su detrimento directo, ya por la afectación de otros bienes, derechos o intereses sean de contenido patrimonial o extrapatrimonial.*

*"El ordenamiento jurídico en cuanto base estructural indisociable de un orden justo, la paz, la justicia y la armónica convivencia en la vida de relación, encuentra por centro matriz al sujeto de derecho, sea físico, ora jurídico, dotado de personificación normativa, derechos e intereses, libertades, garantías, y deberes.*

*"El sujeto iuris, es summa de valores disímiles dignos de reconocimiento y tutela, cuya lesión entraña la responsabilidad de quien lo causa, o sea, el deber legal de repararlo.*

*"De acuerdo con una opinión jurisprudencial bastante difundida, el daño podrá recaer sobre bienes susceptibles per se de evaluación pecuniaria inmediata u objetiva o respecto de 'intereses que según la conciencia social no son susceptibles de valorización económica' (C. M. Bianca, Diritto civile, vol. 5, La responsabilità (1994), reimpression, Milan, Giuffrè, 1999, p. 166), esto es, afectar valores vitales, consustanciales, immanentes e intrínsecos del sujeto, inherentes a su personalidad y esfera afectiva, ora extrínsecos y externos al mismo, es decir, ostentar naturaleza material (Dommages matériels), ora inmaterial (Dommages immatériels), bien patrimonial (Vermögensschaden), ya extrapatrimonial (nicht Vermögensschaden).*

*"A dicho propósito, 'el daño a la persona', ciertamente se proyecta en 'un desmedro a la integridad física o mental, o en injuria al honor, la libertad o la intimidad, susceptible de traducirse en consecuencias patrimoniales, de proyectarse en*

**1 CÓDIGO CIVIL - ARTICULO 1613. <INDEMNIZACION DE PERJUICIOS>**. La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provenga de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento.

Exceptúense los casos en que la ley la limita expresamente al daño emergente.

**CÓDIGO CIVIL - ARTICULO 1614. <DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE>**. Entiéndese por daño emergente el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento.

quebrantos en la vida de relación y de repercutir en el equilibrio sentimental del sujeto' (cas. civ. sentencia de abril 4 de 1968, G.J. t. CXXIV, pág. 58).

"Exactamente, ha dicho la Corte, el daño a los bienes, derechos, valores e intereses de la persona 'puede repercutir en el patrimonio de la misma... y también manifestarse en quebrantos transitorios o definitivos, más o menos graves, en la vida de relación del sujeto, e incluso proyectarse en sus sentimientos' (cas. civ. sentencia de abril 4 de 1968, G.J. t. CXXIV, pág. 58), siendo el primero "expresiones características del perjuicio que reviste naturaleza eminentemente patrimonial, en los términos en que han sido descritos por los artículos 1613 y 1614 del Código Civil", el segundo, "es el denominado daño a la vida de relación, que se traduce en afectaciones que inciden en forma negativa sobre su vida exterior, concretamente, alrededor de su '... actividad social no patrimonial ...', como se lee también en el citado fallo" y, el último, "se identifica con la noción de daño moral, que incide o se proyecte en la esfera afectiva o interior de la persona, al generar sensaciones de aflicción, congoja, desilusión, tristeza, pesar, etc." (cas. civ. sentencia 13 de mayo de 2008, SC-035-2008, exp. 11001-3103-006-1997-09327-01). (...)

"3. El daño moral, en sentido lato, esté circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto, 'que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo' (cas. civ. sentencia 13 de mayo de 2008, SC-035-2008, exp. 11001-3103-006-1997-09327-01), de ordinario explicitado material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena, angustia, zozobra, perturbación anímica, desolación, impotencia u otros signos expresivos, concretándose en el menoscabo 'de los sentimientos, de los afectos de la víctima, y por lo tanto, en el sufrimiento moral, en el dolor que la persona tiene que soportar por cierto evento dañoso' (Renato Scognamiglio, voz *Danno morale*, en *Novissimo Digesto italiano*, vol. V, Turin, Utet, 1960, p. 147; ID., *Il danno morale*, Milano, 1966; *El daño moral- Contribución a la teoría del daño extracontractual*, trad. esp. Fernando Hinastrosa, Universidad Externado de Colombia, Antares, Bogotá, 1962, pp.14 ss.), o sea, son daños pertenecientes al ámbito de los padecimientos del ánimo, las sensaciones, sentimientos, sensibilidad, aptitud de sufrimiento de la persona y por completo distintos de las otras especies de daño.

"En efecto, el daño moral, aún en la hipótesis de provenir de la lesión concurrente de otros intereses, por ejemplo, los derechos de la personalidad, la salud e integridad, es una entidad separada e independiente, cuyo resarcimiento es diferente, al tratarse recta y exclusivamente, del detrimento experimentado por el sujeto en su aspecto interior, afectivo y sentimental, sin comprender su órbita exterior, proyecto, calidad de vida, actividad o desarrollo vivencial.

"En sentido análogo, su reparación es singular e individual y no se contiene en la de otros daños, respecto de los cuales se distingue por su especificidad al recaer únicamente en los sentimientos y afectos, a consecuencia del quebranto de derechos, intereses o valores de naturaleza, ya patrimonial, bien no patrimonial, con los cuales no se confunde.

"Un problema distinto se plantea a propósito de la reparación del daño no patrimonial, y en particular del moral (...)

## **REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES PERSONALES**

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas. Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos:

Deberá verificarse la gravedad o levedad de la lesión causada a la víctima directa, la que determinará el monto indemnizatorio en salarios mínimos. Para las víctimas indirectas se asignará un porcentaje de acuerdo con el nivel de relación en que éstas se hallen respecto del lesionado, conforme al cuadro.

La gravedad o levedad de la lesión y los correspondientes niveles se determinarán y motivarán de conformidad con lo probado en el proceso.

**Nivel No. 1.** Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes). Tendrán derecho al reconocimiento de 100 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 80 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 60 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 40 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 20 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 10 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 2.** Donde se ubica la relación afectiva, propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos), obtendrán el 50% del valor adjudicado al lesionado o víctima directa, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se describe: tendrán derecho al reconocimiento de 50 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 40 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 30 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 20 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 10 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 3.** Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. Adquirirán el 35% de lo correspondiente a la víctima, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se indica: tendrán derecho al reconocimiento de 35 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 28 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 21 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 14 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 7 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 3,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 4.** Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. Se reconocerá el 25% de la indemnización tasada para el lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se señala: tendrán derecho al reconocimiento de 25 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 20 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 10 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 5 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 2,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior a 1% e inferior al 10%.

**Nivel No. 5.** Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). Se concederá el 15% del valor adjudicado al lesionado, de acuerdo con el porcentaje de gravedad de la lesión, como se presenta: tendrán derecho al reconocimiento de 15 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 50%; a 12 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 40% e inferior al 50%; a 9 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 30% e inferior al 40%; a 6 SMLMV si la gravedad de la lesión es igual o superior al 20% e inferior al 30%; a 3 SMLMV cuando la gravedad de la lesión sea igual o superior al 10% e inferior al 20% y, por último, a 1,5 SMLMV en los eventos en que la gravedad de la lesión sea igual o superior al 1% e inferior al 10%. La siguiente tabla recoge lo expuesto:

11

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
GRAVEDAD DE LA LESION	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Victima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de Consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

## V. JURAMENTO

Bajo juramento manifiestan mis poderdantes que no han presentado solicitud de conciliación por los mismos hechos.

## VI. PRUBAS Y ANEXOS

Acompaño a la presente solicitud de conciliación las siguientes pruebas y anexos

1. Poder debidamente conferido.
2. Copia cuenta de servicios
3. Certificado existencia y representación de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C.
4. Copia de la cedula de ciudadanía de JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA, identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137 (lesionado).
5. Copia de la tarjeta de identidad de SANTIAGO ZULUAGA MORALES, identificado con N° 1.037.974.082.
6. Registro civil de nacimiento de SANTIAGO ZULUAGA MORALES, (víctima indirecta).
7. Copia de la cedula de ciudadanía de DIANA MARCELA ZULUAGA MORALAES identificada con cedula de ciudadanía N° 1.001.526.358.
8. Registro civil de nacimiento de DIANA MARCELA ZULUAGA MORALAES (víctima indirecta).
9. Copia de la cedula de YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES, identificada con cedula de ciudadanía N°1.001.526.411.
10. Registro civil de nacimiento de YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES, (víctima indirecta).
11. Historia clínica de atención en la E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS del municipio de Cocomá Antioquia.
12. Historia clínica de atención de la CLÍNICA SOMER S.A del municipio de Rionegro Antioquia
13. Dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido el 09 de septiembre de 2020.
14. Informe policial de accidente de tránsito (IPAT) y dibujo topográfico del accidente de la inspección de policía y tránsito del municipio de Cocomá Antioquia.
15. Copia de la cedula del conductor de vehículo tipo moto de placas LXH03E
16. Copia de la licencia de conducción del conductor del vehículo tipo moto de placas LXH03E
17. Copia de tarjeta de propiedad del vehículo tipo moto de placas LXH03E
18. Copia de soat del vehículo tipo moto de placas LXH03E.
19. Copia de la tecnomecania del vehículo tipo moto de placas LXH03E.
20. copia de la prueba de embriaguez del conductor del vehículo tipo moto de placas LXH03E.
21. Copia de la cedula del conductor de vehículo particular de placas KAQ345
22. Copia de la licencia de conducción del conductor del vehículo particular de placas KAQ345 LXH03E
23. Copia de tarjeta de propiedad del vehículo particular de placas KAQ345
24. Copia de soat del vehículo particular de placas KAQ345.
25. Copia de la tecnomecania del vehículo particular de placas KAQ345.
26. copia de la prueba de embriaguez del conductor del vehículo particular de placas KAQ345
27. Álbum con (27) fotografías del lugar del accidente, puntos de impacto, posición final de los vehículos.
28. Historial del vehículo particular de placas KAQ345
29. Copia de la póliza de responsabilidad civil extracontractual del vehículo particular de placas KAQ345.
30. Copia de la diligencia de inspección ocular de los vehículos implicados en el accidente.
31. Versión libre del trámite contravencional que se llevó a cabo en la secretaría de transporte y tránsito del municipio de Cocomá Antioquia.
32. Fallo contravencional resolución N°. 063 del 01 de agosto de 2020, emitido por la inspección de policía y tránsito del municipio de Cocomá Antioquia.



3004760583

wilsoncasta43@gmail.com

Asesores Jurídicos

33. Copia de la denuncia penal por lesiones personales culposas con SPOA: 056156099153202000200 de la fiscalía 114 local del Municipio de Cocomá Antioquia.
34. Constancia de denuncia y/o investigación activa.

## **VII. NOTIFICACIONES**

### **CONVOCANTES:**

- ✓ **APODERADO:** En la calle 50 N° 46- 36, edificio Furatena - oficina 703 Medellín, teléfono 300 476 65 83, correo electrónico: [wilsoncasta43@gmail.com](mailto:wilsoncasta43@gmail.com)
- ✓ **VICTIMAS:** En la calle 17 # 20A - 18 apartamento 101 - (estrato 2) Cocomá Antioquia, correo:

### **CONVOCADOS:**

- ✓ **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cedula de ciudadanía N° 1.036.958.656, conductor del vehículo de servicio particular de placas KAQ345 al momento de los hechos, con domicilio en la calle 55 # 52 - 41 del municipio de Rionegro Antioquia, teléfono: 3226668800, correo: [simonquintero08@hotmail.com](mailto:simonquintero08@hotmail.com)
- ✓ **RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA** identificado con cedula de ciudadanía N°15.424.935, propietario del vehículo de servicio particular de placas KAQ345 al momento de los hechos, con domicilio en la carrera 49 # 63 - 42 del municipio de Rionegro Antioquia, se desconoce el correo electrónico de esta persona. 13
- ✓ **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C.** identificada con Nit: 860028415-5, entidad aseguradora del vehículo de servicio particular de placas KAQ345 al momento de los hechos, con domicilio en la Traversal 39B # 70 - 67 medellin, Antioquia, teléfono: 6044731112, 6044731388, 6044730251, 6044143330, correo: [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

Atentamente;

**WILSON ENRIQUE CASTAÑO PUERTA**

C.C 15'534.003 de Andes Antioquia

T.P. 264.963 del C.S de la J.



Asesores Jurídicos

Wilson Enrique Castaño Puerta.

Abogado

304-766583

wilsoncasta43@gmail.com

Señores

PERSONERIA DISTRITAL DE MEDELLIN ANTIOQUIA  
E.S.D.

<b>REFERENCIA:</b>	SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EN DERECHO
<b>CONVOCANTES:</b>	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA y OTROS
<b>CONVOCADOS:</b>	GUSTAVO ALFREDO GARCIA QUINTERO y OTROS.
<b>ASUNTO:</b>	OTORGAMIENTO DE PODER.

**JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137, en calidad de víctima directa (lesionado), actuando en nombre propio en representación de mi hijo menor de edad **SANTIAGO ZULUAGA MORALES**, identificado con número NIUP: 1.037.974.082, y **YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES**, identificada con cédula de ciudadanía N°1.001.526.411, **DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES** identificada con cédula de ciudadanía N° 1.001.526.358, en calidad de víctimas indirectas, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito le manifestamos a usted, que conferimos poder especial amplio y suficiente al **Dr. WILSON ENRIQUE CASTAÑO PUERTA** identificado con la cédula de ciudadanía N°. 15.534.003 de Andes – Antioquia, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional de abogado N°. 264.963 del C.S de la J, para que en nuestro nombre y representación presente **SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL EN DERECHO**, previo a la presentación de la demanda verbal de mayor cuantía a título de responsabilidad civil extracontractual, con ocasión de los hechos ocurrido en accidente de tránsito el pasado 7 de agosto de 2019, en la vía que conduce del municipio de Cocorná a la ciudad de medellin, más exactamente en el sector del puente la milagrosa, cuando a eso de las 09:45 de la mañana se presentó un lamentable accidente de tránsito donde resultara lesionado el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** identificado con cédula de ciudadanía 70.385.137 en calidad de conductor de la moto de placas LXH03E. Los hechos sucedieron al ser colisionado por el vehículo de servicio particular de placas KAQ345, el cual era conducido al momento de los hechos por el señor **SIMON QUINTERO ALZATE** identificado con cédula de ciudadanía N° 1.036.958.656, cuyo propietario al momento de los hechos es el señor **RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA** identificado con cédula de ciudadanía N°15.424.935, vehículo que cuenta con una póliza de responsabilidad civil extracontractual al momento de los hechos con la compañía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C** identificada con Nit: 0600284-15-5. Otorgamos el presente poder con el fin de presentar solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial en derecho ante las personas naturales y jurídica anteriormente mencionadas. Lo anterior, con miras a que se indemnice integralmente el total de los daños y perjuicios patrimoniales como extrapatrimoniales a las víctimas en el mencionado accidente.

El apoderado queda facultado para transigir, firmar el correspondiente contrato de transacción, firmar actas de conciliación, sustituir poder, reformar escrito de conciliación, recibir los dineros o títulos de la respectiva indemnización, documentos de pago, conciliar aun sin mi comparecencia y demás facultades legalmente otorgadas en virtud de la ley, sin que se puede manifestar que el poder es insuficiente.



Calle 50 # 46- 36, -Edificio Furatena Oficina 703

Medellín Colombia



Asesores Juridicos

Wilson Enrique Castaño Puerta.

Abogado

☎ 3004766583

✉ wilsoncasta43@gmail.com

Atentamente,

Jorge Zuluaga

JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA

C.C. N° 70.385.137 de Cocorná - Ant.

Yenifer Zuluaga

YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES

C. C. N° 1.001.526.411 de San Luis - Ant.

Marcela Zuluaga

DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES

C.C. N° 1.001.526.358 de San Luis - Ant.

Acepto

WILSON ENRIQUE CASTAÑO PUERTA

C.C N° 15.534.003

T.P 264.963 del C.S de la J.

2



Calle 50 # 46- 36, -Edificio Furatena Oficina 703

Medellin Colombia



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



**COD 2233**

En la ciudad de Cocomá, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el veinticuatro (24) de octubre de dos mil veintitres (2023), en la Notaría única del Circuito de Cocomá, compareció: DIANA MARCELA ZULUAGA MORALES, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1001526358 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Diana Marcela Zuluaga Morales*



0e58c80b56

24/10/2023 15:01:53

**2233-1**

----- Firma autógrafa -----

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

JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0070385137 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Jorge Emilio Zuluaga Zuluaga*



22c9041daf

24/10/2023 15:01:53

**2233-2**

----- Firma autógrafa -----

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

YENIFER VANESSA ZULUAGA MORALES, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1001525411 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Yenifer Vanessa Zuluaga Morales*



b9d2d68934

24/10/2023 15:01:53

**2233-3**

----- Firma autógrafa -----

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

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

Esta acta, que contiene la siguiente información OTORGAMIENTO DE PODER.



CÉSAR AUGUSTO SERNA MARTÍNEZ  
Notario Único del Circuito de Cocorná, Departamento de Antioquia  
Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>  
Número Único de Transacción: 0e58c80b56, 24/10/2023 15:04:46

Siempre queremos estar en contacto contigo

Actualiza tus datos ingresando a [www.epm.com.co](http://www.epm.com.co)

### Así puedes:



Mejorar tu experiencia de cliente



Acceder a nuestros servicios



Recibir información oportuna y por medios digitales



Autogestionar tus trámites

epm

\$129.905

Valor total a pagar

Factura octubre de 2023,  
**Contrato 9489241**

Pagar hasta el  
**25-oct-2023**

Referente de pago: 970537936-30  
Documento No: 136 2286433

El pago después de esta fecha generará intereses de mora

Cliente: Luz Marina Ocampo  
CC/NIT: 21658768

Dirección de cobro: CL 17 N 20A-18 APTO 101  
Cocorná - Antioquia Estrato 2 Cielo: 107  
190197100007042000-107-010701401



PARA USO INTERNO DE EPM

#### Resumen de facturación

▲ Incrementó ▼ Disminuyó ▬ Igual

	Consumos	Valor a pagar
Energía	121 kWh	\$ 49.711,84
	Cuentas Vendidas	\$ 53.496,00
	Otras entidades	\$ 16.996,09
	Ajuste al peso	\$ -0,04

Ver más detalles

Márvanos ahí más cerca de ti:  
Medellín (604) 4444115  
resto del país 018000415115

Línea ética: "Contacto Transparente" 018000522955 Exclusiva para denunciar actos indebidos.  
Consulta la oficina más cercana a tu residencia: en la línea 018000415115 o en la página web [www.epm.com.co](http://www.epm.com.co)

Puedes presentar tus reclamaciones en:  
Web <http://www.epm.com.co>  
(Sección Clientes y Usuarios)

Empresas Públicas de Medellín E.S.P NIT.890.904.996-1  
Avenida 5B #42-125 Edificio Inteligente  
Teléfono: (604)3808080

Grandes Contribuyentes - Res 012220 de 26/12/2022  
Autorretenedor Renta - Res 547 de 25/01/2002  
Autorretenedor ICA Medellín - Res 32038 de 22/12/2017

Métodos de Pago  
Máquinas de cadena Almacenes Éxito, Consumo, Cerulla, Surtimax  
Pago por ventanilla Entidades Bancarias Bancolombia a la mano - Corresponsal Bancario, BBVA, Banco de Bogotá, Scotiabank Colpatría, Davivienda-Corresponsal Bancario, Sudameris, Itaú, Banco de Occidente, Banco Popular  
Métodos de Pago Gana, PTM, Movired, Efecty, Súper Girox, Súper Efectivo, WinRed (CB Coofinap), Daviplata, Vica Pay  
Cooperativas Cotrafa, Confiar, Coofinap, CFA, CooSan Roque, CooSan Luis, Crearcoop, CooperCredito Entreríos, JopMaceo, Cooperativa León XIII Guatapé, CoopSuya.

Paga en línea:  
<http://facturaweb.epm.com.co>  
APP-EPM Estamos ahí



#### Información técnica

Energía: Agosto 2023 Operador epm - Dir. Oper. cámara 5B Nro 42 125 - Tel. Oper. (604)4444115 - 018000415115 - Nu. 190197100007042000 - Circuito: 219 - 11 - Transfer. 927931 - Grupo: 23 - Dia Gara: 21 61 - Flu Gara: 21 - Dia: 11.728 - Flu: 19 - Dec: 0 - Decf: 0 - M: 16 - Dt: 266.05 - T. Comp: 0 - Hc: 0 - Vc: 0

Esta presente factura presta mérito ejecutivo en virtud del artículo 130 de la Ley 142 de 1994 modificado por el artículo 18 de la Ley 689 de 2001. Si el pago es realizado en cheque, éste debe ser girado a favor de Empresas Públicas de Medellín E.S.P.

epm

Jorge Andrés Carrillo Cardona  
Representante legal

Empresas Públicas de Medellín E.S.P

De conformidad con el Decreto 2150 de 1996, la firma mecánica que aparece en esta continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales

Entidad que nos vigila Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios - SSPD Número único de registro 4-50010000-1 - [www.superservicios.gov.co](http://www.superservicios.gov.co)  
Entidades que nos regulan Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico CRA - [www.cra.gov.co](http://www.cra.gov.co) / Comisión de Regulación de Energía y Gas CREG - [www.creg.gov.co](http://www.creg.gov.co)

Total a pagar  
Contrato 9489241

\$129.905

Fecha de facturación 9/10/2023



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 2304131933074621**

Generado el 30 de noviembre de 2023 a las 14:53:49

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa "LA EQUIDAD GENERALES"**

**NIT: 860028415-5**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Cooperativa De Seguros. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 2948 del 24 de junio de 1970 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). bajo la denominación SEGUROS LA EQUIDAD ORGANISMO COOPERATIVO, quien podrá usar la denominación LA EQUIDAD

Escritura Pública No 0612 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 17 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su denominación social por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD"

Escritura Pública No 0991 del 01 de agosto de 2000 de la Notaría 17 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su denominación social por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación simplificada "LA EQUIDAD GENERALES"

Escritura Pública No 505 del 09 de julio de 2002 de la Notaría 17 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su denominación social por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, la cual podrá identificarse también con la denominación alternativa "LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES"

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 5588 del 01 de diciembre de 1987

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** El Presidente Ejecutivo es el representante legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, ejecutor de las decisiones de la Asamblea General y de la Junta de Directores y superior de todos los funcionarios. Será nombrado por la Junta de Directores por término indefinido y atendiendo lo establecido en el artículo 1° del presente estatuto, sin perjuicio de poder ser removido libremente en cualquier tiempo por dicho organismo. En sus ausencias temporales o accidentales, el Presidente Ejecutivo delegará sus funciones en uno de los suplentes designados por la Junta de Directores. Son funciones de la Junta de Directores autorizar al Presidente Ejecutivo para contraer obligaciones, adquirir, enajenar o gravar bienes y derechos de conformidad con este estatuto y los acuerdos de la asamblea general y fijar la cuantía de contratación cuando no verse sobre el giro ordinario de las operaciones, también autorizar la representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES a los vicepresidentes, gerentes de área y gerentes de sucursales previa solicitud del Presidente Ejecutivo y de conformidad con las normas establecidas por los organismos de vigilancia y control (Escritura Pública 1167 del 05 de julio de 2005 Notaría 17 de Bogotá D.C.)  
**FUNCIONES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO:** Son funciones del Presidente Ejecutivo: 1) Estudiar y preparar las bases de la política de Seguros de la Equidad Seguros Generales la cual debe presentar a la Junta de Directores para su aprobación. 2) Someter a estudio y aprobación de la Junta de Directores el proyecto de

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Certificado Generado con el Pin No: 2304131933074621

Generado el 30 de noviembre de 2023 a las 14:53:49

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

presupuesto. 3) Nombrar y remover a los funcionarios de la Equidad Seguros Generales de acuerdo con la planta de personal que establezca la Junta de Directores. 4) Hacer cumplir el reglamento interno de trabajo. 5) Rendir mensualmente a la Junta de Directores un informe sobre las actividades de la Equidad Seguros Generales. 6) Preparar el informe anual que la administración debe presentar a la asamblea y someterlo a consideración de la Junta de Directores. 7) Dirigir y supervigilar la prestación de los servicios, cuidar que todas las operaciones se realicen oportunamente y que los bienes valores y enseres estén debidamente salvaguardados. 8) Ordenar los gastos dentro del presupuesto y los extraordinarios según facultades. 9) Dirigir las relaciones públicas y encargarse de una adecuada política de relaciones humanas. 10) Ejercer por si mismo o por medio de apoderado, la representación judicial y extrajudicial de la Equidad Seguros Generales. 11) Celebar las operaciones, contratos y convenios que versen sobre el giro ordinario de la actividad de la Equidad Seguros Generales y las que autorice la Junta de Directores. 12) Todas las demás funciones que le corresponden como Presidente Ejecutivo y representante legal de la Equidad Seguros Generales Parágrafo: Las funciones del Presidente Ejecutivo que hacen relación a la ejecución de las actividades de La Equidad Seguros Generales las desempeñará este por si o mediante delegación en los funcionarios y demás empleados de la misma (Escritura Pública 2238 del 21 de octubre de 2008 Notaria 15 de Bogotá).

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Néstor Raúl Hernández Ospina Fecha de inicio del cargo: 23/07/2019	CC - 94311640	Presidente Ejecutivo
Carlos Eduardo Espinosa Covelli Fecha de inicio del cargo: 22/12/2016	CC - 79242457	Representante Legal Suplente - (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2018029235-00 del día 5 de marzo de 2018, la entidad informa que con documento del 11 de enero de 2018 renunció al cargo de Representante Legal Suplente fue aceptada por la Junta Directiva en acta 679 del 19 de enero de 2018. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Álvaro Martín Reyes García Fecha de inicio del cargo: 21/07/2022	CC - 79778398	Representante Legal Suplente
Javier Ramírez Garzón Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 79373996	Representante Legal Suplente
Luis José Silgado Acosta Fecha de inicio del cargo: 21/07/2022	CC - 79777524	Representante Legal Suplente

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2304131933074621

Generado el 30 de noviembre de 2023 a las 14:53:49

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>	<b>CARGO</b>
Antonio Bernardo Venanzi Hernandez Fecha de inicio del cargo: 06/08/2014	CC - 79464049	Representante Legal Suplente (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020032415-000 del día 28 de febrero de 2020, que con documento del 17 de enero de 2020 renunció al cargo de Representante Legal Suplente y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta No. 707 del 17 de enero de 2020. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Ricardo Saldarriaga González Fecha de inicio del cargo: 15/03/2018	CC - 71766825	Representante Legal Suplente

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Cumplimiento, Incendio, Lucro cesante, Manejo, Montaje y rotura de maquinaria, Responsabilidad civil, Sustracción, Terremoto, Transporte, Vidrios, Accidentes personales, Colectivo vida, Vida grupo, Salud, Educativo, Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada, Cooperativo de vida  
Resolución S.B. No 5019 del 09 de diciembre de 1992 Todo riesgo contratista  
Resolución S.B. No 5020 del 09 de diciembre de 1992 Crédito comercial  
Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 se elimina el ramo denominado SECAL "Seguro de Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada".  
Resolución S.F.C. No 1712 del 26 de agosto de 2010 Revocar la autorización concedida a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO para operar el ramo de seguro educativo  
Resolución S.F.C. No 1423 del 24 de agosto de 2011 revocar la autorización concedida a la Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo, para operar los ramos de seguros Colectivo Vida y Salud  
Resolución S.F.C. No 2100 del 21 de noviembre de 2014 la Superintendencia Financiera de Colombia autoriza a La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo para operar el ramo de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT.

*NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ*

**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ  
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **70.385.137**

**ZULUAGA ZULUAGA**

APELLIDOS

**JORGE EMILIO**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1976**

**COCORNA**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**24-OCT-1995 COCORNA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-0423200-00213604-M-0070385137-20100209

0020764806A

29627456

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.037.974.082**

**ZULUAGA MORALES**  
APELLIDOS

**SANTIAGO**  
NOMBRES

*Santiago Zuluaga Morales*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAR-2009**  
**SAN LUIS**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**05-MAR-2027**

FECHA DE VENCIMIENTO  
**14-MAR-2016 COCORNA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+** **M**  
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS CALINCO VACHA



P-0109400-00816663-M-1037974082-20160419

0049411951A 1 45500215



REPUBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 6843035

**NUIP** 1.037.974.082

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA MORALES SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 0 9 Mes M A R Día 0 5 MASCULINO 0 +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/c Inspección)

COLOMBIA ANTIOQUIA SAN LUIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 0 9 Mes M A R Día 0 6 0042212128

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MORALES CIRO BERENICE

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 22.032.954 COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 70.385.137 COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 70.385.137

Espacio para notas

EL REGISTRO TIENE VALIDEZ INDEFINIDA; VALIDO SIN SELLO DECRETO 2150 DE 1995.

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA ANTIOQUIA SAN LUIS

Código

B 5 Y

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 0 9 Mes M A R Día 0 6

OSCAR DE JESUS GOMEZ GOMEZ

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.001.526.358  
ZULUAGA MORALES

APELLIDOS  
DIANA MARCELA

NOMBRES  
Marcela Zuluaga



FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-2002  
SAN LUIS  
(ANTIOQUIA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F  
ESTATURA O.S. RH SEXO

19-FEB-2020 GOCORNA  
FECHA Y LUGAR DE EMISION



REGISTRADORA NACIONAL  
ESTADO CIVIL - UNION LIBRE



P:0100490-01126004-F-1001526358-00000005 00704255404 1 12305564



REPUBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACIÓN ELECTORA  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

N

0544354

**NUIP 1.001.526.358**

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA MORALES DIANA MARCELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 0 2

Mes F E B

Día 0 6

FEMENINO

O

+

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

COLOMBIA ANTIOQUIA SAN LUIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 0 2

Mes F E B

Día 1 2

0031239274

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

MORALES CIRO BERENICE

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

SIN INFORMACION

COLOMBIA

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 70.385.137

COLOMBIA

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos

MORALES CIRO BERENICE

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 22.032.954

*Espacio para notas*

*Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

País - Departamento - Municipio

Código

COLOMBIA ANTIOQUIA SAN LUIS

B 5 Y

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año

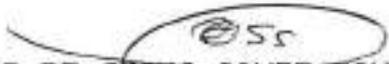
2 0 1 6

Mes

A G O

Día

2 8

  
OSCAR DE JESUS GOMEZ GOMEZ  
Registrador del Estado Civil



Adhesivo Copia  
Registro Civil



18745785-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.001.525.411  
ZULUAGA MORALES

APELLIDOS  
YENIFER VANESSA

NOMBRES  
Yenifer Zuluaga



FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-2003  
SAN LUIS  
(ANTIOQUIA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62  
ESTATURA

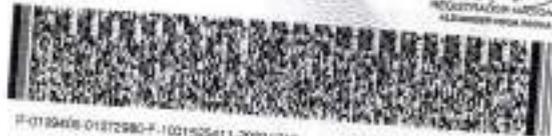
O+  
GRUPO SANG. RH

F  
SEXO

29-NOV-2021 COCORNÁ  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRACION NACIONAL  
ALCANTARA PEREZ MARIA



00174394930 1 9473004

01010408-01072980-F-1001525411-2001/013



REPUBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 0544365

**NUIP 1.001.525.411**

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA MORALES YENIFER VANESSA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 0 3

Mes O C T

Día 2 5

FEMENINO

0

+

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

COLOMBIA ANTIOQUIA SAN LUIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 0 3

Mes N O V

Día 1 8

0034318881

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MORALES CIRO BERENICE

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 22.032.954

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 70.385.137

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MORALES CIRO BERENICE

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 22.032.954

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA ANTIOQUIA SAN LUIS

Código

B 5 Y

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 1 8

Mes A G O

Día 2 3

OSCAR DE JESUS GOMEZ GOMEZ  
Registrador del Estado Civil



Adhesivo Corifa  
Registro Civil



16745766-8

		<b>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA</b> Nit: 890.981.108-4			
		<b>HISTORIA CLINICA DE: CONSULTA DE URGENCIAS</b>		Atencion: 5	Fecha: Ago.07/2019
Nombre:	ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	Edad:	43 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3145218499	Estrato:	-		
Historia:	70385137	Id:	CC	70.385.137	
Estado Civil:	UNION LIBRE	Hora Ate:	10:56		
Entidad:	ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA				

ANAMNESIS

Datos de Llegada Del Paciente: Llego por sus propios medios?: NO, Por cual Medio: CAMILLA, Estado de Llegada: CONSCIENTE, Estado de Embriaguez: NO.

En Caso De Accidente, Intoxicación O Violencia: Sitio de ocurrencia: . Causa: , Se notifico a la policia: NO, Se notifico a la Familia: NO.

Motivo de Consulta: ME DUELE LA PIERNA

Enfermedad Actual: JORGE, 43 AÑOS

SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, SIN ALERGIAS FARMACOLOGICAS REFERIDAS

ES TRAIIDO POR AMBULANCIA CON AUXILIAR DE ENFERMERIA

REFIERE QUE MINUTRAS CONDUCA SU MOTOCICLETA DE PLACAS LXHOJE POR LA ENTRADA AL RAMAL. SE ESTRELLA DE FRENTE CONTRA UN AUTOMOVIL

REFIERE QUE TENIA EL CASCO PUESTO Y ABROCHADO Y NO PRESENTO TRAUMA CRANEAL NI PERDIDA DE LA CONCIENCIA, TAMPOCO HA PRESENTADO DOLOR CERVICAL.

REFIERE INTENSO DOLOR A NIVEL DEL MUSLO IZQUIERDO EL CUAL LE IMPIDE EXTENDER LA PIERNA DE ESE LADO

SIN DOLOR EN LA COLUMNA NI OTRAS ALTERACIONES REFERIDAS

CALIFICA EL DOLOR DE SEVERO

Revisión por Sistemas: NO REFIERE

Antecedentes:

Personales: \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

Familiares: \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

Psico-Sociales: \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

Examen Fisico:

Estado General: CONCIENTE, ALERTA, ORINETADO

Signos Vitales: Peso: 70.00 KG Kg, Talla: 1.65 Mts, IMC: 25,71, Clasificación: Sobrepeso, Riesgo: Aumentado, Pulso: 95 Xn, Frecuencia Cardiaca: 95 Xn, Ritmo Cardíaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P.Sistolica: 115, P.Diastolica: 75, P.Arterial Media: 86,33, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y UÑAS: NORMAL, SIN LESIONES. CABEZA: NORMAL, SIN HEMATOMAS, SIN HIRIDAS, SIN DEFORMIDADES, SIGNOS DE BATTLE Y MAPACHE NEGATIVOS. OJOS: NORMAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS, SIN MOVIMIENTOS ANORMALES. OIDOS: NORMAL, SIN LESIONES. BOCA: NORMAL, MUCOSAS HUNEDAS. GARGANTA: NORMAL, SIN LESIONES. CUELLO: NORMAL, ADECUADA MOVILIDAD ESPONTANEA. TORAX: NORMAL, SIST. RESPIRATORIO: NORMAL, RUIDOS PULMONARES CONSERVADOS SIN AGREGADOS. SIST. CARDIOVASCULAR: NORMAL, RSCRS, SIN SOPLOS. SIST. VASCULAR PERIFERICO: NORMAL, ABDOMEN: NORMAL, SIN DOLOR NI ESTIGMAS DE TRAUMA. SIST. GENITOURINARIO: NORMAL, TACTO RECTAL: NORMAL, SIST. LOCOMOTOR: NORMAL, DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DEL MUSLO IZQUIERDO, CON IMPOSIBILIDAD PARA EXTENDER LA PIERNA IPSILATERAL, SIN HIRIDAS ABIERTAS. SIST. NEUROLOGICO: NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. EX. GANGLIONAR: NORMAL, EX. MENTAL: NORMAL, OTROS: NORMAL, NARIZ: NORMAL, SIN LESIONES

Paraclínicos:

Página: 1 de 2 Impreso: SHIRLE	Medico: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema: 07/08/2019 Hora: 18:54:10	Cedula: 80.791.803 Registro: 5-4594-11	

	<b>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNÁ</b> Nit: 890.981.108-4			
	<b>HISTORIA CLINICA DE: CONSULTA DE URGENCIAS</b>		Atención: 5	Fecha: Ago.07/2019
Nombre: ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	Edad: 43 Años	Sexo: MASCULINO		
Teléfono: 3145218499	Estrato: -			
Historia: 70385137	Id: CC 70.385.137			
Estado Civil: UNIÓN LIBRE	Hora Ate: 10:36			
Entidad: ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA				

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

**Concepto Médico:** PTE CON PROBABLE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO  
 CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA Y NEUROLOGICA  
 SE ORDENA TTO ANALGESICO Y RX  
 PENDIENTE PROBABLE INICIO DE REMISION

**Diagnostico:** Dx.Principal: V299-MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO.  
 Dx.Relacionado1: S723-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR, Dx.Relacionado2: R520-DOLORES AGUDOS.  
 Dx.Relacionado3: \*\* NO PRESENTA \*\*, Dx.Muerte: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: IMPRESION  
 DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

**Finalidad:** Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ACCIDENTE DE  
 TRANSITO, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

**Observacion/Tratamiento:** Dejar en observación?: SI, Fecha ingreso: Ago.07/2019, Hora ingreso: 10:56,  
 Dejar en tratamiento?: SI, Cubiculo: \*\* NO EXISTE, Observaciones: .

**Datos Salida del Paciente:** Dar salida?: NO, Condicion salida del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Destino  
 del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Motivo de salida/Egreso: \*\* NO PRESENTA \*\*, Observaciones: .

**Conductas:** Se envia:

**ORDENES MEDICAS - W61 66298 - Ago.07/2019**

1. DEJAR EN OBSERVACION: fecha: Ago.07/2019 Hora: 10:56 Cubiculo: \*\* NO EXISTE \*\* Auxiliar: GIL  
 CARVAJAL LILIANA MARIA
2. MEDICAMENTOS POS: TRANADOL 100 MG/ML (POS) - Inyectable ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:EN 500 CC
3. MEDICAMENTOS POS: SODIO CLORURO 0.9% 500 CC(CORPAUL) - Bolsa x 500 ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA  
 ,Dosis:...
4. RAYOS X - IMAGENOLOGIA: RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL ,Cantidad:1 ,Obs:IZQUIERDO
5. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: AMBULANCIA VEREDA LA MILAGROSA ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:...

Pagina: 2 de 2 Imprime: SHIRLE	Medico:MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema:07/08/2019 Hora:18:54:10	Cedula: 80.791.883 Registro: S-4594-11	



**CERTIFICADO DE ATENCION PARA VICTIMAS DE  
ACCIDENTES DE TRANSITO  
EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**

Docto Ing:	X83	32044
Fecha Ing:	Ago.07/2019	
Factura:	542	072773

El suscrito, Medico del Servicio de Urgencias de la institucion prestadora de servicios

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA - Nit: 890.981.108-4

Con domicilio en CALLE 21 No.23-45 TEL.8343403 - 8343685 Ciudad: COCORNA Telefono: 8343403

C E R T I F I C A que atendió en el servicio de urgencias al señor(a)

ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO Edad: 43 Años De sexo: MASCULINO

Identificado(a) con: CC 70.385.137

Residente en: SECTOR LA GRANJA Ciudad: COCORNA-ANTIOQUIA Telefono: 3145218499

Quien según declaración de: ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO, con C.C. Nro: 70.385.137, Expedida en: COCORNA-ANTIOQUIA

Fue victima del accidente de transito ocurrido el día: Ago.06/2009, a las 09:00 horas.

Ingresando al Servicio de Urgencias de esta institucion el día: Ago.07/2019 a las: 10:56

Con los siguientes Hallazgos:

D A T O S D E I N G R E S O

ANAMNESIS

Datos de Llegada Del Paciente: Llego por sus propios medios?: NO, Por cual Medio: CAMILLA, Estado de Llegada: CONSCIENTE, Estado de Embriaguez: NO.

Examen Fisico:

Estado General: CONCINETE, ALERTA, ORINETADO

Signos Vitales: Peso: 70.00 KG Kg, Talla: 1.65 Mts, IMC: 25.71, Clasificacion: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 95 Xm, Frecuencia Cardiaca: 95 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P.Sistolica: 115, P.Diastolica: 75, P.Arterial Media: 88.33, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y UÑAS: NORMAL, SIN LESIONES. CABEZA: NORMAL, SIN HEMATOMAS, SIN HERIDAS, SIN DEFORMIDADES, SIGNOS DE BATTLE Y MAPACHE NEGATIVOS. OJOS: NORMAL, PUPILAS ISOSIORCAS NORMO REACTIVAS, SIN MOVIMIENTOS ANORMALES. OIDOS: NORMAL, SIN LESIONES. BOCA: NORMAL, MUCOSAS HUMEDAS. GARGANTA: NORMAL, SIN LESIONES. CUELLO: NORMAL, ADECUADA MOVILIDAD ESPONTANEA. TORAX: NORMAL, SIST. RESPIRATORIO: NORMAL, RUIDOS PULMONARES CONSERVADOS SIN AGRGADOS, SIST. CARDIOVASCULAR: NORMAL, RSCRS, SIN SOPLOS. SIST. VASCULAR PERIFERICO: NORMAL, ABDOMEN: NORMAL, SIN DOLOR NI ESTIGMAS DE TRAUMA. SIST. GENITOURINARIO: NORMAL, TACTO RECTAL: NORMAL, SIST. LOCOMOTOR: NORMAL, DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DEL MUSLO IZQUIERDO, CON IMPOSIBILIDAD PARA EXTERNDER LA PIERNA IPSILATERAL, SIN HERIDAS ABIERTAS. SIST. NEUROLOGICO: NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, EX. GANGLIONAR: NORMAL, EX. MENTAL: NORMAL, OTROS: NORMAL, NARIZ: NORMAL, SIN LESIONES

Concepto Medico: PTE CON PROBABLE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA Y NEUROLOGICA SE ORDENA TTO ANALGESICO Y RX PENDINTE PROBABLE INICIO DE REMISION

Diagnostico: Dx.Principal: V299-MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, Dx.Relacionado1: S723-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR, Dx.Relacionado2: R520-DOLOR AGUDO, Dx.Relacionado3: \*\* NO PRESENTA \*\*, Dx.Muerte: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx:

Página: 1 de 3 Imprime: SHIRLE	Medico: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema: 07/08/2019 Hora: 18:54:25	Cedula: 80.791.883 Registro: 5-4594-11	



**CERTIFICADO DE ATENCION PARA VICTIMAS DE  
ACCIDENTES DE TRANSITO  
EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**

Docto Ing:	X83	32044
Fecha Ing:	Ago.07/2019	
Factura:	542	872773

**Finalidad:** Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ACCIDENTE DE TRANSITO, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

**Observacion/Tratamiento:** Dejar en observación?: SI, Fecha ingreso: Ago.07/2019, Hora ingreso: 10:56, Dejar en tratamiento?: SI, Cubículo: \*\* NO EXISTE, Observaciones:

**Datos Salida del Paciente:** Dar salida?: NO, Condicion salida del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Destino del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Motivo de salida/Egreso: \*\* NO PRESENTA \*\*, Observaciones: .

**E V O L U C I O N**

Fecha: Ago.07/2019 Hora: 10:56 Profesional: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO Especialidad: MEDICINA GENERAL

PTE CON PROBABLE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO  
CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA Y NEUROLOGICA  
SE ORDENA TTO ANALGESICO Y RX  
FENDINETE PROBABLE INICIO DE REMISION

Fecha: Ago.07/2019 Hora: 12:55 Profesional: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO Especialidad: MEDICINA GENERAL

SE REVALORA AL PTE QUIEN REFIERE DOLOR EN EL TOBILLO IZQUIERDO EL CUAL SE EVIDENCIA FRANCAMENTE INFLAMADO  
AL EXAMEN FISICO CON EDEMA SIN DEFORMIDADES NI SINGOS DE FRACTURAS

RX DE FEMUR SIN SIGNOS DE FRACTURAS

SE ORDENA RX DE TOBILLO IZQUIERDO

Fecha: Ago.07/2019 Hora: 15:40 Profesional: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO Especialidad: MEDICINA GENERAL

HACE APROXIMADAMENTE 2 HORAS SE REALIZO LAVADO, CURACION Y SUTURA DE HERIDA A NIVEL DE LA RODILLA IZQUIERDA

SE REFUERZA ANALGESIA CON DEXAMETASONA IV

AL EXAMEN FISICO CON PA 96/54 , FC 84 X MIN, FR 19 X MIN, SAT O2 AMB 99%, GLASGOW 15/15

RX DE TOBILLO IZQUIERDO SIN SINGOS DE FRACTURAS NI DE OTRAS ALTERACIONES

SE DA ALTA CON FOMRULA, RECOMENDACIONES, SINGOS DE ALARMA Y ORDENO E RETIRO DE PUNTOS

**D A T O S D E E G R E S O**

**Diagnostico:** Dx.Principal: V299-MOTOCICLISTA (CUALQUIERA) LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO,  
Dx.Relacionado1: S723-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR, Dx.Relacionado2: R520-DOLOR AGUDO,  
Dx.Relacionado3: S910-HERIDA DEL TOBILLO, Dx.Muerte: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO  
NUEVO, Pronostivo: RESERVADO, Obs del Dx: .

**Datos Salida del Paciente:** Dar salida?: SI, Condicion salida del paciente: VIVO, Destino del paciente:  
CONSULTA EXTERNA, Motivo de salida/Egreso: CULMINACION, Observaciones: .

**C O N D U C T A S**

Fecha: Ago.07/2019 Hora: 10:56 Profesional: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO Especialidad: MEDICINA GENERAL

Página: 2 de 3 Imprime: SHIRLE	Medico:MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	<p align="center">Firma MURIEL CALLEJAS SANTIAGO</p> 
Fecha Sistema:07/08/2019 Hora:10:54:20	Cedula: 30.751.803 Registro: 5-4594-11	



**CERTIFICADO DE ATENCION PARA VICTIMAS DE  
ACCIDENTES DE TRANSITO  
EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**

Docto Ing:	X#3	32044
Fecha Ing:	Ago.07/2019	
Factura:	342	87273

**ORDENES MEDICAS - W61 66298 - Ago.07/2019**

1. DEJAR EN OBSERVACION: Fecha: Ago.07/2019 Hora: 10:56 Cubiculo: \*\* NO EXISTE \*\* Auxiliar: GIL CARVAJAL LILIANA MARIA
2. MEDICAMENTOS POS: TRAMADOL 100 MG/ML (POS) - Inyectable ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:EN 500 CC
3. MEDICAMENTOS POS: SODIO CLORURO 0.9% 500 CC(CORPAUL) - Bolsa a 500 ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:...
4. RAYOS X - IMAGENOLOGIA: RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL ,Cantidad:1 ,Obs:IZQUIERDO
5. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: AMBULANCIA VEREDA LA MILAGROSA ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:...

Fecha: Ago.07/2019 Hora: 12:55 Profesional: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO Especialidad: MEDICINA GENERAL

**ORDENES MEDICAS - W61 66302 - Ago.07/2019**

1. RAYOS X - IMAGENOLOGIA: RX TOBILLO AP Y LATERAL ,Cantidad:1 ,Obs:IZQUIERDO

Fecha: Ago.07/2019 Hora: 15:40 Profesional: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO Especialidad: MEDICINA GENERAL

**ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 105477 - Ago.07/2019**

1. IBUPROFENO 400 MG(GENFAR) - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:15, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS.
2. DICLOFENAC SODICO 75 MG/3 ML(VITALIS) - Inyectable, Via:INTRAMUSCULAR, Cantidad:1, Dosis:APLICAR 1 AMPOLLA CADA 1 DIAS POR 1 DIAS.
3. DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% (4 MG/ML) (POS) - Inyectable, Via:INTRAMUSCULAR, Cantidad:1, Dosis:APLICAR 1 AMPOLLA CADA 1 DIAS POR 1 DIAS.

**ORDEN PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES POS - W09 4406 - Ago.07/2019**

1. RETIRO DE PUNTOS -. Cantidad:1, Obs:EL DIA 14/08/19 X URGENCIAS.

**RECOMENDACIONES - W10 151349 - Ago.07/2019**

1. SOLICITAR CITA DE REVISION PARA DNETRO DE 2 DIAS
2. VOLVER URGENTE SI NO TOLERA EL DOLOR
3. REPOSO
4. APLICAR HIELO EN AREAS DE DOLOR

**INCAPACIDADES - W16 8511 - Ago.07/2019**

Dias: 7 Proroga: N Fecha Inicial: Ago.07/2019 Fecha Final: Ago.13/2019 Tipo: ACCIDENTE DE TRANSITO  
Observaciones: ....

**ORDENES MEDICAS - W61 66308 - Ago.07/2019**

1. DAR SALIDA AL PACIENTE: Fecha: Ago.07/2019 Hora: 15:40 Condicion: VIVO, Destino: CONSULTA EXTERNA, UCI: , Motivo: CULMINACION
2. MEDICAMENTOS POS: DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% (4 MG/ML) (POS) - Inyectable ,Cantidad:2 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:8 MG IV EN 100 CC
3. MEDICAMENTOS POS: SODIO CLORURO 0.9% 100 CC(CORPAUL) - Bolsax100cc ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:...
4. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: SUTURA (MENOR O IGUAL A 10 CMS EXTENSION) ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:PREVIA ASPESIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA CON 1 CC DE LIDOCAINA Y SE REALIZAN N3 PUTNOS SIMPLES CON ETHILON 3-0 SIN COMPLICACIONES
5. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:..

Página: 3 de 3 Imprime: SHIRLE	Medico:MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema:07/08/2019 Hora:18:54:25	Cedula: 60.791.883 Registro: 5-4594-11	

	<b>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA</b> Nit: 890.981.108-4		Atención:	8	
	<b>HISTORIA CLINICA DE:</b> <b>TRATAMIENTO/OBSERVACION URGENCIAS</b> <b>(EVOLUCION)</b>		Fecha:	Ago.07/2019	
Nombre:	SULUAGA SULDAGA JORGE EMILIO	Edad:	43 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3145218499	Estrato:	-		
Historia:	70385137	Id:	CC	70.385.137	
Estado Civil:	UNION LIBRE	Horas At:	15:40		
Entidad:	ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA				

ANAMNESIS

Información dada por el paciente: MEJOR PERO TODAVIA CON UN POCO DE DOLOR

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Médico: HACE APROXIMADAMENTE 2 HORAS SE REALIZO LAVADO, CURACION Y SUTURA DE HEIRDA A NIVEL DE LA RODILLA IZQUIERDA SE REFUERZA ANALGESIA CON DEXAMETASONA IV AL EXAMEN FISICO CON PA 96/34 , FC 84 X MIN, FR 19 X MIN, SAT O2 AMS 99%, GLASGOW 15/15

RX DE TOBILLO IZQUIERDO SIN SINGOS DE FRACTURAS NI DE ORTRAS ALTERACIONES SE DA ALTA CON FOMRULA, RECOMENDACIONES, SINGOS DE ALARMA Y ORDEN E RETIRO DE PUNTOS

Diagnostico: Dx.Principal: V299-MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, Dx.Relacionado1: S723-FRACTURA DE LA DIFISIS DEL FEMOR, Dx.Relacionado2: R520-DOLOR AGUDO, Dx.Relacionado3: S910-HERIDA DEL TOBILLO, Dx.Muerte: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO NUEVO, Pronostivo: RESERVADO, Obs del Dx: .

Datos Salida del Paciente: Dar salida?: SI, Condicion salida del paciente: VIVO, Destino del paciente: CONSULTA EXTERNA, Motivo de salida/Egreso: CULMINACION, Observaciones: .

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 105477 - Ago.07/2019

1. IBUPROFENO 400 MG(GENFAR) - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:15, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS.
2. DICLOFENAC SODICO 75 MG/3 ML(VITALIS) - Inyectable, Via:INTRAMUSCULAR, Cantidad:1, Dosis:APLICAR 1 AMPOLLA CADA 1 DIAS POR 1 DIAS.
3. DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% (4 MG/ML) (POS) - Inyectable, Via:INTRAMUSCULAR, Cantidad:1, Dosis:APLICAR 1 AMPOLLA CADA 1 DIAS POR 1 DIAS.

ORDEN PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES POS - W09 4406 - Ago.07/2019

1. RETIRO DE PUNTOS -, Cantidad:1, Obs:EL DIA 14/08/19 X URGENCIAS.

RECOMENDACIONES - W10 151348 - Ago.07/2019

1. SOLICITAR CITA DE REVISION PARA DNETRO DE 2 DIAS
2. VOLVER URGENTE SI NO TOLERA EL DOLOR
3. REPOSO
4. APLICAR HIELO EN AREAS DE DOLOR

INCAPACIDADES - W16 8511 - Ago.07/2019

Dias: 7 Prorroga: N Fecha Inicial: Ago.07/2019 Fecha Final: Ago.13/2019 Tipo: ACCIDENTE DE TRANSITO Observaciones: ....

ORDENES MEDICAS - W61 66308 - Ago.07/2019

1. DAR SALIDA AL PACIENTE: Fecha: Ago.07/2019 Hora: 15:40 Condicion: VIVO, Destino: CONSULTA EXTERNA, UCI: , Motivo: CULMINACION
2. MEDICAMENTOS POS: DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% (4 MG/ML) (POS) - Inyectable ,Cantidad:2 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:8 MG IV EN 100 CC
3. MEDICAMENTOS POS: SODIO CLORURO 0.9% 100 CC(CORPAUL) - Bolsaxi100cc ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:...

Pagina: 1 de 1 Imprime: SHIRLE	Medico: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema: 07/08/2019 Hora: 18:51:58	Cedula: 80.791.883 Registro: 5-4594-11	



ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA  
Nit: 890.981.108-4

HISTORIA CLINICA DE:  
TRATAMIENTO/OBSERVACION URGENCIAS  
(EVOLUCION)

Atencion: 8  
Fecha: Ago. 07/2019

Nombre:	ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	Edad:	43 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3145218499	Estrato:	-		
Historia:	70385137	Id:	CC		70.385.137
Estado Civil:	UNION LIBRE	Hora At:	15:40		
Entidad:	ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA				

4. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: SUTURA (MENOR O IGUAL A 10 CMS EXTENSION) ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:PREVIA ASPIESIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA CON 1 CC DE LIDOCAINA Y SE REALIZAN N3 PUTNOS SIMPLES CON ETHILON 3-0 SIN COMPLICACIONES

5. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:..

Pagina: 2 de 2 Imprime: SHIRLE	Medico: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma: 
Fecha Sistema: 07/09/2019 Hora: 18:51:58	Cedula: 80.791.883 Registro: 5-4594-11	

	<b>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA</b> Nit: 890 981.108-4				
	<b>HISTORIA CLINICA DE:          TRATAMIENTO/OBSERVACION URGENCIAS          (EVOLUCION)</b>		Atencion: 6	Fecha: Ago 07/2019	
Nombre:	ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	Edad:	43 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3145218499	Estrato:	-		
Historia:	70385137	Id:	CC		70.385.137
Estado Civil:	UNION LIBRE	Hora Ate:	12:55		
Entidad:	ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA				

ANAMNESIS

Informacion dada por el paciente: ME DUELE EL TOBILLO.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico: SE REVALORA AL PTE QUIEN REFIERE DOLOR EN EL TOBILLO IZQUIERDO EL CUAL SE EVIDENCIA FRACAMENTE INFLAMADO AL EXAMEN FISICO CON EDEMA SIN DEFORMIDADES NI SINGOS DE FRACTURAS

RX DE FEMUR SIN SIGNOS DE FRACTURAS

SE ORDENA RX DE TOBILLO IZQUIERDO

Diagnostico: Dx.Principal: V299-MOTOCICLISTA (CUALQUIERA) LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO.  
 Dx.Relacionado1: S723-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR. Dx.Relacionado2: R520-DOLOR AGUDO.  
 Dx.Relacionado3: S910-HERIDA DEL TOBILLO. Dx.Muerte: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA. Pronostivo: RESERVADO, Obs del DX:

Datos Salida del Paciente: Dar salida?: NO, Condicion salida del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Destino del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Motivo de salida/Egreso: \*\* NO PRESENTA \*\*, Observaciones:

Conductas: Se envia:

ORDENES MEDICAS - W61 66302 - Ago.07/2019

1. RAYOS X - IMAGENOLOGIA: RX TOBILLO AP Y LATERAL ,Cantidad:1 ,Obs:IZQUIERDO

Pagina: 1 de 1 Imprime: SHIRLE	Medico: NURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema: 07/08/2019 Hora: 18:52:36	Cedula: 80.791.883 Registro: S-4594-11	

	<b>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA</b> Nit: 890.981.108-4				
	<b>HISTORIA CLINICA DE: CONSULTA DE URGENCIAS</b>			Atencion: 5 Fecha: Ago.07/2019	
Nombre:	ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	Edad:	43 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3145218499	Estrato:	-		
Historia:	70385137	Id:	CC		70.385.137
Estado Civil:	UNION LIBRE	Hora Ate:	10:56		
Entidad:	ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA				

**ANAMNESIS**

Datos de Llegada Del Paciente: Llego por sus propios medios?: NO, Por cual Medio: CAMILLA, Estado de Llegada: CONSCIENTE, Estado de Embriaguez: NO.

En Caso De Accidente, Intoxicacion O Violencia: Sitio de ocurrencia: , Causa: , Se notifico a la policia: NO, Se notifico a la Familia: NO.

Motivo de Consulta: ME DUELE LA PIERNA

Enfermedad Actual: JORGE, 43 AÑOS

SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, SIN ALERGIAS FARMACOLOGICAS REFERIDAS

ES TRAIDO POR AMBULANCIA CON AUXILIAR DE ENFERMERIA

REFIERE QUE MIENTRAS CONDUCA SU MOTOCICLETA DE PLACAS LXND3E POR LA ENTRADA AL RAMAL, SE ESTRELLA DE FRENTE CONTRA UN AUTOMOVIL. REFIERE QUE TENIA EL CASCO PUESTO Y ABROCHADO Y NO PRESENTO TRAUMA CRANEAL NI PERDIDA DE LA CONCIENCIA, TAMPOCO HA PRESENTADO DOLOR CERVICAL.

REFIERE INTENSO DOLOR A NIVEL DEL MUSLO IZQUIERDO EL CUAL LE IMPIDE EXTENDER LA PIERNA DE ESE LADO

SIN DOLOR EN LA COLUMNA NI OTRAS ALTERACIONES REFERIDAS

CALIFICA EL DOLOR DE SEVERO

Revisión por Sistemas: NO REFIERE

Antecedentes:

Personales: \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

Familiares: \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

Psico-Sociales: \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

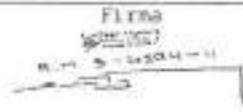
Examen Físico:

Estado General: CONCIENTE, ALERTA, ORINETADO

Signos Vitales: Peso: 70.00 KG Kg, Talla: 1.65 Mts, IMC: 25.71, Clasificación: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 95 Xn, Frecuencia Cardiaca: 95 Xn, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P. Sistólica: 115, P. Diastólica: 75, P. Arterial Media: 88,33, Temperatura: 36, Sitio de tona: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y UÑAS: NORMAL SIN LESIONES. CABEZA: NORMAL, SIN HEMATOMAS, SIN HERIDAS, SIN DEFORMIDADES. SIGNOS DE BATTLE Y MAPACHE NEGATIVOS. OJOS: NORMAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS, SIN MOVIMIENTOS ANORMALES. OIDOS: NORMAL, SIN LESIONES. BOCA: NORMAL, MUCOSAS HUMEDAS. GARGANTA: NORMAL, SIN LESIONES. CUELLO: NORMAL, ADECUADA MOVILIDAD ESPONTANEA. TORAX: NORMAL, SIST. RESPIRATORIO: NORMAL, RUIDOS PULMONARES CONSERVADOS, SIN AGREGADOS. SIST. CARDIOVASCULAR: NORMAL, RSCPS, SIN SOPLOS. SIST. VASCULAR PERIFERICO: NORMAL. ABDOMEN: NORMAL, SIN DOLOR NI ESTIGMAS DE TRAUMA. SIST. GENITOURINARIO: NORMAL. TACTO RECTAL: NORMAL. SIST. LOCOMOTOR: NORMAL, DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DEL MUSLO IZQUIERDO, CON IMPOSIBILIDAD PARA EXTENDER LA PIERNA IPSILATERAL, SIN HERIDAS ABIERTAS. SIST. NEUROLOGICO: NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. EX. GANGLIONAR: NORMAL. EX. MENTAL: NORMAL. OTROS: NORMAL. NARIZ: NORMAL, SIN LESIONES.

Paraclínicos:

Pagina: 1 de 2 Imprime: MURIEL	MEDICO: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema: 07/08/2019 Hora: 15:46:07	Cedula: 80.791.883 Registro: 5-4594-11	

	<b>ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA</b> Nit: 890.981.108-4			
	<b>HISTORIA CLINICA DE:</b> <b>CONSULTA DE URGENCIAS</b>		Atencion: 5	
		Fecha: Ago.07/2019		
Nombre:	ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	Edad:	43 Años	Sexo: MASCULINO
Telefono:	3145218499	Estrato:	-	
Historia:	70385137	Id:	CC	70.385.137
Estado Civil:	UNION LIBRE	Rota Ate:	10:56	
Entidad:	ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA			

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

**Concepto Medico:** PTE CON PROBABLE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA Y NEUROLOGICA SE ORDENA TTD ANALGESICO Y RX FEMUR IZQUIERDO PROBABLE INICIO DE REMISION

**Diagnostico:** Dx.Principal: V299-MOTOCICLISTA (CUALQUIERA) LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO, Dx.Relacionado1: S721-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR, Dx.Relacionado2: R520-DOLORES AGUDOS, Dx.Relacionado3: \*\* NO PRESENTA \*\*, Dx.Muerte: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

**Finalidad:** Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ACCIDENTE DE TRANSITO, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

**Observacion/Tratamiento:** Dejar en observación?: SI, fecha ingreso: Ago.07/2019, Hora ingreso: 10:56, Dejar en tratamiento?: SI, Cubiculo: \*\* NO EXISTE, Observaciones: .

**Datos Salida del Paciente:** Day salida?: NO, Condición salida del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Destino del paciente: \*\* NO PRESENTA \*\*, Motivo de salida/Egreso: \*\* NO PRESENTA \*\*, Observaciones: .

**Conductas:** Se envia:

**ORDENES MEDICAS - W61 86298 - Ago.07/2019**

1. DEJAR EN OBSERVACION: Fecha: Ago.07/2019 Hora: 10:56 Cubiculo: \*\* NO EXISTE \*\* Auxiliar: GIL CARVAJAL LILIANA MARIA
2. MEDICAMENTOS POS: TRAMADOL 100 MG/ML (POS) - Inyectable ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:EN 500 CC.
3. MEDICAMENTOS POS: SODIO CLORURO 0.9% 500 CC(CORPAUL) - Bolsa x 500 ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:...
4. RAYOS X - IMAGENOLOGIA: RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL ,Cantidad:1 ,Obs:IZQUIERDO

Pagina: 2 de 2 Imprime: MURIEL	Medico: MURIEL CALLEJAS SANTIAGO	Firma 
Fecha Sistema: 07/08/2019 Hora: 15:46:07	Cedula: 80.791.881 Registro: 3-4594-11	

FECHA EXP.:	Ago.07/2019				
CONTRATANTE:	ASSEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA SOAT				
DIRECCION:	CRA 43A No 123-61 LOCAL 137	TEL:	216 84 84		
PACIENTE:	ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	No. CARNET:		No. HISTORIA:	70385137
FECHA INGRESO:	Ago.07/2019 HORA 10:56	PCH. SALIDA:	Ago.07/2019	HORA 15:40	ID: CC 70.385.137
FECHA REMISION:	Ago.07/2019	CODIGO:	150	ESTRATO:	USUARIOS -
MUNICIPIO:	COCORNA	EDAD:	43 Años	No. PATRONAL:	
AFTILIADO:		No. AFILIADO:		TELEFONO:	3145210400
DIAGNOSTICO:	V299	ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENE	AUTORIZA:	
No. DE POLIZA:	AT15026839	PCH. REAL ING.:	Ago.07/2019	MEDICO:	MURIEL CALLEJAS SANT

CODIGO	No.	No. CPTO	DESCRIPCION	CANT.	VR.	
					UNITARIO	VALDR TOTAL
*855101	03	0902	SUTURA (MENOR O IGUAL A 10 CMS EXTENSION)	1	15.500	15.500
*S22102	99	0902	DERECHOS DE SALA PARA SUTURAS	1	45.300	45.300
32925	14	0904	AMBULANCIA VEREDA LA MELAGROSA	1	105.394	105.394
103109140	12	0906	DEXAMETASONA FOSFATO 0.4% (4 MG/ML) (POS)	2	1.108	2.216
103110995	12	0906	SODIO CLORURO 0.9% 500 CC(CORPAUL)	1	5.603	5.603
103110996	12	0906	SODIO CLORURO 0.9% 100 CC(CORPAUL)	1	4.726	4.726
103118087	12	0906	TRAMADOL 100 MG/ML (POS)	1	1.229	1.229
103410080	09	0008	CATETER INTRAVENOSO NO. 20	2	2.600	5.200

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - COCORNA  
 NIT: 890.981.1084  
 CALLE 21 No 23-45 TEL: 8343403 - 8343685  
 EMAIL: FACTURACION@HOSPITALDECOCORNA.COM

VENTA DE ACT MEDICAS  
 NRO: S42 872773

<b>FECHA EXP:</b> Ago.07/2019	<b>No. CARNET:</b>	<b>TEL:</b> 216 84 84	<b>No. HISTORIA:</b> 70385137
<b>CONTRATANTE:</b> ASEGURADORA SOLID. DE COLOMBIA SOAT	<b>FCH. SALIDA:</b> Ago.07/2019	<b>HORA:</b> 15:40	<b>ID:</b> CC 70.385.137
<b>DIRECCION:</b> CRA 43A No 123-61 LOCAL 137	<b>EDAD:</b> 43 Años	<b>ESTRATO:</b> USUARIOS -	<b>No. PATRONAL:</b>
<b>PACIENTE:</b> ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO	<b>No. AFILIADO:</b>	<b>TELEFONO:</b> 3145218499	<b>AUTORIZA:</b>
<b>FECHA INGRESO:</b> Ago.07/2019	<b>HORA:</b> 10:56	<b>ESPECIALIDAD:</b> MEDICINA GENE	<b>MEDICO:</b> MURIEL CALLEJAS SANT
<b>FECHA REMISION:</b> Ago.07/2019	<b>FCH. REAL ING.:</b> Ago.07/2019		
<b>MUNICIPIO:</b> COCORNA			
<b>AFILIADO:</b>			
<b>DIAGNOSTICO:</b> V299			
<b>No. DE POLIZA:</b> AT15026839			

CODIGO	No.	No. CPTO	DESCRIPCION	CANT.	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL
103412050	09	0008	EQUIPO MACROGOTERO - VENOCISIS	1	900	900
103421020	09	0008	JERINGA DESECHABLE 03 ML	1	188	188
103421025	09	0008	JERINGA DESECHABLE 05 ML	1	205	205
*890701	01	0010	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	54.400	54.400
*873312	02	0026	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	1	60.500	60.500
*873431	02	0026	RX TOBILLO AP Y LATERAL	1	46.700	46.700
<b>FECHA CITA: HORA CITA: CONSULTORIO CITA:</b>					<b>VR. TOTAL</b>	<b>348,061</b>
<b>MENOS EL VALOR PAGADO POR:</b>					<b>VR. COPAGO</b>	<b>0</b>
<b>SON: TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA Y UN PESOS CON /100 M/L</b>					<b>VR. TOTAL</b>	<b>348,061</b>
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>FIRMA PACIENTE</b>			<b>RECIBI</b>	<b>SHIRLEY GONZALEZ C</b>		
				<b>ELABORO</b>		

25



**INGRESO URGENCIAS**

**VICTIMA ACCIDENTE DE TRANSITO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

FOLIO N° 2		Fecha del Folio: 12/08/2019 11:55							
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24	<b>Fecha de inicio de registro:</b>	12/08/2019 11:52	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente de Transito

**Estado del paciente:** Presente

**CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO  
 EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**¿LA ATENCIÓN ES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO?**  SI  NO

Segun declaracion de **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** fue victima

de un accidente de transito ocurrido el dia 07/08/2019 09:30 ingresando al servicio de urgencias el dia 12/08/2019 11:50

El suscrito medico Certifica que las lesiones medicas en el presente documento correponden a hallazgos clinicos ocurridos como consecuencia de accidente de transito

**MARIN RIVERA LEIDY DANIELA**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1088314341

**MOTIVO DE CONSULTA:**

**ENFERMEDAD ACTUAL :**

**REVISION POR SISTEMAS:**

**ESTADO AL INGRESO:**  CONSCIENTE  AGITADO  ALICORADO  INCONSCIENTE  MUERTO  SOMNOLIENTO

**ANTROPOMETRÍA/SIGNOS VITALES**

PESO: Kg TALLA: IMC: TEMP: C PA:  
 FC: /MIN FR: /MIN SATURACION DE OXIGENO: FIO2: DOLOR:

**ESCALA DE GLASGOW** APERTURA OCULAR RESPUESTA VERBAL RESPUESTA MOTORA

**GLASGOW 0**

**Valoración Ingreso:**

**Información del folio No. 2**

**Daniela Marin Rivera**  
 RM 1088314341  
 Médico UPB

**MARIN RIVERA LEIDY DANIELA**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1088314341

**EXAMEN FISICO:**  
**ANALISIS-PLAN:**

**Conciliación medicamentosa:**

1. Forma de Verificación de la prescripción:
2. Listado de Medicamentos que recibe el paciente y por qué
3. ¿Se concilia medicamentos? ¿Por qué?

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Tipo Antecedente	Fecha	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S600	<input type="checkbox"/> CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO SIN DAÑO DE LA (S) UÑA(S)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

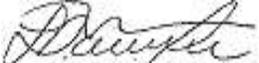
**Tipo Indicación:** Urgencias\_Observacion

**Órd. Médicas:** Rx de mano y pelvis  
Re valorar con resultados

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
873412	873412 - RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	1	Urgente	Accidente de transito, trauma sobre cadera derecha, dolor y limitación para la marcha
873210	873210 - RADIOGRAFIA DE MANO	1	Urgente	Trauma en mano izquierda, presencia de edema, equimosis y deformidad de 4to dedo

**Información del folio No. 2**

  
Daniela Marin Rivera  
RM 1088314341  
Médico UPB

**MARIN RIVERA LEIDY DANIELA**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M. 1088314341**



RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE

N° Historia Clínica: 70385137

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	Sexo: Masculino F. Nacim: 22/05/1976
Edad en la atención:	43 Años / 2 Meses / 20 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
Teléfono:	3145218499	Procedencia: COCORNA	Ocupación: OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
Responsable:	BERENICE MORALES	Tel.responsable: 3127790659	Dir.responsable: Parentesco: ESPOSA
Acompañante:	BERENICE MORALES	Tel. Acompañante:	3127790659
Entidad:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
Plan Beneficios:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		Rango: SOAT

FOLIO N° 3		Fecha del Folio: 12/08/2019 12:36	
N° Ingreso:	3795659	Fecha:	12/08/2019 11:24
F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Ninguna

Se adiciona conducta al plan de manejo.

Detalle del folio:

RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE

OBSERVACIONES:

ESTUDIO REALIZADO: 873412 RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA

CANTIDAD DLP: 0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV:	70,00	CANTIDAD MaS:	12,0000
CANTIDAD KV:	70,0000	CANTIDAD MaS:	12,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000
CANTIDAD KV:	0,0000	CANTIDAD MaS:	0,0000

TOTAL: 164,0000

Antecedentes  
Información del folio No. 3

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).



---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 3**



RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE

N° Historia Clínica: 70385137

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	Sexo: Masculino F. Nacim: 22/05/1976
Edad en la atención:	43 Años / 2 Meses / 20 Días	Estado Civil: UnionLibre	Dirección: CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
Teléfono:	3145218499	Procedencia: COCORNA	Ocupación: OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
Responsable:	BERENICE MORALES	Tel.responsable: 3127790659	Dir.responsable: Parentesco: ESPOSA
Acompañante:	BERENICE MORALES	Tel. Acompañante:	3127790659
Entidad:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
Plan Beneficios:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		Rango: SOAT

FOLIO N° 4		Fecha del Folio: 12/08/2019 12:42	
N° Ingreso:	3795659	Fecha:	12/08/2019 11:24
F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Ninguna

Se adiciona conducta al plan de manejo.

Detalle del folio:

RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE

OBSERVACIONES:

ESTUDIO REALIZADO: 873210 RADIOGRAFIA DE MANO

CANTIDAD DLP: 0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV: 55,00

CANTIDAD MaS: 5,0000

CANTIDAD KV: 55,0000

CANTIDAD MaS: 5,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

ESTUDIO REALIZADO:

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

CANTIDAD KV: 0,0000

CANTIDAD MaS: 0,0000

TOTAL: 120,0000

Antecedentes  
Información del folio No. 4

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).



---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 4**



**EVOLUCION ORTOPEDIA**

**Nº Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT
<b>FOLIO Nº 5</b>		<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 13:19</b>	
<b>Nº Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica <b>C. Externa:</b> Accidente_de_Transito

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**EVOLUCION ORTOPEDIA**

**SUBJETIVO**

Jorge, 43 años

**Diagnostico**

- Luxación posterior de cadera izquierda
- Fractura falange media de 4to dedo de mano izquierda

Control del dolor, niega otros síntomas

**OBJETIVO**

Rx de cadera y pelvis: Evidencia de luxación posterior de cadera izquierda, no hay fractura asociada  
 Rx de mano: Evidencia de fractura de falange media de 4to de dedo de mano izquierda, desplazada

**ANALISIS**

Paciente con accidente de tránsito hace 1 semana, ahora con cuadro de dolor e incapacidad para la marcha Rx de femur y tobillo sin fracturas, se hace Rx de pelvis que evidencia luxación posterior de cadera izquierda, por tiempo de evolución requiere manejo quirurgico, además con fractura de falange media de cuarto dedo desplazada, requiere OS, se programa para Cx, se explica conducta a seguir

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S627	<input type="checkbox"/> FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posologia	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
B05BS004703	SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	1	<input type="checkbox"/> 0	500,00 MILILITRO Endovenosa	500.00 MILILITRO Dosis Unica - mantenimiento

**Plan de manejo Intrahospitalario**

**Información del folio No. 5**

**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
 ORTOPEDIA  
 R.M. 5-1302-98

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
 141 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 5130298

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).****Tipo Indicación:** Cirugía**Órd. Médicas:** LEV

nada via oral

Programado para Cx

Se diligencia consentimiento

**FECHA CONSENTIMIENTO INFORMADO:** 12/08/2019 1:19:34 p. m.**N° Historia Clínica:** 70385137**Datos personales del Paciente**

<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	tableCell150	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b>	3127790659	<b>Dir.responsable:</b>		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA					
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ORTOPEDIA****DIAGNOSTICO**

- Luxación posterior de cadera izquierda-Fractura falange media de 4to dedo de mano izquierda

**PROCEDIMIENTO**

Reducción cerrada de luxación de cadera izquierdaOsteosintesis de 4to dedo de mano izquierda

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Reducción cerrada de luxación de cadera izquierdaOsteosintesis de 4to dedo de mano izquierda

**CONSECUENCIAS DE NO REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO**

Deformidad, dolor crónico, limitación para la movilidad y la funcionalidad, no unión ósea, infección, sangrado, pérdida de la extremidad

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

ninguna

**A CRITERIO DEL PROFESIONAL Y DE ACUERDO A MIS ANTECEDENTES PERSONALES, SE ME EXPLICA QUE PRESENTO LOS SIGUIENTES RIESGOS ADICIONALES**

Sangrado, daño nervioso o vascular, infección, pérdida de la extremidad, muerte, deformidad, dolor crónico, mala cicatrización, limitación funcional, resultado estético y funcional no satisfactorio, necesidad de reintervención quirúrgica, que no pegue el material quirúrgico.

**INTRODUCCION**

El Consentimiento Informado; es la autorización que el paciente, (consciente y libre, para tomar decisiones, sobre todo lo relacionado con su salud y su vida), otorga al profesional de la salud para la realización del acto médico. Después de recibir información; oportuna, cierta, clara, precisa, completa y adecuada sobre la cirugía que se le va a realizar, su objetivo, las alternativas posibles y sus consecuencias, es decir; los beneficios y los riesgos previstos si se realiza o no se realiza el procedimiento. Si la edad o cualquier otra condición del paciente, no le permiten, de manera consciente y libre, tomar las decisiones relacionadas con su salud y su vida, estas podrán ser autorizadas por su representante.

**ANESTESIA**

En la valoración pre anestésica (si es pertinente), el anestesiólogo, explicara los riesgos derivados del tipo de anestesia, que se llevara a cabo durante la realización del procedimiento.

**Información del folio No. 5**


**JAIMÉ EDUARDO SARIN**  
ORTOPEDIA  
C.C. 77.796.259  
R.M. 5.1302.98

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
141 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
R.M. 5130298

**RIESGOS GENERALES DE UNA CIRUGIA**

1. Pequeñas áreas de los pulmones pueden colapsarse y predisponerse a Neumonía.
2. Coágulos en las piernas, con dolor e hinchazón. Rara vez puede irse al pulmón y podría ser fatal.
3. Infarto, paro cardiaco o derrame cerebral.
4. Muerte. Es rara pero posible.
5. Infección.
6. Reacciones alérgicas a medicamentos, suturas, esparadrapo o preparados tópicos.
7. Quemaduras por el uso de electro bisturí (raras).
8. Podría requerirse la utilización de sangre o sus derivados.
9. Descompensación de enfermedades previas como hipertensión, asma, bronquitis, diabetes, cardiopatía, anemia

**RIESGOS ESPECIFICOS DE ESTA CIRUGIA**

1. Infección de la herida quirúrgica que puede llevar a sepsis y riesgo vital.
2. Hemorragia masiva de un vaso que puede provocar la muerte o isquemia.
3. Lesión o afectación de un tronco nervioso que ocasione déficit sensitivo o motor.
4. Rotura o estallido de huesos manipulados.
5. Aflojamiento o rechazo de material implantado.
6. Flebitis o tromboflebitis que puede ocasionar tromboembolismo pulmonar.
7. Acortamiento, alargamiento o rotación del miembro operado o deformidad.
8. Cicatrices no estéticas o queloides.
9. Alteraciones distrofasias o metabólicas del hueso que llevan a dolor crónico o impotencia funcional.
10. Lesiones vasculonerviosas por isquemia producida en caso de uso de torniquete.
11. Quemaduras con Bisturí eléctrico.
12. Dehiscencia de sutura.
13. Reacciones alérgicas.

**DECLARACION DEL PACIENTE**

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y los propósitos de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dichos los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Además, me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que me van a aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.
2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
3. Doy mi consentimiento para que me administren la anestesia señalada, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.
4. En cualquiera de los casos deseo que se me respeten las siguientes condiciones:

NOTA: Si no hay condiciones, escríbase ninguna. Si no se aceptan alguno de los otros puntos hágase constar:

5. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

**DECLARACION DEL PROFESIONAL**

En mi calidad de médico responsable, declaro que he informado al paciente del propósito y la naturaleza del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles riesgos de los resultados que se esperan.

**DECLARACION DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito.

El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello

YO \_\_\_\_\_  
con Documento de Identidad \_\_\_\_\_

doy mi consentimiento para que el (los) profesional (es) y el personal auxiliar que el/ella precise (n) le realicen este procedimiento. puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

**DISSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consiente mi denegación /revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

**ACLARACION**

Manifiesto que no se leer, por lo tanto el contenido de este documento, me fue leído por \_\_\_\_\_ con documento de identificación \_\_\_\_\_

**Información del folio No. 5**


**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
ORTOPEDIA  
C.C. - F. No. 258  
R.M. 5-1302-98

---

**JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**  
C.C 70385137

---

**Testigo**

  
**SANIN EDUARDO SANIN**  
ORTOPEDIA  
C.C. 70385137  
R.M. 5130298

---

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**R.M. 5130298**

**Información del folio No. 5**

  
**SANIN EDUARDO SANIN**  
ORTOPEDIA  
C.C. 70385137  
R.M. 5130298

---

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
141 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**R.M. 5130298**



**LISTA DE VERIFICACION CONDICIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA (BLOQUEADO)**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 6</b>	<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 13:58</b>		
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Otra

**LISTA DE VERIFICACION CONDICIONES PREVIAS A LA INTERNVENCION QUIRURGICA.**

**Talla** 1,66      **Peso** 60,00      **IMC** 21,77

**Una hora antes de la cirugía.**

Retirar de prótesis y objetos metálicos: SI

Objetos personales con la familia: SI

Tender la cama con ropa limpia (En el posoperatorio): SI

Alergias: desconocidos

Aislamiento:

Antibiótico profiláctico medicamento:

Vía: Hora:

Medir y registrar los signos vitales: SI

Eliminación antes de llevarlo a cirugía: SI

Indicar al paciente que debe permanecer en la cama hasta la hora de la cirugía: SI

Administrar de medicación prescrita: SI

Manilla de identificación: SI

Valorar y registrar el estado emocional del paciente y proporcionar el apoyo que necesite: SI

Verificar ayudas Dx antes de traslado al quirófano (laboratorio e imagenología): SI

Verificar disponibilidad de hemoderivados para transfusión: N/A

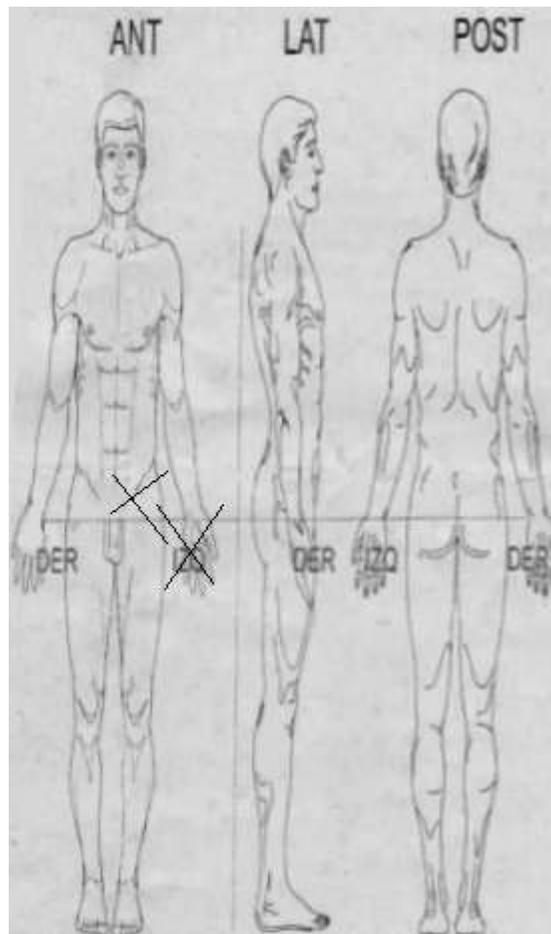
Verificar la reserva de cama en UCI o UCE: N/A

Informar a la familia donde puede permanecer durante la intervención quirúrgica, tranquilizarla y confortarla en la medida de lo posible: SI

**Formato de evidencia de realización de adherencia a procedimientos o protocolos de enfermería.**

**Información del folio No. 6**

**SUAZA CHACON YASMIN ANDREA**  
 AUXILIAR DE ENFERMERIA  
 R.M. 05-5398-16



**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		■

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Urgencias\_Observacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 6**

*Yasmin Andrea Guzmán Chacon*

**SUAZA CHACON YASMIN ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-5398-16



**INGRESO URGENCIAS**

**VICTIMA ACCIDENTE DE TRANSITO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

FOLIO N° 7		Fecha del Folio: 12/08/2019 13:55							
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24	<b>Fecha de inicio de registro:</b>	12/08/2019 13:48	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente de_Trans ito

**Estado del paciente:** Presente

**CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO  
 EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

¿LA ATENCIÓN ES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO?  SI  NO

Segun decalaracion de **JORGE EMILIO ZULUAGA** fue victima  
**ZULUAGA**

de un accidente de transito ocurrido el dia 12/08/2019 09:30 ingresando al servicio de urgencias el dia 12/08/2019 13:00

El suscrito medico Certifica que las lesiones medicas en el presente documento correponden a hallazgos clinicos ocurridos como consecuencia de accidente de transito

**MARIN RIVERA LEIDY DANIELA**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1088314341

**TIPO DE INGRESO:** Urgencias

**Discapacidad del Paciente:** Sin discapacidad

**¿Actualmente consume tabaco?** No

**REINGRESO:** NO

**REMITIDO:** NO

**MOTIVO DE CONSULTA:**

" Me accidente y sigo con dolor"

**ENFERMEDAD ACTUAL :**

Jorge, 43 años, residente en Cocorná, labora en construcción

**Antecedentes**

- Patologicos: niega
- Alérgicos: niega
- Qx: niega

Paciente quien hace 1 semana presenta accidente en calidad de conductor de moto, refiere que en una curva es arrollado por un carro con trauma en hemicuerpo izquierdo. Consulta a hospital local donde hacen Rx que descarata fractura en tobillo y femur manejo sintomatico ambulatorio sin mejoría. Ahora con persistencia del dolor, limitación para la marcha y edema en mano izquierda, niega otros traumas, niega otros sintomas

**REVISION POR SISTEMAS:**

No

**Información del folio No. 7**

**Daniela Marin Rivera**  
 RM 1088314341  
 Médico UPB

**MARIN RIVERA LEIDY DANIELA**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1088314341

Rx de tobillo y femur izquierdo: sin evidencia de fracturas

**ESTADO AL INGRESO:**  CONSCIENTE  AGITADO  ALICORADO  INCONSCIENTE  MUERTO  SOMNOLIENTO

**ANTROPOMETRÍA/SIGNOS VITALES**

PESO: - Kg TALLA: IMC: TEMP: 36.5 C PA: 120/79  
FC: 80 /MIN FR: 19 /MIN SATURACION DE OXIGENO: 96 FIO2: 21 DOLOR: 3

**ESCALA DE GLASGOW** APERTURA OCULAR RESPUESTA VERBAL RESPUESTA MOTORA  
4 ESPONTANEO 5 ORIENTADO 6 OBEDECE ORDENES **GLASGOW** 15

**Valoración Ingreso:**

**EXAMEN FISICO:**

En aparentes buenas condiciones, alerta, afebril, mucosas húmedas  
Cabeza y cuello sin alteraciones  
Ruidos cardiacos ritmicos sincronicos con pulso, no soplos ; campos pulmonares limpios, no dificultad respiratoria  
Abdomen blando, depresible no masas no megalias, no dolor  
Neurológico sin déficit motor ni sensitivo aparente  
Extremidades: evidencia de deformidad en 4to dedo de mano izquierda equimosis y limitación para movilidad. Imposibilidad para realizar arcos de movimiento de cadera izquierda, persistencia de equimosis y edema en pie izquierdo

**ANALISIS-PLAN:**

Paciente con accidente de tránsito hace 1 semana, descartan fracturas en tobillo y femúr izquierdo, ahora consulta por limitación para la marcha y dolor en mano izquierda. Requiere descartar luxofractura de cadera y de falange de mano izquierda, se solicita Rx de cadera y de mano, se hace manejo sintomatico, definir conducta según resultados

**Conciliación medicamentosa:**

1. Forma de Verificación de la prescripción:
2. Listado de Medicamentos que recibe el paciente y por qué
3. ¿Se concilia medicamentos? ¿Por qué?

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Tipo Antecedente	Fecha	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

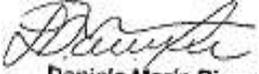
Código CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S627	<input type="checkbox"/> FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Urgencias\_Observacion

**Ord. Médicas:** NOTA diferida por congestión del servicio  
nota de ingreso  
paciente ya valorado y programado  
Se explica conducta a seguir

**Información del folio No. 7**

  
Daniela Marin Rivera  
RM 1088314341  
Médico UPB

**MARIN RIVERA LEIDY DANIELA**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M.** 1088314341



**EVOLUCION ANESTESIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT
<b>8</b>	<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 15:46</b>		
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica <b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**EVOLUCION ANESTESIOLOGIA**

**SUBJETIVO**

PROGRAMADO PARA REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE CADERA IZQUIERDA + OSTEOSINTESIS DE 4TO DEDO MANO IZQUIERDA.  
 AP: NO  
 ALERGIAS: NO

**OBJETIVO**

HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, CONCIENTE, ORIENTADA, A FEBRIL, HIDRATADA. TA: 132/78 MMHG FC: 77 X' FR: 16 X'  
 SIN PREDICTORES DE VIA AEREA DIFICIL.  
 IDX: ASA I

**ANALISIS**

SE PUEDE OPERAR.  
 AYUNO COMPLETO.  
 SE FIRMA CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA Y SE EXPLICAN RIESGOS ANESTESICOS.

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	

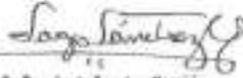
**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
N01AF0057 01	FENTANILO SLN INY 0.5MG/10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa		<input type="checkbox"/> 0	3.00 MILILITRO Dosis Unica -
N01AX0107 02	PROPOFOL EMULSION SLN INY 1%/0.20G AMP X 20ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa		<input type="checkbox"/> 0	150.00 MILIGRAMO Dosis Unica -
M03AC0117 01	CISATRACURIO SLN INY 10MG/5ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa		<input type="checkbox"/> 0	2.00 MILIGRAMO Dosis Unica -

**Información del folio No. 8**

Dr. Dagoberto Sanchez Mazzari  
 Anestesiólogo y Maniobrador  
 C.R. 17.187.208  
 P.O. No. 01-0448-08

N01BL0117 021	LIDOCAINA SIMPLE SLN INY 2%	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	3.00 MILILITRO Dosis Unica -
N01AH0602 47	REMIFENTANILO 2MG POLVO LIOF INY	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	1.00 MILIGRAMO Dosis Unica -
B05BS0047 02	SODIO CLORURO 0.9% X 250ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	250.00 MILILITRO Dosis Unica -
B05BS0047 03	SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	1500.00 MILILITRO Dosis Unica -
H02AD0057 11	DEXAMETASONA SLN INY 8MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	1.00 AMPOLLA Dosis Unica -
M01AD015 701	DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	1.00 AMPOLLA Dosis Unica -
N02AA0502 48	OXICODONA SLN INY 10MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	4.00 MILIGRAMO Dosis Unica -
N02BD0267 01	DIPIRONA SLN INY 1G/2ML	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> 0	2.00 GRAMO Dosis Unica -
N01BB0137 02	BUPIVACAINA SIMPLE SLN INY 0.5%	<input checked="" type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> 0	5.00 MILILITRO Dosis Unica - LOCAL.

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).****Tipo Indicación:** Cirugia**Órd. Médicas:****Información del folio No. 8**

Dr. Dagoberto Sanchez Mazzari  
ANESTESIOLOGIA Y MANEJO  
TEL: 01-0448-08

**SANCHEZ MAZZIRI DAGOBERTO**

ANESTESIOLOGIA

**R.M. 01-0448-08**



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**INSTRUMENTACION QUIRURGICA - GESTOR CLINICO (NO DGH)**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 9</b>		<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 16:03</b>	
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

El Codigo del tejido corresponde con el nombre del paciente.

<b>Nombre del tejido</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Codigo</b>
--------------------------	-----------------	---------------

Hay evidencias de los rotulos adhesivos

**MANIPULACION DEL TEJIDO**

- Se verifica integridad del hielo testigo
- Se manipula el tejido en condiciones esteriles
- Se realiza descongelacion con suero fisiologico (30°-40° C)
- El injerto osteotendinoso se descongela dentro de la bolsa esteril para evitar sobre hidratacion
- Se manipula injerto completamente descongelado para evitar fracturas del tejido

**Nota del procedimiento**

Nombre del especialista que implanta el tejido

**DATOS DEL TEJIDO**

Donante de Sexo

Edad

Fecha de Extraccion

Fecha de Procesamiento

Lugar de extraccion

Se evidencian pruebas Serologicas del tejido

**JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**

Cédula\_Ciudadanía  
70385137

**PUENTES SIBAJA OCTAVIO JOSE**

INSTRUMENTACION  
R.M. 13008-07

**JAIIME EDUARDO SANTIN**  
ARANGO  
CIRUJANO  
R.M. 5130298

**SANTIN ARANGO JAIIME EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
R.M. 5130298

### CONTEO DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA

**DISPONIBILIDAD**

Ropa SI  
Equipos SI  
Insumos SI  
Suturas SI  
Injerto N.A.  
Material de Osteosintesis (OTS) SI

Observaciones x

**ESTERILIZACION**

Ropa SI  
Equipos SI  
Insumos SI  
Suturas SI  
Injerto N.A.  
Material de Osteosintesis (OTS) SI

Observaciones x

**CONTEO**

Pinzas Completo SI Cantidad 30  
Agujas Completo SI Cantidad 2  
Hojas Bisturi Completo SI Cantidad 1  
Gasas Completo SI Cantidad 5  
Compresas Completo NO Cantidad  
Torundas Completo NO APLICA Cantidad  
Cotonos Completo NO APLICA Cantidad  
Hiladillas Completo NO APLICA Cantidad  
Observaciones cx sin complicaciones

**INFORMACION PROCEDIMIENTO**

<b>Procedimiento 1:</b>	014174 OSTEOSINTESIS CON PLACA Y TORNILLOS O FIJACION EXTERNA DE FRACTURA DE METACARPANOS O FALANGES (UNA A DOS)	
<b>Procedimiento 2:</b>		
<b>Especialista:</b>	71739299 JAIME EDUARDO SANIN ARANGO	
<b>Sustituto Oseo:</b>	NO	x
<b>Cemento oseo:</b>	NO	x
<b>Casa Comercial:</b>	lh	

**MATERIAL DE OSTEOSINTESIS**

Nombre O Descripción	Referencia	Fabricante	Num Lote	Registro INVIMA	Cantidad
pin de 1.5	185.141	lh	18111157	2013dm 0010474	2,0000

Esta tarjeta contiene información importante sobre su implante.  
Debe presentarla cada vez que acuda a una atención de servicios de salud.  
En caso de extravió solicitar copia Historia Clínica en la institución Clínica SOMER.


**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**
**TRANSOPERATORIO ENFERMERÍA**
**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b>	3127790659	<b>Dir.responsable:</b>		<b>Parentesco:</b>	ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES			<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO N° 10</b>			<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 16:15</b>				
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Detalle del folio:**
**REGISTRO QUIRURGICO ENFERMERIA**

<b>Fecha</b>	12/08/2019 14:30	<b>Quirófanos</b>	Quinto	<b>Especialidad</b>	Ortopedia	<b>Intervención</b>	reduccion cerrada de luxacion de cadera mas osteosintesis de falanje de 4 dedo de mano izquierda
<b>Sitio Oper</b>	cadera izquierda mas 4 dedo de mano izquierda	<b>Tipo de Cirugia</b>	Prioritaria	<b>Clasificación Herida</b>	Limpia		
<b>Antibiótico:</b>	No						
<b>Tipo de antibiótico</b>		<b>Dosis</b>		<b>Fecha-Hora de administración de antibiótico</b>			
<b>Profilaxis antibiotica</b>	SI	<b>Refuerzo de profilaxis</b>	NO APLICA	<b>OBSERVACION(ANTIBIOTICO UTILIZADO)</b>	CEFALOXINA 2 GR EN 100 CC DE SOLUCION SALINA		
<b>Hora Llegada</b>	12/08/2019 14:30	<b>Destino</b>	Hospitalización	<b>Hora Inicio Anestesia</b>	12/08/2019 14:40		
<b>Hora Insición</b>	12/08/2019 15:00	<b>Hora Apósito</b>	12/08/2019 16:00	<b>Hora Salida</b>	12/08/2019 16:10		
<b>Monitorización</b>	<input type="checkbox"/> Diuresis <input checked="" type="checkbox"/> Ecg <input type="checkbox"/> Gasometria <input checked="" type="checkbox"/> Pulsoximetria <input checked="" type="checkbox"/> TA no invas <input type="checkbox"/> TA Directa <input type="checkbox"/> Pvc	<b>Otros</b>					
<b>Material Osteosíntesis(Incluir liga Clips)</b>	PIN DE 1,5 MM	<b>Biopsias</b>	NO	<b>Bacteriología</b>	NO	<b>Sondas y drenes</b>	
<b>Canulación Via</b>	<input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Central	<b>Bisturí Eléctrico</b>	Si	<b>Observación S.D</b>	NO		
<b>ASEPSIA ZONA</b>	Rasurado No	<b>Lavado con</b>	Clorhexidina alcoholica	<b>Pintado con</b>	NO		
<b>ISQUEMIA</b>		<b>Localización</b>	TERCIO MEDIO DE BRAZO IZQUIERDO				
<b>Compresa Usadas N°</b>	Und	<b>Gasas Usadas N°</b>	10Und	<b>Agujas Usadas N°</b>	3Und	<b>Pinzas Usadas N°</b>	30Und
<b>Conteo Verificado</b>	No	<b>Conteo Verificado</b>	Si	<b>Conteo Verificado</b>	Si	<b>Conteo Verificado</b>	Si
<b>Tipo de Anestesia:</b>	Anestesia General		<b>Anestesia Regional:</b>	Anestesia			
<b>Observaciones</b>	<p>Ingresa paciente al servicio de cirugía sala # 5, programado para reducción cerrada de luxación de cadera izquierda mas osteosintesis de 4to falanje de mano izquierda, paciente despierto, tranquilo, sin trabajo respiratorio, con líquidos endovenosos permeables en mano derecha, a nivel 4 to dedo de mano izquierda con edema equimosis y deformidad, buen llenado capilar distal, se monitoriza.</p> <p>Se realiza primer pausa quirúrgica en presencia de anestesiólogo e instrumentador, material quirúrgico y de osteosintesis disponible.</p> <p>Dr. Sanchez induce anestesia general con gases inhalatorios, ordena administrar medicamentos I.V y coloca mascara laringuea #4.0 infla neumo, fija y conecta a maquina de anestesia sin complicaciones, realiza proteccion ocular.</p> <p>se observa con leve edema y deformidad en cadera izquierda, herida traumatica en rodilla pequeña suturada sin curacion, edema y equimosis en pie izquierdo a nivel de talon y falanjes.</p> <p>Dr Sanin realiza reduccion cerrada de luxacion de cadera izquierda, verifica posicion con ayuda de intensificador de imagen.</p> <p>se realiza asepsia del area quirurgica con soluprep esponja, se deja actuar por tres minutos, no se realiza barrido, procedimiento realizado por el auxiliar de enfermeria Sebastian Sanchez.</p> <p>visten con campos esteriles indicadores quimicos OK.</p> <p>Se realiza segunda pausa quirurgica en compañía de todo el grupo quirurgico.</p> <p>Ayudante Dr Aramburo</p> <p>Dr Sanin realiza insicion a nivel de 4to falanje de mano izquierda, visualiza y ubica fractura, coloca PIN de 1,5 mm (VER INFORME QUIRURGICO), realiza hemostasia, inicia suturas por planos con nylon 4.0 verificando hemostasia, realiza curacion y cubren con vendajes de tejidos blandos limpios y secos, Dr Sanin coloca traccion de tejidos blandos en cadera izquierda con un peso de 3 kg, se deja en brawn.</p> <p>termina acto quirurgico sin aparentes complicaciones, se realiza conteo completo.</p> <p>Dr Sanchez ventila paciente, retira mascara laringuea, se pasa a camilla de transporte y posteriormente a sala de recuperacion, en estables condiciones generales, somnoliento aun bajo efectos residuales de anestesia general, ventilando espontaneamente, se monitoriza y se entrega a la auxiliar Ana Loaiza</p>						
<b>Cirujano:</b>	71739299 SANIN ARANGO JAIME EDUARDO	<b>Anestesiólogo:</b>	77187350 SANCHEZ MAZZIRI DAGOBERTO	<b>Instrumentador</b>	11078213 PUENTES SIBAJA OCTAVIO JOSE		

**CASTAÑO MONSALVE YULY**  
**ALEJANDRA**  
 AUXILIAR DE ENFERMERIA  
 R.M. 5-4315-12





### REGISTRO DE CONTROL DE OXIGENO

N° Historia Clínica: 70385137

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT
<b>FOLIO N° 11</b>		<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 16:17</b>	
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica <b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

### REGISTRO DE CONTROL DE OXIGENO

**Fecha y hora de inicio:** 12/08/2019 14:30 **Fecha y hora final:** 12/08/2019 16:30

Cantidad total administrada:	Tiempo total administrado:	Resultado:	Dispositivo:
2 Litros x minuto	2 horas 0 minutos	6.000,0 Litros	Ventilador mecánico

**Observaciones:** EN CX

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Cirugia

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 11**

**CASTAÑO MONSALVE YULY ALEJANDRA**  
AUXILIAR DE ENFERMERIA  
R.M. 5-4315-12



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**INFORME QUIRURGICO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b>	3127790659	<b>Dir.responsable:</b>		<b>Parentesco:</b>	ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES			<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO N°12</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 12/08/2019 16:25						
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito

**Detalle del folio:**

**1er Cirujano** 71739299 SANIN ARANGO JAIME EDUARDO

**2do Cirujano**

**3er Cirujano**

**1er Ayudante** Dr Aramburo

**2o Ayudante**

**3er Ayudante**

**Anestesiologo** Dr Sanchez

**Instrumentador** Octavio Puente

**Fecha y Hora de Inicio** 12/08/2019 15:00 **Fecha y Hora de Finalizacion** 12/08/2019 16:10

**Tipo de anestesia:**

GENERAL

**Intervencion practicada** Reduccion luxacion posterior de cadera 13754 (8) 75 %  
Reduccion abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda 14165 (10) 100 %  
Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo 14332 (10) 50 %

**Descripcion de quirurgica y procedimientos.**

Via A: Se hace reduccion cerrada de luxacion posterior de cadera izquierda. Dificil la reduccion. Queda estable

Se deja con traccion de tejidos blandos con 3 kgs

Via B: Campos esteriles. Abordaje dorsal en Z. Diseccion por planos. Se reduce luxofractura IF y se hace OS con 2 pines de 1.5 mm. Hay perdida articular con riesgo alto de artrosis postraumatica. Se hace reparacion de ligamentos colaterales con pds. lavado + hemostasia. Se sutura por planos

Se deja hospitalizado

**Tejidos enviados a Anatomia Patologia**

No

**Hallazgos operatorios**

luxacion posterior de cadera izquierdaLuxofractura IFP del 4 dedo. Fractura conminuta de la base de la FP del 4 dedo con lesion ligamentos colaterales. Perdida de la superficie articular. Riesgo alto de artrosis

**Complicaciones**

No

**Clasificación de la cirugía**

Limpia

**Profilaxis Antibiótica:**

Antibiótico Adulto: Cefazolina 2 gr IV

**¿Pérdida sanguínea mayor de 500 cc?**

No

**¿Se solicita cultivo?**

No

**¿Se ordena biopsia?**

No

**Días de reposo:** 1

**Antecedentes**

**Información del folio No. 12**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

  
**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
 CIRUJANO  
 C.C. 1916659  
 NIT 8-1302-98

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**R.M. 5130298**

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle



**Diagnósticos Registrados en este folio**

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
J01DC0447 21	cefAZOLina POLVO INY 1G	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	4	<input checked="" type="checkbox"/> 4	1.00 GRAMO Cada 6.00 Horas Definido por 4 Dosis - un gramo IV cada 6 horas por 4 dosis
B01AE0207 02	ENOXAPARINA SODICA HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR SLN INY 40MG/0.4ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Subcutaneo	100	<input checked="" type="checkbox"/> 0	40.00 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 1.00 Dia Indefinido - 40 mgs sc cada 24 horas
N02BD0267 01	DIPIRONA SLN INY 1G/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	21	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1.00 GRAMO Cada 8.00 Horas Indefinido - 1 gramo iv cada 8 horas
N02BA0010 11	ACETAMINOFEN TAB 500MG	<input checked="" type="checkbox"/>	Oral	200	<input checked="" type="checkbox"/> 0	2.00 TABLETA Cada 8.00 Horas Indefinido - 2 cada 8 horas

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida

Órd. Médicas: Traslado a piso  
Dieta libre  
Traccion con 3 kgs  
Rx de control

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
873412	873412 - RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	1	Rutinario	AP pelvis
873210	873210 - RADIOGRAFIA DE MANO	1	Rutinario	AP y oblicua de mano izquierdo

Información del folio No. 12



**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
R.M. 5130298

**EVOLUCION POSANESTESIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 13</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 12/08/2019 16:59		
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Accidente_de_Transito

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**ESCALA BROMAGE**

Mueve piernas y pies libremente. Flexiona cadera

**Puntuación:** Grado 1 Puede ser egresado de sala de recuperación

**Análisis:**

**ESCALA ALDRETE**

Actividad: Mueve las 4 extremidades  
 Respiración: Capaz de respirar profundamente y toser libremente  
 Circulación: PA < 20% del nivel preanestésico  
 Conciencia: Completamente despierto  
 Saturación: Mantiene SaO2 > 92% con aire ambiente o niveles basales según su contexto

**Puntuación:** 10 Puede ser egresado de sala de recuperación

**Análisis:**

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		■

**Diagnósticos Registrados en este folio** \*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S730	LUXACION DE CADERA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
S627	FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

**Información del folio No. 13**



**ALVAREZ TORRES EDWIN JAVIER**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 71775577

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Espera\_de\_evolucion\_por\_especialista

**Órd. Médicas:** Paciente 43 de años pop de:  
Reduccion luxacion posterior de cadera  
Reduccion abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda  
Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo

bajo anestesia:  
GENERAL  
refiere sentirse en buenas condiciones generales. Niega dolor de intensidad fuerte. No emesis.

FC: 82 PA:146/87 SAT: 99 FR:16  
Alerta, sin dolor, sin disnea  
Ruidos cardiacos ritmicos, No soplos.  
M.v presente, bilateral, simetrico. Sin agregados.  
Abdomen blando, depresible. No doloroso. No masas ni megalias.  
Ext: inmovilizacion y traccion en miembro inferior izquierdo , no areas de sangrado, sin deficit neurovascular,  
sin deficit neurologico

Paciente con adecuada evolucion clinica en sala de recuperacion Sin complicaciones perianestésicas estable hemodinamicamente se decide traslado de sala para continuar recuperacion segun indicaciones de manejo dadas por especialista.

**Información del folio No. 13**



**ALVAREZ TORRES EDWIN JAVIER**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M. 71775577**



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	

<b>FOLIO N° 14</b>	<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 23:33</b>
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24
<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Ninguna

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 873412 RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA

**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 70,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 32,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 102,0000

**Antecedentes**

**Información del folio No. 14**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**HENAO GOMEZ ANDREINA**  
 TECNOLOGO IMAGENES  
 DIAGNOSTICAS  
 R.M. 1036925354



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 14**

**HENAO GOMEZ ANDREINA**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 1036925354



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 20 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	

<b>FOLIO N° 15</b>	<b>Fecha del Folio: 12/08/2019 23:34</b>
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24
<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Ninguna

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 873210 RADIOGRAFIA DE MANO

**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

**CANTIDAD KV:** 55,00

**CANTIDAD MaS:** 5,0000

**CANTIDAD KV:** 55,0000

**CANTIDAD MaS:** 5,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**CANTIDAD KV:** 0,0000

**CANTIDAD MaS:** 0,0000

**TOTAL:** 120,0000

**Antecedentes**

**Información del folio No. 15**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

*Andrina Heno Gomez*

**HENAO GOMEZ ANDREINA**

TECNOLOGO IMAGENES  
 DIAGNOSTICAS

**R.M. 1036925354**



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

Información del folio No. 15

**HENAO GOMEZ ANDREINA**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 1036925354

**INGRESO MEDICO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 16</b>	<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 00:25</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**Detalle del folio:**

**EVOLUCIÓN**

**¿De dónde procede el paciente?** Cirugia

**¿Actualmente usted fuma?** No

**SIGNOS VITALES**

**Peso:** . **TEMP:** 36.4 **PA:** 110/70 **FC:** 81 **FR:** 20 **SAT 02:** 96 **FI 02:** 21 **Dolor:** 1

**SUBJETIVO**

Refiere estar bien, dolor modulado.

**OBJETIVO**

En aparentes buenas condiciones, alerta, afebril, mucosas húmedas  
Cabeza y cuello sin alteraciones  
Ruidos cardíacos rítmicos sincrónicos con pulso, no soplos ; campos pulmonares limpios, no dificultad respiratoria  
Abdomen blando, depresible no masas no megalias, no dolor  
Neurológico sin déficit motor ni sensitivo aparente  
Extremidades: mano izquierda con vendaje sin signos de sangrado activo, llenado capilar distal menor a 2 segundos.  
Cadera izquierda con herida cubierta sin signos de sangrado activo, pulsos periféricos presentes, llenado capilar distal menor a 2 segundos.  
Con tracción de cadera a 3 kg.

**ANÁLISIS**

Jorge, 43 años, residente en Cocorná, labora en construcción

**Antecedentes**

-Patológicos: niega  
-Alérgicos: niega  
-Qx: niega

**DX**

POP 12/08/19  
Reducción luxación posterior de cadera  
Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda  
Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo  
Hallazgos operatorios  
luxación posterior de cadera izquierda Luxofractura IFP del 4 dedo. Fractura conminuta de la base de la FP del 4 dedo con lesión ligamentos colaterales. Pérdida de la superficie articular. Riesgo alto de artrosis

Paciente quien hace 1 semana presenta accidente en calidad de conductor de moto, refiere que en una curva es arrollado por un carro con trauma en hemicuerpo izquierdo. Valorado por Ortopedia considera manejo quirúrgico llevado el día de ayer sin complicaciones, en el momento llega de sala de recuperación quirúrgica paciente estable hemodinámicamente, dolor modulado, a la espera de evolución y revaloración por Ortopedia, se indica igual manejo médico, control de signos vitales y avisar cambios.

**Información del folio No. 16**



**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO  
HERNANDO**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M. 1061689519**

**EPICRISIS****Conciliación medicamentosa****Nutrición:** Adultos**FORMATO FERGUSON**

1. ¿Ha perdido peso de forma NO intencional en los últimos 6 meses? No
2. ¿Se ha alimentado deficientemente por falta de apetito en las últimas 2 semanas? No

**Puntuación:** 0 **Riesgo:**Bajo**Plan de manejo:** Escala visual de ingesta**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Fecha** **Tipo Antecedente** **\* Detalle****Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi	DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S627	<input type="checkbox"/> FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).****Tipo Indicación:** Hospitalizacion**Órd. Médicas:** Jorge, 43 años, residente en Cocorná, labora en construcción

Antecedentes

-Patologicos: niega

-Alérgicos: niega

-Qx: niega

DX

POP 12/08/19

Reduccion luxacion posterior de cadera

Reduccion abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda

Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo

Hallazgos operatorios

luxacion posterior de cadera izquierdaLuxofractura IFP del 4 dedo. Fractura conminuta de la base de la FP del 4 dedo con lesion ligamentos colaterales. Perdida de la superficie articular. Riesgo alto de artrosis

Paciente quien hace 1 semana presenta accidente en calidad de conductor de moto, refiere que en una curva es arrollado por un carro con trauma en hemicuerpo izquierdo. Valorado por Ortopedia considera manejo quirurgico llevado el dia de ayer sin complicaciones, en el momento llega de sala de recuperacion quirurgica paciente estable hemodinamicamente, dolor modulado, a la espera de evolucion y revaloracion por Ortopedia, se indica igual manejo medico, control de signos vitales y avisar cambios.

**Solicitud de Interconsulta****Consec, Especialidad****Dx****Motivo****Observaciones****Información del folio No. 16**

**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO  
HERNANDO**

MEDICINA GENERAL

**R.M.** 1061689519

Jorge, 43 años, residente en Cocorná, labora en construcción Antecedentes-Patologicos: niega - Alérgicos: niega -Qx: niega DXPOP 12/08/19Reduccion luxacion posterior de cadera Reduccion abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo Hallazgos operatoriosluxacion posterior de cadera izquierdaLuxofractura IFP del 4 dedo. Fractura conminuta de la base de la FP del 4 dedo con lesion ligamentos colaterales. Perdida de la superficie articular. Riesgo alto de artrosisPaciente quien hace 1 semana presenta accidente en calidad de conductor de moto, refiere que en una curva es arrollado por un carro con trauma en hemicuerpo izquierdo. Valorado por Ortopedia considera manejo quirurgico llevado el día de ayer sin complicaciones, en el momento llega de sala de recuperacion quirurgica paciente estable hemodinamicamente, dolor modulado, a la espera de evolucion y revaloracion por Ortopedia, se indica igual manejo medico, control de signos vitales y avisar cambios.

**Información del folio No. 16**

**TROMBOEMBOLISMO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim.:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659		
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	
<b>FOLIO N° 17</b>		<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 00:25</b>	
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**Detalle del folio:**

**ESCALA DE CAPRINI**

1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	5 PUNTOS
<input checked="" type="checkbox"/> Edad 41-60 años	<input type="checkbox"/> Edad de 61 a 74 años	<input type="checkbox"/> Edad ≥ a 75 años	<input type="checkbox"/> ACV (< 1 mes)
<input type="checkbox"/> IMC > 25g/m2	<input checked="" type="checkbox"/> Cirugía abierta > 45 mins	<input type="checkbox"/> Historia de TEV	<input checked="" type="checkbox"/> Fractura de pelvis, cadera o pierna
<input type="checkbox"/> Edema en piernas	<input type="checkbox"/> Cirugía laparoscópica > 45 mins	<input type="checkbox"/> Historia familiar de TEV	<input type="checkbox"/> Injuria aguda de la médula espinal (<1 mes)
<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Malignidad	<input type="checkbox"/> Factor V Leiden	
<input type="checkbox"/> Embarazo o postparto	<input type="checkbox"/> Reposo en cama > 72 horas	<input type="checkbox"/> Protrombina 20210A	
<input type="checkbox"/> Historia de aborto recurrente	<input type="checkbox"/> Inmovilización con yeso	<input type="checkbox"/> Anticoagulante lupico	
<input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal	<input type="checkbox"/> Cateter venoso central.	<input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipinas	
<input type="checkbox"/> Sepsis < 1 mes		<input type="checkbox"/> Homocisteína elevada en suero	
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar grave incluida neumonia < 1 mes		<input type="checkbox"/> Trombocitopenia inducida por heparinas	
<input type="checkbox"/> Función pulmonar anormal		<input type="checkbox"/> Otras trombofilias congénitas o adquiridas	
<input type="checkbox"/> IAM			
<input type="checkbox"/> ICC < 1 mes			
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoriointestinal			
<input type="checkbox"/> Cirugía Menor			

**Valor: 8**

**Nivel de Riesgo: Alto Riesgo, Riesgo de TEV en ausencia de profilaxis: 6,00%, Otros procedimientos en esta categoría de Riesgo: Cirugía bariátrica, neumonectomía, craneotomía, Lesión cerebral traumática, lesión de médula espinal, otros traumas mayores..**

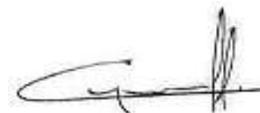
**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Fecha**                      **Tipo Antecedente**                      \* **Detalle**



**Información del folio No. 17**



**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO  
HERNANDO**  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 1061689519

---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:** Se realiza escala caprini, riesgo alto, paciente debe continuar con tromboprofilaxis farmacologica.

**Información del folio No. 17**



---

**RODRIGUEZ LOPEZ GUILLERMO  
HERNANDO**

MEDICINA GENERAL

**R.M.** 1061689519



**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> Union Libre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	
<b>FOLIO N° 18</b>		<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 03:14</b>	
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. 3.Ligeramente limitada.**

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o gesticulación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

**Observaciones**

**EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad**

**4.Raramente húmeda.**

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

**Observaciones**

**ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.**

**1.Encamado/a.**

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

**Observaciones**

**MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo**

**2.Muy limitada.**

Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

**Información del folio No. 18**

**GIRALDO MESA MELISSA YULIETH**  
AUXILIAR DE ENFERMERIA  
**R.M. 5-6841-11**

## Observaciones

### NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos

### 3. Adecuada.

Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

## Observaciones

### ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

### 2. Problema potencial.

Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. recientemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes posicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

## Observaciones

### VALOR 13 RIESGO MODERADO: puntuacion total 13-14 puntos.

#### RIESGO MODERADO:

- Cambios de posición: Cada 2 o 3 horas según reloj de cambios de posición, especial atención si tiene zonas antiguas de UPP.
- Alimentación: Ofrecer suplementos dietéticos hiperproteicos.
- Mantener seco: Higiene corporal o local diaria y a demanda. Cambios de sábanas cada 12 horas.
- Superficie de Apoyo: Superficies dinámicas (colchón de aire alternante) o superficies estáticas de altas prestaciones (Colchones-Colchonetas viscoelásticas).
- Ácidos grasos hiperoxigenados: 2 veces al día.
- Productos de barrera: Valorar su aplicación en zonas de riesgo.
- Medición del riesgo: Diario, 2 veces día a las 8 am 8 pm.

#### Información del folio No. 18

**GIRALDO MESA MELISSA YULIETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-6841-11



Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA  
Cédula\_Ciudadanía 70385137

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	
<b>FOLIO N° 19</b>		<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 03:15</b>	
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA CAIDA DE MORSE.**

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 25 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

**Observaciones**

**Dignóstico Secundario: 15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

**Observaciones**

**Ayuda para la deambulación: 0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

**Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

**Observaciones**

**Equilibrio/Traslado: 20 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inmóvil.

10 puntos: Debil.

20 puntos: Alterado.

**Observaciones**

**Información del folio No. 19**

*Melissa Giraldo*

**GIRALDO MESA MELISSA YULIETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 5-6841-11

**Estado Mental:** **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.  
15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

**VALOR 80 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 19**



**GIRALDO MESA MELISSA YULIETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 5-6841-11



**FORMULARIO PARA LA VALORACION E IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE CUIDADO DEL USUARIO HOSPITALIZADO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 20</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 13/08/2019 04:03
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24
<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**Datos administrativos**

Comprobada manilla de identificación  
Elementos personales entregados a

**Ingreso actual**

Motivo de consulta: Hace 1 semana presenta accidente en calidad de conductor de moto, refiere que en una curva es arrollado por un carro con trauma en hemicuerpo izquierdo. Consulta a hospital local donde hacen Rx que descarta fractura en tobillo y femur manejo sintomatico ambulatorio sin mejoría. Ahora con persistencia del dolor, limitación para la marcha y edema en mano izquierda, niega otros traumas, niega otros síntomas  
Diagnóstico médico: S627 FRACTURAS MULTIPLES DE LOS DEDOS DE LA MANO  
Protesis dental: Sí

**Antecedentes de salud**

**Antecedentes de Enfermedades Crónicas no trasmisibles:**

Hipertensión Arterial  Diabetes Mellitus  Asma  EPOC  Insuficiencia Renal Crónica

Enfermedades previas: Niega  
Intervenciones quirúrgicas previas: Niega  
Alegias: Niega  
Caidas previas: Niega

**Habitos toxicos:**

Fuma: No  
Toma licor: Social  
Ostomias: No Tipo:  Ileostomía  Colostomía  Urostomía

**Valoración de enfermería**

**Promoción de la salud**

**Cumplimiento del regimen teapeutico**

Farmacológico No Ejercicio No Dieta No Revisiones No Deficit de conocimientos  F  E  D  R  
Observaciones

Sin alteración observada

**Respiración y circulación:**

**Alimentación e hidratación:**

Sin alteración observada

**Eliminación:**

**Movilización:**

Sin alteración observada

**Información del folio No. 20**

**MORENO SALAZAR ANDREA YANETH**  
ENFERMERO JEFE  
R.M. 14648

**Dormir y descansar:**

Sin alteración observada

**Termoregulación:**

Sin alteración observada

**Higiene corporal e integridad de la piel:**

Recuerde valorar el riesgo de ulcera de presión si procede en el folio "ENFERM" escala de Braden

**Seguridad y necesidad de evitar los peligros del entorno** Tiene riesgo de caída (utilize la escala de Morse en folio "ENFERM") Tiene riesgo de aspiración Tiene manilla de identificación y colores según sus riesgos

Observaciones

Sin alteración observada

**Comunicarse con los demás:****Actuar de acuerdo a la fe** Tiene alguna creencia religiosa o cultura que crea le gustaria que tuvieramos en cuenta durante su hospitalización

Especifique cuál catolica

Observaciones

**Trabajar para sentirse realizado** La enfermedad actual afecta economicamente su labor diaria de trabajo

Observaciones La incapacidad

**Participa en actividades de entrenamiento**

Actividades de ocio habitual

 Influye la enfermedad en las actividades de ocio habitual

Observaciones

**Aprender** Se informa sobre su patología actual motivo de hospitalización Causa Síntomas Tratamiento Cuidados

Observaciones

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

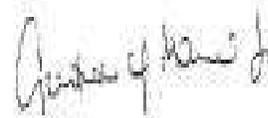
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 20


**MORENO SALAZAR ANDREA****YANETH**

ENFERMERO JEFE

R.M. 14648



Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA  
Cédula\_Ciudadanía 70385137

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

**Datos personales del Paciente**

<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	

**FOLIO N° 21**

**Fecha del Folio: 13/08/2019 07:40**

<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------

**ESCALA CAIDA DE MORSE.**

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 25 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

**Observaciones**

**Dignóstico Secundario: 15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

**Observaciones**

**Ayuda para la deambulación: 0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

**Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

**Observaciones**

**Equilibrio/Traslado: 20 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inmóvil.

10 puntos: Debil.

20 puntos: Alterado.

**Observaciones**

**Información del folio No. 21**

**VILLADA MARULANDA CAMILA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-0758-18

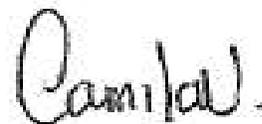
**Estado Mental:** **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.  
15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

**VALOR 80 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 21**



**VILLADA MARULANDA CAMILA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 05-0758-18

**EVOLUCION ORTOPEDIA**

Nº Historia Clínica: 70385137

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659		
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)	<b>Rango:</b> SOAT		
<b>FOLIO Nº 22</b>		<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 09:42</b>	
<b>Nº Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**EVOLUCION ORTOPEDIA**

**SUBJETIVO**

Paciente comenta pasar mejor noche, no fiebre ni disnea, tolerando via oral.

**OBJETIVO**

Paciente en mejores condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, dolor de menor intensidad, sin trabajo respiratorio, con estabilidad hemodinámica, cardiopulmonar satisfactorio, abdomen blando, depresible, no masas no dolor sin signos de irritación peritoneal, extremidades móviles profundidas no edema no dolor, pulsos distales presentes, cadera derecha con tracción, adecuada perfusión distal.

**ANALISIS**

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

Dx:

-Luxofractura posterior de cadera izquierda

-Fractura falange media 4to dedo mano izquierda

--POP 12/08/19: Reducción luxación posterior de cadera + Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda + Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo.

Paciente quien presenta accidente de tránsito con trauma en hemicuerpo izquierdo, con predominio en cadera, en hospital local realizan Rx que descarta fracturas. Ahora paciente con persistencia del dolor en cadera, limitación funcional, además de edema en mano izquierda, Rx con luxación posterior de cadera izquierda, Rx con fractura de falange media de 4to dedo mano izquierda, que requieren manejo quirúrgico, se realiza sin complicaciones.

En el momento paciente estable, tranquilo, con dolor de menor intensidad, MII con tracción, se solicita TAC de pelvis para evaluar articulación y descartar fragmentos intraarticulares post reducción, se continúa igual manejo estamos atentos a evolución.

Plan:

-Igual manejo medico

-SS TAC de pelvis simple

-Cuidados de tracción, puede ser lineal.

-Avisar cambios

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

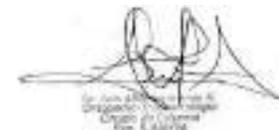
Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
-------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	-----------	--

**Plan de manejo Intrahospitalario**

**Información del folio No. 22**



**ARANGO HERNANDEZ LUIS ALBERTO**  
 514 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 588896

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
879460	879460 - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	1	Rutinario	TAC de pelvis Imagen control post reducción cadera izquierda para descartar fragmentos intraarticulares.

Información del folio No. 22

**ARANGO HERNANDEZ LUIS ALBERTO**  
514 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
R.M. 588896



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 23</b>	<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 10:40</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Ninguna

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 879460 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS

**CANTIDAD DLP:** 624,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> ,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 624,0000

**Información del folio No. 23**

**MORALES ARANGO MARGARITA MARIA**  
 TECNOLOGO IMAGENES DIAGNOSTICAS  
 R.M. 5-0456

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha                      Tipo Antecedente                      \* Detalle



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 23**

**MORALES ARANGO MARGARITA  
MARIA**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 5-0456



PROMOCION Y PREVENCION HOSPITALIZACION

N° Historia Clínica: 70385137

<b>Datos personales del Paciente</b>				
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA	
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659			
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA				
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)	<b>Rango:</b> SOAT			

<b>FOLIO N° 24</b>	<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 11:52</b>			
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General	

Paciente acepta la educación: Sí

Empalme: No

Observaciones:

Nombre de EPS / DLS:

Funcionaria:

Respuesta:

**Se brindó información en**

Adulterz  
Cáncer gástrico  
Cáncer de prostata  
Cáncer de testículo  
Virus de inmunodeficiencia adquirida VIH

**Signos de alarma para acudir a urgencias**

**Entendimiento de la información:**

**Plan canguro:**

**Esquema de vacunación completo para la edad:**

**Kardex de manejo en Casa:**

**Acompañante:**

**Se remite a programa**

**Esta en el programa de promoción y prevención:**

**Observaciones generales:**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
-------	------------------	-----------



**Información del folio No. 24**

**OSORIO JARAMILLO YURANY**

**ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-2383-12

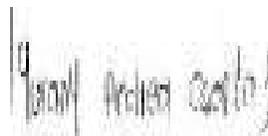
---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 24**



---

**OSORIO JARAMILLO YURANY**

**ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 5-2383-12



Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA  
Cédula\_Ciudadanía 70385137

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	
<b>FOLIO N° 25</b>		<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 18:37</b>	
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA VISUAL DE INGESTA**

**Desayuno**

0-25%

NVO  Líquidos claros

**Almuerzo**

>75%

NVO  Líquidos claros

**Cena**

>75%

NVO  Líquidos claros

**Información del folio No. 25**

**VILLADA MARULANDA CAMILA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-0758-18



Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA  
Cédula\_Ciudadanía 70385137

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 21 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	
<b>FOLIO N° 26</b>		<b>Fecha del Folio: 13/08/2019 19:07</b>	
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA CAIDA DE MORSE.**

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:**

**0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

**Observaciones**

**Dignóstico Secundario:**

**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

**Observaciones**

**Ayuda para la deambulación:**

**30 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

**Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis**

**20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

**Observaciones**

**Equilibrio/Traslado:**

**10 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inmóvil.

10 puntos: Debil.

20 puntos: Alterado.

**Información del folio No. 26**

Página: 50/86

Fecha Impresión: Lunes, 20 noviembre 2023

Usuario Impresión: 1036953219

**QUINTERO VARGAS PAULA  
ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M. 1036397141**

**Observaciones**

**Estado Mental:** **0 puntos.**

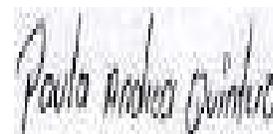
0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

**VALOR 75 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 26**



---

**QUINTERO VARGAS PAULA  
ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 1036397141



Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA  
Cédula\_Ciudadanía 70385137

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 22 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b> BERENICE MORALES		<b>Tel. Acompañante:</b> 3127790659	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	
<b>FOLIO N° 27</b>		<b>Fecha del Folio: 14/08/2019 08:44</b>	
<b>N° Ingreso:</b> 3795659	<b>Fecha:</b> 12/08/2019 11:24	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA CAIDA DE MORSE.**

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

**Observaciones**

**Dignóstico Secundario: 15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

**Observaciones**

**Ayuda para la deambulación: 15 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

**Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

**Observaciones**

**Equilibrio/Traslado: 20 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inmóvil.

10 puntos: Debil.

20 puntos: Alterado.

**Observaciones**

**Información del folio No. 27**

*Juan Diego Valencia*

**VALENCIA CARVAJAL JUAN DIEGO**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M. 05-2368-19**

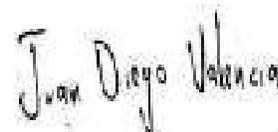
**Estado Mental:** **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.  
15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

**VALOR 70 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 27**



**VALENCIA CARVAJAL JUAN DIEGO**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 05-2368-19

**EGRESO HOSPITALARIO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 22 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3127790659	<b>Dir.responsable:</b> <b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT
<b>FOLIO N° 28</b>		<b>Fecha del Folio: 14/08/2019 09:26</b>	
<b>N° Ingreso:</b>	3795659	<b>Fecha:</b>	12/08/2019 11:24 <b>F. Consulta:</b> No_Aplica <b>C. Externa:</b> Accidente_de_Transito

**Detalle del folio:**

**TIPO EGRESO:** MEDICO

**Estado del paciente a la salida:** MEJOR

**EVOLUCION**

**Subjetivo**

Paciente comenta pasar mejor noche, no fiebre ni disnea, tolerando via oral.

**Signos vitales**

Presión arterial sistólica:                      Presión arterial diastólica:                      Frecuencia cardiaca:                      Frecuencia respiratoria:  
Temperatura:                      Presión arterial media:                      Saturación de oxígeno:

**Objetivo**

Paciente en mejores condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, dolor de menor intensidad, sin trabajo respiratorio, con estabilidad hemodinámica, cardiopulmonar satisfactorio, abdomen blando, depresible, no masas no dolor sin signos de irritación peritoneal, extremidades móviles perfundidas no edema no dolor, pulsos distales presentes, cadera izquierda con mejor movilidad, dolor mejor controlado.

**Análisis**

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

Dx:

- Luxofractura posterior de cadera izquierda
- Fractura falange media 4to dedo mano izquierda
- POP 12/08/19: Reducción luxación posterior de cadera + Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda + Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo.

Paciente quien presenta accidente de tránsito con trauma en hemicuerpo izquierdo, con predominio en cadera, en hospital local realizan Rx que descarta fracturas. Ahora paciente con persistencia del dolor en cadera, limitación funcional, además de edema en mano izquierda, Rx con luxación posterior de cadera izquierda, Rx con fractura de falange media de 4to dedo mano izquierda, que requieren manejo quirúrgico, se realiza sin complicaciones.

En el momento paciente estable, tranquilo, con dolor de menor intensidad, MII con tracción, TAC de pelvis sin fragmento intraarticulares, con adecuada reducción de la articulación, se considera continuar manejo ambulatorio con signos de alarma recomendaciones generales, seguimiento ambulatorio por Ortopedia, paciente entiende y acepta la conducta.

Plan:

- Egreso medico
- Solicitar Cita en 15 días con Dr. Sanín Teléfono 3062557
- Formula médica e Incapacidad
- Uso continuo de tracción por 7 dias mas
- Luego sentarse varias veces al día, cambiar de posición, no realizar movimientos bruscos, no realizar actividad física extenuante
- Caminar con muletas, apoyar extremidad con apoyo, movilizar dedos, sentarse cambiar de posición
- Consultar Urgente si presenta dolor intenso, fiebre, dificultad para respirar o dolor en el pecho intenso.
- Aplicarse y tomar los medicamentos por el tiempo indicado en la fórmula

**Plan**

**Conciliación medicamentosa:**

1. De donde se obtiene la información:
2. Se concilian medicamentos:

**Información del folio No. 28**



**RESTREPO NARANJO SERGIO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
R.M. 7001

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención NO

### Observaciones:

## PRÓXIMA REVISIÓN DEL PACIENTE

Revisión en: 15DIAS Con Dr. Sanín Teléfono 3062557

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Recomendaciones

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de importancia. Dx:-Luxofractura posterior de cadera izquierda-Fractura falange media 4to dedo mano izquierda--POP 12/08/19: Reducción luxación posterior de cadera + Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda + Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo. Paciente quien presenta accidente de tránsito con trauma en hemicuerpo izquierdo, con predominio en cadera, en hospital local realizan Rx que descarta fracturas. Ahora paciente con persistencia del dolor en cadera, limitación funcional, además de edema en mano izquierda, Rx con luxación posterior de cadera izquierda, Rx con fractura de falange media de 4to dedo mano izquierda, que requieren manejo quirúrgico, se realiza sin complicaciones. En el momento paciente estable, tranquilo, con dolor de menor intensidad, MII con tracción, TAC de pelvis sin fragmento intraarticulares, con adecuada reducción de la articulación, se considera continuar manejo ambulatorio con signos de alarma recomendaciones generales, seguimiento ambulatorio por Ortopedia, paciente entiende y acepta la conducta. Plan:-Egreso medico-Solicitar Cita en 15 días con Dr. Sanín Teléfono 3062557-Formula médica e Incapacidad - Uso continuo de tracción por 7 días mas-Luego sentarse varias veces al día, cambiar de posición, no realizar movimientos bruscos, no realizar actividad física extenuante -Caminar con muletas, apoyar extremidad con apoyo, movilizar dedos, sentarse cambiar de posición-Consultar Urgente si presenta dolor intenso, fiebre, dificultad para respirar o dolor en el pecho intenso.-Aplicarse y tomar los medicamentos por el tiempo indicado en la fórmula

¿El paciente requiere reposo? No

### Antecedentes

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle



### Diagnósticos Registrados en este folio

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S730 <input type="checkbox"/>	LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

### Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
J01DC008142	CEFALEXINA CAP 500MG		Oral	28 <input checked="" type="checkbox"/>	7	tomar una tableta cada 6 horas via oral	tomar una tableta cada 6 horas via oral
M01AN002141	NAPROXENO TAB 250MG		Oral	15 <input checked="" type="checkbox"/>	5	tomar una tableta cda 8 horas via oral	tomar una tableta cda 8 horas via oral
N02AT020201	TRAMADOL SLN ORAL 100MG/ML FRA X 10ML		Oral	1 <input checked="" type="checkbox"/>	10	tomar 8 gotas cada 6 horas via oral	tomar 8 gotas cada 6 horas via oral
B01AE020702	ENOXAPARINA SODICA HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR SLN INY 40MG/0.4ML		Subcutaneo	15 <input checked="" type="checkbox"/>	15	aplicar una amp subcutanea al dia por 15 dias	aplicar una amp subcutanea al dia por 15 dias

### Información del folio No. 28

Ninguno 1  0

-Solicitar Cita en 15 días con Dr. Sanín  
Cita en 15 días con Dr. Sanín  
Teléfono 3062557-  
Formula médica e  
Incapacidad -Uso continuo de tracción por 7 días mas-Luego sentarse varias veces al día, cambiar de posición, no realizar movimientos bruscos, no realizar actividad física extenuante -Consultar Urgente si presenta dolor intenso, fiebre, dificultad para respirar o dolor en el pecho intenso.-Aplicarse y tomar los medicamentos por el tiempo indicado en la fórmula

---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida

**Órd. Médicas:**

**Incapacidad**

**Consecutivo No. \*\*\***

209938

**Información del folio No. 28**

**\*\*\* (Debido al alto volúmen de información, es necesario remitirse al informe de Incapacidad médica desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Incapacidad)**



---

**RESTREPO NARANJO SERGIO**

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**R.M. 7001**



**INGRESO URGENCIAS**

**VICTIMA ACCIDENTE DE TRANSITO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 25 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	berenice morales	<b>Tel.responsable:</b> no refiere	<b>Dir.responsable:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201 <b>Parentesco:</b> esposa
<b>Acompañante:</b>	berenice morales	<b>Tel. Acompañante:</b>	no refiere
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 29</b>		<b>Fecha del Folio: 17/08/2019 13:45</b>							
<b>N° Ingreso:</b>	3800837	<b>Fecha:</b>	17/08/2019 13:05	<b>Fecha de inicio de registro:</b>	17/08/2019 13:36	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito

**Estado del paciente:** Presente

**CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO  
 EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**¿LA ATENCIÓN ES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO?**  SI  NO

Segun decalacion de **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** fue victima

de un accidente de transito ocurrido el dia 07/08/2019 20:00 ingresando al servicio de urgencias el dia 17/08/2019 13:36

El suscrito medico Certifica que las lesiones medicas en el presente documento corresponden a hallazgos clinicos ocurridos como consecuencia de accidente de transito

**CARRILLO SUAREZ JULIO ALEJANDRO**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1017193501

**TIPO DE INGRESO:** Urgencias

**Discapacidad del Paciente:** Sin discapacidad

**¿Actualmente consume tabaco?** No

**REINGRESO:** NO

**REMITIDO:** NO

**MOTIVO DE CONSULTA:**

"se me seco"

**ENFERMEDAD ACTUAL :**

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

-Luxofractura posterior de cadera izquierda

-Fractura falange media 4to dedo mano izquierda

--POP 12/08/19: Reducción luxación posterior de cadera + Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda + Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo.

ahora consulta por varios dias de atrofia miembro superio izquierdo, e incapacidad para la felxion de la mano

no otros strumas

**REVISION POR SISTEMAS:**

no fiebre

no cambios locales en extremidad

**Información del folio No. 29**

**CARRILLO SUAREZ JULIO ALEJANDRO**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1017193501

no nuevo

**ESTADO AL INGRESO:**  CONSCIENTE  AGITADO  ALICORADO  INCONSIENTE  MUERTO  SOMNOLIENTO

**ANTROPOMETRÍA/SIGNOS VITALES**

PESO: - Kg TALLA: IMC: TEMP: 37 C PA: 110/70  
FC: 77 /MIN FR: 17 /MIN SATURACION DE OXIGENO: 96 FIO2: 21 DOLOR: 2

**ESCALA DE GLASGOW** APERTURA OCULAR RESPUESTA VERBAL RESPUESTA MOTORA  
4 ESPONTANEO 5 ORIENTADO 6 OBEDECE ORDENES **GLASGOW** 15

**Valoración Ingreso:**

**EXAMEN FISICO:**

En aparentes buenas condiciones, alerta, afebril, mucosas húmedas  
Cabeza y cuello sin alteraciones  
Ruidos cardiacos ritmicos sincronicos con pulso, no soplos ; campos pulmonares limpios, no dificultad respiratoria  
Abdomen blando, depresible no masas no megalias, no dolor  
Neurológico sin déficit motor ni sensitivo aparente  
Extremidades: msi : se observa atrofiado comparado con el derecho, 4to dedo con inmovilizaicon. no se osbera cambios lcoales mano izquierda caída. no logra extensión de muñeca

**ANALISIS-PLAN:**

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de importancia.  
-Luxofractura posterior de cadera izquierda  
-Fractura falange media 4to dedo mano izquierda  
--POP 12/08/19: Reducción luxación posterior de cadera + Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda + Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo.  
ahora consulta por varios dias de atrofia miembro superio izqueirdo, e incapacidad para la felxion de la mano  
no otros strumas ahora con mano izquierda caída. no logra extensión de muñeca , atrofia msucular.s ospehca de lesion tendinosa se indica valroacion por ortopedia

**Conciliación medicamentosa:**

1. Forma de Verificación de la prescripción:
2. Listado de Medicamentos que recibe el paciente y por qué
3. ¿Se concilia medicamentos? ¿Por qué?

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Tipo Antecedente	Fecha	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Urgencias\_Observacion

**Ord. Médicas:** valoracion por ortopedia

**Información del folio No. 29**

**CARRILLO SUAREZ JULIO ALEJANDRO**  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 1017193501



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION URGENCIAS**

N° Historia Clínica: **70385137**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 25 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	berenice morales	<b>Tel. responsable:</b>	no refiere	<b>Dir. responsable:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	<b>Parentesco:</b>	esposa
<b>Acompañante:</b>	berenice morales			<b>Tel. Acompañante:</b>	no refiere		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO N° 30</b>				<b>Fecha del Folio: 17/08/2019 13:53</b>			
<b>N° Ingreso:</b>	3800837	<b>Fecha:</b>	17/08/2019 13:05	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**EVOLUCION URGENCIAS**

**SUBJETIVO**

**SIGNOS VITALES**

TEMP: C PA: FC: /MIN FR: /MIN SATURACION DE OXIGENO: FI02: DOLOR: 0,0000

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Urgencias\_Observacion

Órd. Médicas: rx  
valoracion ortpedia

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
873121	873121 - RADIOGRAFIA DE HUMERO	1	Urgente	izquierod

*Julio Acs.*

Página: 59/86

Fecha Impresión: lunes, 20 noviembre 2023

Usuario Impresión: 1036953219

**CARRILLO SUAREZ JULIO  
ALEJANDRO**  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 1017193501



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION URGENCIAS**

N° Historia Clínica: 70385137

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 25 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> berenice morales	<b>Tel.responsable:</b> no refiere	<b>Dir.responsable:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	<b>Parentesco:</b> esposa
<b>Acompañante:</b> berenice morales		<b>Tel. Acompañante:</b> no refiere	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)			<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 31</b>	<b>Fecha del Folio: 17/08/2019 16:24</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 3800837	<b>Fecha:</b> 17/08/2019 13:05	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**EVOLUCION URGENCIAS**

**SUBJETIVO**

**SIGNOS VITALES**

TEMP: C PA: FC: /MIN FR: /MIN SATURACION DE OXIGENO: FI02: DOLOR: 0,0000

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**EPICRISIS**

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio** \*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S600	<input type="checkbox"/> CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO SIN DAÑO DE LA (S) UÑA(S)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Urgencias\_Observacion

**Órd. Médicas:** rx de humerop

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
-------------	---	------	-------------------	--

*Julio Acs.*

**CARRILLO SUAREZ JULIO  
ALEJANDRO**  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 1017193501



---

**CARRILLO SUAREZ JULIO  
ALEJANDRO**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M. 1017193501**



**EVOLUCION ORTOPEDIA**

**Nº Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA		<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 2 Meses / 25 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> berenice morales	<b>Tel.responsable:</b> no refiere	<b>Dir.responsable:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	<b>Parentesco:</b> esposa
<b>Acompañante:</b> berenice morales	<b>Tel. Acompañante:</b> no refiere		
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)	<b>Rango:</b> SOAT		
<b>FOLIO Nº 32</b>		<b>Fecha del Folio: 17/08/2019 17:05</b>	
<b>Nº Ingreso:</b> 3800837	<b>Fecha:</b> 17/08/2019 13:05	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**EVOLUCION ORTOPEDIA**

**SUBJETIVO**

masculino de 43 años

idx: neuropraxia radial?

**OBJETIVO**

rx de humero: sin lesion osea

**ANALISIS**

Paciente de 43 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

-Luxofractura posterior de cadera izquierda

-Fractura falange media 4to dedo mano izquierda

--POP 12/08/19: Reducción luxación posterior de cadera + Reducción abierta de luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda + Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo.

ahora consulta por varios dias de atrofia miembro superior izquierdo, e incapacidad para la flexion de la mano

no otros strumas ahora con mano izquierda caída. no logra extensión de muñeca, atrofia muscular. sospecha de neuropraxia por compresion ( uso de muletas)

sin lesion osea en rx. se inmoviliza mano izquierda en posicion neutra se indica alta

codigo 39140

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
M758	<input type="checkbox"/> OTRAS LESIONES DEL HOMBRO	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida

**Órd. Médicas:** ALTA

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
	<b>Información del folio No. 32</b>			

AMBULATORIO MIEMBRO SUPERIOR  
IZQUIERDO Paciente de 43 años, sin antecedentes  
patológicos de importancia.-Luxofractura posterior de  
cadera izquierda-Fractura falange media 4to dedo  
mano izquierda--POP 12/08/19: Reducción luxación  
posterior de cadera + Reducción abierta de  
luxofractura IF del 4 dedo de la mano izquierda +  
Ligamentorrafia de colaterales IFP del 4 dedo. ahora  
consulta por varios dias de atrofia miembro superior  
izquierdo, e incapacidad para la flexion de la mano  
y otros strumas ahora con mano izquierda caída. no  
logra extensión de muñeca , atrofia  
muscular.sospecha de neuropraxia por compresion (  
uso de muletas)si bn lesion osea . se indica alta

**Información del folio No. 32****RESTREPO NARANJO SERGIO**

514 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**R.M. 7001**



**EVOLUCION ORTOPEDIA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 2 Meses / 25 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	berenice morales	<b>Tel.responsable:</b> no refiere	<b>Dir.responsable:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201 <b>Parentesco:</b> esposa
<b>Acompañante:</b>	berenice morales	<b>Tel. Acompañante:</b>	no refiere
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT
<b>FOLIO N° 33</b>		<b>Fecha del Folio: 17/08/2019 18:00</b>	
<b>N° Ingreso:</b>	3800837	<b>Fecha:</b> 17/08/2019 13:05	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica <b>C. Externa:</b> Accidente_de_Transito

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio** \*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
5626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posologia	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
-------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	-----------	--

**Plan de Manejo Externo**

	INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/>	Ninguno	3	<input type="checkbox"/>	0	COMPLEJO B COMPLEJO B VITAMINAS 25MG+50MG+ VITAMINAS 5MG+50MG SLN INY X 10ML 1 25MG+50MG AMPOLLA CADA DIA IM POR 3 DIAS +5MG+50MGDOSIS 3 SLN INY X 10ML 1 AMPOLLA CADA DIA IM POR 3 DIAS DOSIS 3
--	-------------------	--------------------------	---------	---	--------------------------	---	---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida  
**Órd. Médicas:** FORMULA MEDICA  
 ALTA

**Información del folio No. 33**

**RESTREPO NARANJO SERGIO**  
 514 - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 7001



**INGRESO URGENCIAS**

**VICTIMA ACCIDENTE DE TRANSITO**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 3 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>	berenice morales	<b>Tel.responsable:</b> no refiere	<b>Dir.responsable:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201 <b>Parentesco:</b> esposa
<b>Acompañante:</b>	berenice morales		<b>Tel. Acompañante:</b> no refiere
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 37</b>		<b>Fecha del Folio: 29/08/2019 11:38</b>							
<b>N° Ingreso:</b>	3800837	<b>Fecha:</b>	17/08/2019 13:05	<b>Fecha de inicio de registro:</b>	29/08/2019 11:37	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente de Transito

**Estado del paciente:** Presente

**CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO  
 EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**¿LA ATENCIÓN ES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO?**  SI  NO

Segun decalacion de **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** fue victima

de un accidente de transito ocurrido el dia 07/08/2019 10:00 ingresando al servicio de urgencias el dia 17/08/2019 13:36

El suscrito medico Certifica que las lesiones medicas en el presente documento corresponden a hallazgos clinicos ocurridos como consecuencia de accidente de transito

**SALAZAR OSORIO SANTIAGO**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1038626808

**MOTIVO DE CONSULTA:**

**ENFERMEDAD ACTUAL :**

**REVISION POR SISTEMAS:**

**ESTADO AL INGRESO:**  CONSCIENTE  AGITADO  ALICORADO  INCONSIENTE  MUERTO  SOMNOLIENTO

**ANTROPOMETRÍA/SIGNOS VITALES**

PESO: Kg TALLA: IMC: TEMP: C PA: FC: /MIN FR: /MIN SATURACION DE OXIGENO: FIO2: DOLOR:

**ESCALA DE GLASGOW** APERTURA OCULAR RESPUESTA VERBAL RESPUESTA MOTORA

**GLASGOW 0**

**Valoración Ingreso:**

**Información del folio No. 37**

**SALAZAR OSORIO SANTIAGO**  
 MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1038626808

**EXAMEN FISICO:**  
**ANALISIS-PLAN:**

**Conciliación medicamentosa:**

1. Forma de Verificación de la prescripción:
2. Listado de Medicamentos que recibe el paciente y por qué
3. ¿Se concilia medicamentos?                      ¿Por qué?

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Tipo Antecedente**    **Fecha**                      \*    **Detalle**



**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida

**Órd. Médicas:** SE ABRE FOLIO PARA CORREGIR HORA DE ACCIDENTE.

**Información del folio No. 37**



**SALAZAR OSORIO SANTIAGO**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M.** 1038626808



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 3 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	berenice morales	<b>Tel.responsable:</b>	no refiere	<b>Dir.responsable:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	<b>Parentesco:</b>	esposa
<b>Acompañante:</b>	berenice morales			<b>Tel. Acompañante:</b>	no refiere		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO N°38</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 30/08/2019 09:56						
<b>N° Ingreso:</b>	3800837	<b>Fecha:</b>	17/08/2019 13:05	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito

**Detalle del folio:**

PESO: TALLA: 0,000 IMC: PA: / TEMP: FC: FR: SATURACION DE OXIGENO: DOLOR:

**SUBJETIVO**

43 años  
 Accidente de tránsito  
 Luxación de cadera izquierda. Se hizo reducción luego de 6 días  
 Luxofractura IF del 4 dedo. Se hizo OS  
 Además mano caída por contusión del radial documentado por emg  
 Esta mejor. A

**OBJETIVO**

BCG  
 Herida sana en dedo  
 Buen AMA en cadera. mano izquierda caída  
 Rx: adecuada reducción de la luxación de cadera. sin fractura  
 Rx: Fractura compleja del 4 dedo  
 EMG: lesión axonal del radial

**ANALISIS**

Se retiran puntos y pines  
 Apoyo tortal  
 Explico plan de fst. Riesgo de artrosis del dedo y necrosis de cadera  
 Cita en 6 semanas con rx de pelvis y mano

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención: NO

¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO? No

**Antecedentes**

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).



Información del folio No. 38

  
**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
 ORTOPEDIA  
 C.R. 1102-98

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 5130298

**Diagnósticos Registrados en este folio****\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).**

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi POS	DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
G563	<input type="checkbox"/> LESION DEL NERVIO RADIAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
----------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	--

**Plan de Manejo Externo**

INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/> Ninguno	1	<input type="checkbox"/> 0	Pedir cita en ortopedia para 6 semanas Dr Sanin Tel: 3062557
-------------------	----------------------------------	---	----------------------------	--

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).****Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa**Órd. Médicas:****Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
873411	873411 - RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL AP LATERAL	1	Rutinario	AP de pelvis
873210	873210 - RADIOGRAFIA DE MANO	1	Rutinario	AP y oblicua de mano izquierda

**Información del folio No. 38**


**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
CIUDADANÍA  
C.C.-P.P. 00.000  
NIT 6-1302-98

**SANIN ARANGO JAIMÉ EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**R.M. 5130298**



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 3 Meses / 19 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b>	3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	COCORNA	<b>Parentesco:</b>	ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES			<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT) - CONSULTA MEDICA					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO N°39</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 10/09/2019 09:24						
<b>N° Ingreso:</b>	3820058	<b>Fecha:</b>	10/09/2019 09:05	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito

**Detalle del folio:**

PESO:      TALLA:    0,0000 IMC:      PA:      /      TEMP:      FC:      FR:      SATURACION DE OXIGENO:      DOLOR:

**SUBJETIVO**

43 años  
Luxacion de cadera. Luxofractura del 4 dedo  
Dolor y limitacion aun. en plan de fst  
Se prorroga incapacidad por 30 dias a partir del 11 de septiembre

**OBJETIVO**

.

**ANALISIS**

.

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención: NO

**¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO?** No

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		□

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Información del folio No. 39**

  
**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
 ORTOPEDIA  
 C.R. 1996-00000000  
 NIT 8-1302-88

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**R.M. 5130298**

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).****Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa**Órd. Médicas:****Incapacidad****Consecutivo No. \*\*\***

212239

**Información del folio No. 39****\*\*\* (Debido al alto volúmen de información, es necesario remitirse al informe de Incapacidad médica desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Incapacidad)****SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**R.M. 5130298**



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 4 Meses / 18 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>		<b>Tel.responsable:</b>	<b>Dir.responsable:</b>
<b>Acompañante:</b>		<b>Tel. Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 40</b>	<b>Fecha del Folio: 10/10/2019 09:11</b>		
<b>N° Ingreso:</b>	3846594	<b>Fecha:</b>	10/10/2019 08:57
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Ninguna

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 873210 RADIOGRAFIA DE MANO

**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 55,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 5,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 55,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 5,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 120,0000

**Información del folio No. 40**

*Lara Cardenas Maria*

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha                      Tipo Antecedente                      \* Detalle



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 40**



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976		
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 4 Meses / 18 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>		<b>Tel.responsable:</b>	<b>Dir.responsable:</b>
<b>Parentesco:</b>		<b>Dir. Acompañante:</b>	
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 41</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 10/10/2019 09:13
<b>N° Ingreso:</b> 3846594	<b>Fecha:</b> 10/10/2019 08:57
<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Ninguna

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>	873411 RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL AP LATERAL		
<b>CANTIDAD DLP:</b>	0,0000		
<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>			
<b>CANTIDAD KV:</b>	68,00	<b>CANTIDAD MaS:</b>	36,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>			
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>			
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>			
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>TOTAL:</b>	104,0000		

**Información del folio No. 41**

*Lara Cardenas Maria*

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha                      Tipo Antecedente                      \* Detalle



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

Información del folio No. 41

---

**LARA CARDENAS MARIA**  
**MARGARITA**  
TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS  
**R.M.** 39440421



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

Datos personales del Paciente									
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA			<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 4 Meses / 18 Días		<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre		<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499		<b>Procedencia:</b>	COCORNA		<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES		<b>Tel.responsable:</b>	3127790659		<b>Dir.responsable:</b>		<b>Parentesco:</b>	ESPOSA
<b>Acompañante:</b>	BERENICE MORALES					<b>Tel. Acompañante:</b>	3127790659		
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA								
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)						<b>Rango:</b>	SOAT	
<b>FOLIO N°42</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 10/10/2019 10:57								
<b>N° Ingreso:</b>	3846693	<b>Fecha:</b>	10/10/2019 09:38	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito		

**Detalle del folio:**

PESO: TALLA: 0,0000 IMC: PA: / TEMP: FC: FR: SATURACION DE OXIGENO: DOLOR:

**SUBJETIVO**

43 años  
 Accidente de transito hace 2 meses  
 Luxacion de cadera izquierda y luxofractura IFP del 4 dedo  
 Con poco dolor. Esta apoyando. Con deformidad en 4 dedo  
 Se esta quejando de dolor en rodilla izquierda y derrame

**OBJETIVO**

BCG  
 Dolor en zona posterior de la rodilla izquierda. cajon posterior con limitacion en los ultimos 20 grados  
 Cadera con buen AMA. Cojera  
 4 dedo de la mano anquilosado en 30 grados  
 Rx de pelvis sin signos de condrolisis ni NAV

**ANALISIS**

Paciente con adecuada evolucion de la cadera  
 Se debe descartar lesion ligamento posterior de rodilla izquierdo. Manejo expectante de la luxofractura IF del 4 dedo ( artrodesis futura ?)  
 Se envia a terapia fisica # 10  
 Se solicita RMN de rodilla izquierda  
 Cita con resultado  
 Se prorroga incapacidad por 30 dias a partir del 11 de octubre

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención: NO

**¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO?** No

**Antecedentes**

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).



Información del folio No. 42

  
**SANIN EDUARDO SANIN**  
 CIUDADANÍA  
 C.C.-P.P. 190.699  
 NIT 9-1302-98

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 5130298

**Diagnósticos Registrados en este folio****\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).**

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S836	<input type="checkbox"/> ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
----------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	--

**Plan de Manejo Externo**

INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/> Ninguno	1	<input type="checkbox"/> 0	Cita con resultado de RMN de rodilla izquierdaDr SaninTe: 3062557
-------------------	----------------------------------	---	----------------------------	---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
883522	883522 - RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR ESPECIFICO	1	Rutinario	Rodilla izquierda

**Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
890611	29112 - TERAPIA FISICA SESION	10	Rutinario	Luxacion de cadera, rodila y dedoMedios fisicosRecuperar arcos de movimiento en cadera, rodilla y dedoFortalecimiento muscularPlan casero

**Incapacidad**

Consecutivo No. \*\*\*

214845

Información del folio No. 42

**\*\*\* (Debido al alto volúmen de información, es necesario remitirse al informe de Incapacidad médica desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Incapacidad)**


**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
CIUDADANÍA  
R.M. 5130298  
NIT 8-1302-98

**SANIN ARANGO JAIMÉ EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
R.M. 5130298



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

Nº Historia Clínica: 70385137

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	43 Años / 6 Meses / 14 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	VERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b>	3217790659	<b>Dir.responsable:</b>	COCORNA	<b>Parentesco:</b>	ESPOSA
<b>Acompañante:</b>				<b>Tel. Acompañante:</b>			
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO Nº43</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 05/12/2019 08:04						
<b>Nº Ingreso:</b>	3892279	<b>Fecha:</b>	05/12/2019 07:27	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito

**Detalle del folio:**

PESO: TALLA: 0,0000 IMC: PA: / TEMP: FC: FR: SATURACION DE OXIGENO: DOLOR:

**SUBJETIVO**

43 años  
 Accidente de tránsito hace 5 meses. Luxación de cadera izquierda. Trauma de rodilla izquierda  
 Fractura del 4 dedo de la mano  
 Por el dolor en rodilla se solicitó RMN: Esguince grado I- II del LCA y LCP  
 Esta mejor. Menos dolor en rodilla y cadera

**OBJETIVO**

BCG  
 Cajón posterior grado I. Leve dolor con la rotación de la cadera  
 Rigidez IFP del 4 dedo

**ANALISIS**

Por ahora trauma en rodilla no qx. Se le explica  
 Cita en 3 meses con RX de cadera y mano izquierda

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención: NO

¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO? No

**Antecedentes**

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Diagnósticos Registrados en este folio**

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	No_Corresponde

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Información del folio No. 43

  
**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
 ORTOPEDIA  
 R.M. 5130298

S835	<input type="checkbox"/> ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Presuntivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
-------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	-----------------------	---

**Plan de Manejo Externo**

INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/> Ninguno	1	<input type="checkbox"/> 0	Pedir cita en ortopedia para 3 mesesDr SaninTel: 3062557
-------------------	----------------------------------	---	----------------------------	--

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
873411	873411 - RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL AP LATERAL	1	Rutinario	AP de pelvis y lateral de cadera izquierda
873210	873210 - RADIOGRAFIA DE MANO	1	Rutinario	AP y oblicua de mano izquierda

Información del folio No. 43



**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 5130298



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

Nº Historia Clínica: **70385137**

**Datos personales del Paciente**

<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 43 Años / 6 Meses / 14 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b> VERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b> 3217790659	<b>Dir.responsable:</b> COCORNA	<b>Parentesco:</b> ESPOSA
<b>Acompañante:</b>		<b>Tel. Acompañante:</b>	
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT	

**FOLIO Nº 44** **Fecha del Folio:** 05/12/2019 08:07

<b>Nº Ingreso:</b> 3892279	<b>Fecha:</b> 05/12/2019 07:27	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Accidente_de_Transito
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--

**Detalle del folio:**

PESO: TALLA: 0,0000 IMC: PA: / TEMP: FC: FR: SATURACION DE OXIGENO: DOLOR:

**SUBJETIVO**

se dan recomendaciones laborales

**OBJETIVO**

**ANALISIS**

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención: NO

¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO? No

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle



**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind	DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

**Constancia**

Información del folio No. 44

**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
 CIUDADANÍA  
 8-0-77-76.659  
 NRCI 6-1302-88

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
 R.M. 5130298

Consecutivo	Descripción
4876	Para salud ocupacional. Luxacion de cadera y 4 dedo de la mano Por 3 meses. Evitar: - Actividades de alto impacto como trotar, saltar, correr, etc. - Posiciones de rodillas o cucillas. - Subir o bajar escaleras de forma repetitiva. - Levantar cargas superiores a 10 kg. - Manipulación de equipos que generen vibración o choque. - Levantar cargas superiores a los 5 Kg con la mano afectada

**Información del folio No. 44**



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

N° Historia Clínica: 70385137

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b> 44 Años / 6 Meses / 3 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201	
<b>Teléfono:</b> 3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION	
<b>Responsable:</b>	<b>Tel.responsable:</b>	<b>Dir.responsable:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>	<b>Tel. Acompañante:</b>		
<b>Entidad:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA			
<b>Plan Beneficios:</b> ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)	<b>Rango:</b> SOAT		

<b>FOLIO N° 45</b>	<b>Fecha del Folio: 24/11/2020 08:25</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 4178224	<b>Fecha:</b> 24/11/2020 08:03	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Ninguna

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

CONTROL ORTOPEDIA, ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 5 MESES CON LUXACIÓN DE CADERA IZQUIERDA

**ESTUDIO REALIZADO:** 873411 RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL AP LATERAL

**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 70,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 40,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 70,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 40,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 220,0000

**Antecedentes**

**Información del folio No. 45**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**YEPES ESQUEA MARIA ALEJANDRA**  
TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS  
R.M. 1040041892



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

Información del folio No. 45

**YEPES ESQUEA MARIA ALEJANDRA**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 1040041892



**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

N° Historia Clínica: 70385137

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b> Masculino <b>F. Nacim:</b> 22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	44 Años / 6 Meses / 3 Días	<b>Estado Civil:</b> UnionLibre	<b>Dirección:</b> CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b> COCORNA	<b>Ocupación:</b> OFICIALES DE LA CONSTRUCCION
<b>Responsable:</b>		<b>Tel.responsable:</b>	<b>Dir.responsable:</b>
<b>Acompañante:</b>		<b>Tel. Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA		
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)		<b>Rango:</b> SOAT

<b>FOLIO N° 46</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 24/11/2020 08:26
<b>N° Ingreso:</b> 4178224	<b>Fecha:</b> 24/11/2020 08:03
<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Ninguna

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

CONTROL ORTOPEDIA, ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 5 MESES, FX EN CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA

**ESTUDIO REALIZADO:** 873210 RADIOGRAFIA DE MANO

**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 48,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 3,6000
<b>CANTIDAD KV:</b> 48,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 3,6000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 103,2000

**Antecedentes**

Información del folio No. 46

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**YEPES ESQUEA MARIA ALEJANDRA**  
TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS  
R.M. 1040041892



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

Información del folio No. 46

**YEPES ESQUEA MARIA ALEJANDRA**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 1040041892



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

**N° Historia Clínica: 70385137**

<b>Datos personales del Paciente</b>							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	70385137	JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>F. Nacim:</b>	22/05/1976
<b>Edad en la atención:</b>	44 Años / 6 Meses / 5 Días	<b>Estado Civil:</b>	UnionLibre	<b>Dirección:</b>	CARRERA 23 NRO 19 53 APT 201		
<b>Teléfono:</b>	3145218499	<b>Procedencia:</b>	COCORNA	<b>Ocupación:</b>	OFICIALES DE LA CONSTRUCCION		
<b>Responsable:</b>	BERENICE MORALES	<b>Tel.responsable:</b>	3127790659	<b>Dir.responsable:</b>	COCORNA	<b>Parentesco:</b>	ESPOSA
<b>Acompañante:</b>				<b>Tel. Acompañante:</b>			
<b>Entidad:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA						
<b>Plan Beneficios:</b>	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA (SOAT)					<b>Rango:</b>	SOAT
<b>FOLIO N°47</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 26/11/2020 09:35						
<b>N° Ingreso:</b>	4181086	<b>Fecha:</b>	26/11/2020 08:52	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Accidente_de_Transito

**Detalle del folio:**

**Peso:** ,00      **Talla:** ,00  
**IMC:** ,00      **Presión Arterial: Sistólica:**      **Diastólica:**  
**Temperatura:** 37      **Frecuencia Cardíaca:** 78  
**Frecuencia Respiratoria:**      **Saturación de Oxígeno:**  
**Dolor:**  
**Escala Funcional de Pacientes (NYHA):**

**SUBJETIVO**

Se hace atención presencial con todos los elementos de bioseguridad. Mascarilla N95, aseo de manos y gel antibacterial al paciente y distanciamiento. Toma de temperatura. Educación al paciente.

44 años. Accidente de transito hace 1.5 años  
Luxacion de cadera izquierda. Se le hizo reduccion. Se siente bien. Molestias ocasionales  
Ademas luxofractura de la IF del 4 dedo mano izquierda. Artrosis postraumatica. Dolor

**OBJETIVO**

BCG  
AMA completo en cadera. Sin dolor  
Rigidez articular IFP del 4 dedo de la mano izquierda. Anquilosis del 4 dedo en la articulacion IFP  
Edema y dolor  
RX: No signos de NAV en cadera. Artrosis postraumatica de la articulacion IFP del 4 dedo

**ANALISIS**

Paciente con artrosis posttraumatica del 4 dedo. Se le propone artrodesis IFP del 4 dedo pero decide esperar.  
Dejo cita abierta

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**Requiere remitir el paciente a un programa de promoción y prevención:** NO

**¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO?** No

**Antecedentes**

**Fecha**      **Tipo Antecedente**      **\* Detalle**

**\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**



**Información del folio No. 47**

  
**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
**ORTOPEDIA**  
**C.R. 19-196.999**  
**NOVI 6-1302-98**

**SANIN ARANGO JAIMÉ EDUARDO**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**  
**R.M. 5130298**

**Diagnósticos Registrados en este folio****\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).**

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
S626	<input type="checkbox"/> FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	
S730	<input type="checkbox"/> LUXACION DE CADERA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
----------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	--

**Plan de Manejo Externo**

INDICACION MEDICA	<input type="checkbox"/> Ninguno	1	<input type="checkbox"/> 0	Cita abierta en ortopediaDr SaninTel: 3629089
-------------------	----------------------------------	---	----------------------------	---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

**Información del folio No. 47**


**JAIMÉ EDUARDO SANIN**  
CIRUJANO  
R.M. 5130298

**SANIN ARANGO JAIME EDUARDO**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**R.M. 5130298**

## ELECTRODIAGNOSTICO

Fecha: 20-Aug-19

**NOMBRE:** JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA **IDENTIFICACION:** 70385137

**REMITE:** Ortopedia

**ENTIDAD:**

SOAT

**MEDICO:** Jorge E. Agudelo M.

**DATOS TÉCNICOS:** Equipo digital de electromiografía, neuroconducciones y potenciales evocados marca Cadwell modelo Sierra Summit con amplificador de 2 canales con filtro de línea de 60 Hz.

### DATOS CLINICOS:

Accidente de tránsito 07.08.2019. Luxación cadera izquierda, Fs del IV de la mano izquierda RA + Osteosíntesis en IV dedo, manifestando en el miembro superior izquierdo, hipotrofia, limitación para extensión de la muñeca.

### Nerve Conduction Studies

#### Anti Sensory Summary Table

Stim Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm P-T Amp	Site1	Site2	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
<b>Right Median Anti Sensory (2nd Digit)</b>											
Wrist		3.3	<3.6	53.8	>10	Wrist	2nd Digit	3.3	14.0	42	>39
<b>Right Radial Anti Sensory (Base 1st Digit)</b>											
Wrist		2.8	<3.1	17.0		Wrist	Base 1st Digit	2.8	0.0		
<b>Right Ulnar Anti Sensory (5th Digit)</b>											
Wrist		2.7	<3.7	14.7	>15.0	Wrist	5th Digit	2.7	14.0	52	>38

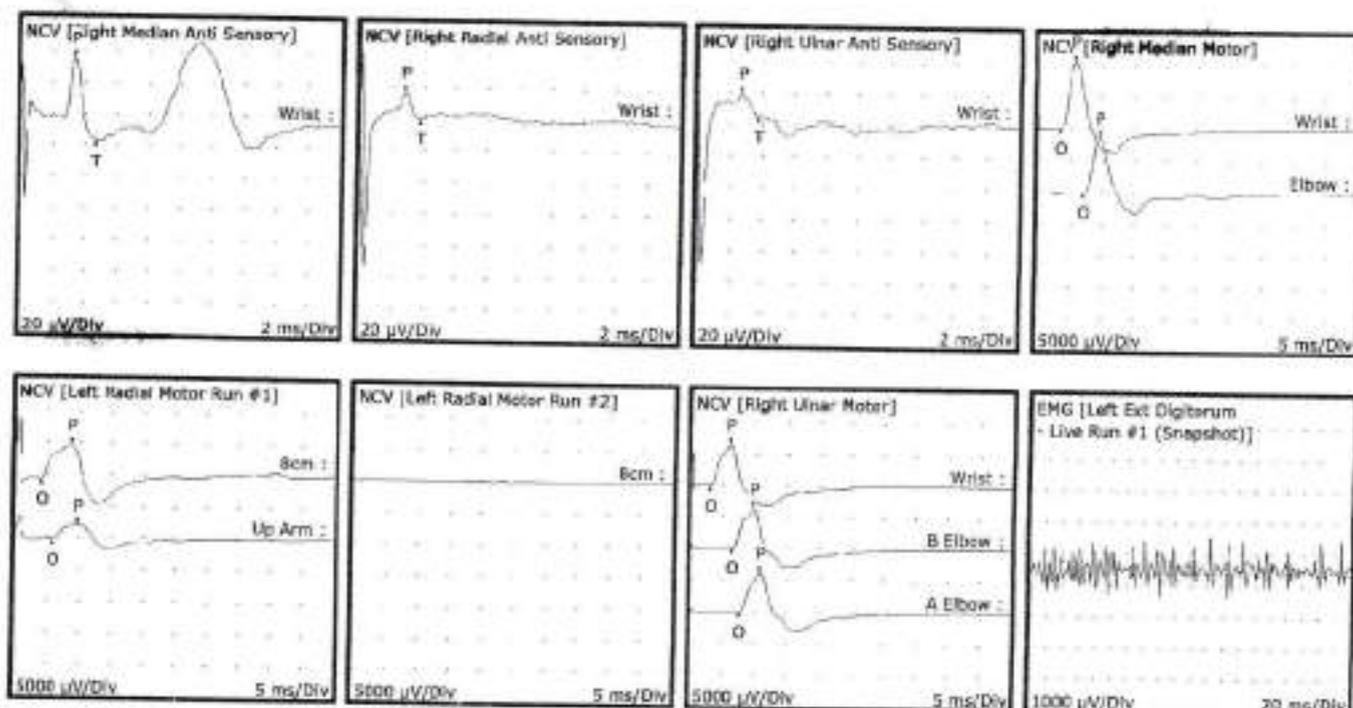
#### Motor Summary Table

Stim Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
<b>Right Median Motor (Abd Poll Brev)</b>											
Wrist		3.4	<4.2	10.7	>5	Elbow	Wrist	3.7	0.0		>50
Elbow		7.1		8.7							
<b>Right Radial Motor (Ext Indicis)</b>											
8cm		NR	<2.5	5.5	>1.7	Up Arm	8cm	1.8	0.0		>60
Up Arm		5.9		2.2							
<b>Left Radial Motor Run #2 (Ext Indicis)</b>											
8cm		NR	<2.5		>1.7						
<b>Right Ulnar Motor (Abd Dig Min)</b>											
Wrist		2.8	<4.2	6.6	>3	B Elbow	Wrist	3.6	0.0		>53
B Elbow		6.4		6.3		A Elbow	B Elbow	1.1	0.0		>53
A Elbow		7.5		6.2							

### EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Recrt	Int Pat	Comment
Left	Biceps	Musculocost	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Ext Digitorum	Radial (Post Int)	C7-8	Incr	I+	I+	Nml	Nml	0	Nml	25%	
Left	Abd Poll Brev	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	1st Dors Int	Ulnar	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Flex Car Rad	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Ext Indicis	Radial (Post Int)	C7-8	Incr	I+	I+	Nml	Nml	0	Nml	25%	
Left	Triceps	Radial	C6-7-8	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	75%	

**GRAFICAS:**



**HALLAZGOS:**

Latencias sensitivas de los nervios mediano , ulnar y radial superficial izquierdos normales  
 No se obtuvo registro del potencial motor del nervio radial izquierdo ; el del radial derecho y los nervios mediano y ulnar izquierdo normales  
 La exploración con aguja con signos de denervación escasos en los musculos extensor de los dedos y del indice izquierdo con un reclutamiento disminuido. El tríceps con un reclutamiento disminuido . En los demás musculos explorados no alteraciones

**CONCLUSION:**

Estudio anormal , indicativo de una lesión axonal parcial del nervio radial izquierdo en el brazo .

Dr. JORGE E. AGUDELO M.  
 Medicina Fisica y Rehabilitación  
 CC 7560016  
 RM 15909/96

Dr. JORGE E. AGUDELO M.  
 Medicina Fisica y Rehabilitación.  
 Electromiografías  
 CC 7560016  
 RM 15909/96

### INFORMACION GENERAL

<b>Fecha Solicitud:</b>	13/10/2019 16:24	<b>F. Realización:</b>	13/10/2019 16:55	<b>F. Resultado:</b>	13/10/2019 18:00	<b>CONFIRMADO</b>
<b>Médico:</b>	3391583	FEDERICO ACOSTA VALENCIA				
<b>Información Paciente:</b>	JORGE EMILIO ZULIAGA ZULIAGA		<b>Tipo Paciente:</b>	Otro	<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía	<b>Número:</b>	70385137	<b>Edad:</b>	43 Años \ 4 Meses \ 30 Días	<b>F. Nacimiento:</b> 22/05/1976 12:00:00 a. m.
<b>E.P.S:</b>	15-2	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA				
<b>Entidad:</b>						

### DETALE DEL RESULTADO

<b>Información Servicio:</b>	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR ESPECIFICO	<b>Folio:</b>
------------------------------	--------	---	---------------

**Descripción:**

ESTUDIO: RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA IZQUIERDA SIMPLE

INDICACIÓN: Antecedente de trauma, dolor.

**TÉCNICA:**

En resonador de 1,5 Tesla se realizan secuencias axiales, densidad de protones saturación grasa, secuencias sagitales densidad de protones y T1, secuencias coronales densidad de protones y T2 saturación grasa.

**HALLAZGOS:**

Alteración de la intensidad de señal de la médula de las estructuras incluidas principalmente en la tibia de alta intensidad de señal en secuencias de T2 siendo isointensas en T1, es un hallazgo indeterminado puede verse en síndromes dolorosos o inmovilización a correlacionar.

Imagen milimétrica isointensa en el hueso adyacente al condilo femoral lateral de 2 mm podría ser por pequeño fragmento avulsivo a correlacionar con radiografía convencional.

Hiperintensidad intrasustancial del ligamento cruzado anterior sin ruptura.

Hiperintensidad y mala definición de fibras del tercio medial del ligamento cruzado posterior sin ruptura completa.

Hiperintensidad horizontal del cuerno posterior del menisco medial con compromiso de los ligamentos menisco capsulares asociado a ondulación del cuerpo sin claro contacto con las superficies.

Menisco lateral es normal.

Derrame articular con engrosamiento sinovial.

Pequeña delaminación laminar del aspecto central de la rótula con compromiso del hueso subcondral.

Adyacente al ligamento colateral medial con mala definición de fibras en la inserción femoral.

Ligamento colateral lateral con edema en la inserción proximal sin ruptura.

Edema de los tejidos blandos.

**CONCLUSIÓN:**

Alteración difusa de la intensidad de señal de la médula lo cual puede ser visto en síndromes doloroso o inmovilización.

Esguince grado I del ligamento cruzado anterior

Esguince grado II del ligamento cruzado posterior

Imagen que pudiera sugerir a lesión en rampa del cuerno posterior del menisco medial.

Derrame articular con signos de sinovitis.

Esguince grado II de la inserción femoral de ambos ligamentos colaterales.

Edema de los tejidos blandos.

DR. FEDERICO ACOSTA VALENCIA

Médico Radiólogo Especialista en Imagen Corporal

CC: 3391583 / Reg. 5183806

De

..

**Análisis:**

Profesional solicitante :

• Registro Profesional :

Profesional ACOSTA VALENCIA FEDERICO

Registro Profesional : 3391583

IMAGENES DIAGNOSTICAS

Medico\_Especialista

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

---

**INFORMACION GENERAL**

Fecha Solicitud: 13/08/2019 09:42 F. Realización: 13/08/2019 10:40 F. Resultado: 13/08/2019 16:31 **CONFIRMADO**  
Médico: 71768430 LUIS FELIPE MEJIA MEJIA  
Información Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA Tipo Paciente: Otro Sexo: Masculino  
Tipo Documento: Cédula\_Ciudadanía Número: 70385137 Edad: 43 Años \ 2 Meses \ 23 Días F. Nacimiento: 22/05/1976  
E.P.S: 15-2 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA 12:00:00 a. m.  
Entidad:

**DETALLE DEL RESULTADO**

Información Servicio: 879460 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE PELVIS Folio: 22  
Descripción: TAC DE PELVIS

**TÉCNICA**

Se realiza estudio helicoidal con técnica multicortes en topografía de la pelvis. A partir de los cortes axiales se hacen reconstrucciones multiplanares, observándose:

**HALLAZGOS**

No hay evidencia en lo visualizados de lesiones óseas traumáticas, líticas, blásticas o expansivas.

Hay cambios artrósicos de ambas caderas identificando quistes subcondrales.

Las relaciones articulares están preservadas.

Hay una pequeña imagen con densidad cálcica que se localiza medial a la cabeza femoral izquierda, intra-articular. Se observa otra imagen con densidad cálcica que se proyecta anterior al cuello femoral izquierdo.

No hay alteración en la mineralización ósea.

Hay cambios degenerativos de la columna lumbar mínimos de tipo osteocondrótico y espondilítico.

Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la cadera izquierda a correlacionar con el cuadro clínico y antecedentes.

En lo visualizado de la pelvis se observan algunos divertículos en el colon.

Hernia inguinal izquierda con contenido de epipión.

Mm.

**Análisis:**

Profesional solicitante : ARANGO HERNANDEZ LUIS ALBERTO

Registro Profesional : 588896

Medico\_Especialista



Profesional MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Registro Profesional : 71768430

IMAGENES DIAGNOSTICAS

Medico\_Especialista

## RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

### INFORMACION GENERAL

Fecha Solicitud: 2019-08-13 09:42 Fecha Realización: 2019-08-13 10:40 Fecha Resultado: 2019-08-13 16:31 CONFIRMA

Medico: 71768430 MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Informacion Paciente: JORGE EMILIO ZULLIAGA ZULLIAGA Tipo Paciente: OTRO Sexo: MASCULINO

Tipo Documento: CÉDULA\_CIUDADANÍA Numero: 70385137 Edad: 43 Años Fecha Nacimiento: 1976-05-

E.P.S: 15-2 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Entidad:

### DETALLE DEL RESULTADO

Informacion Servicio: 879460 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE PELVIS

Descripcion: TAC DE PELVIS

#### TÉCNICA

Se realiza estudio helicoideal con técnica multicortes en topografía de la pelvis. A partir de los cortes axiales se hacen reconstrucciones multiplanares, observándose:

#### HALLAZGOS

No hay evidencia en lo visualizados de lesiones óseas traumáticas, iáctas, blásticas o expansivas.

Hay cambios artrósicos de ambas caderas identificando quistes subcondrales.

Las relaciones articulares están preservadas.

Hay una pequeña imagen con densidad cálcica que se localiza medial a la cabeza femoral izquierda, intra-articular. Se observa otra imagen con densidad cálcica que se proyecta anterior al cuello femoral izquierdo.

No hay alteración en la mineralización ósea.

Hay cambios degenerativos de la columna lumbar mínimos de tipo osteocondrótico y espondilítico.

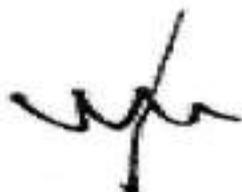
Hay edema de los tejidos blandos adyacentes a la cadera izquierda a correlacionar con el cuadro clínico y antecedentes.

En lo visualizado de la pelvis se observan algunos divertículos en el colon.

Hernia inguinal izquierda con contenido de epiplón.

Mm.

Analisis:



Profesional: MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Registro Profesional: 71768430

## RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

### INFORMACION GENERAL

Fecha Solicitud: 2019-08-12 16:25 Fecha Realización: 2019-08-12 23:33 Fecha Resultado: 2019-08-15 11:40 CONFIRMA

Medico: 71768430 MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Informacion Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA Tipo Paciente: OTRO Sexo: MASCULINO

Tipo Documento: CÉDULA\_CIUDADANIA Numero: 70385137 Edad: 43 Años Fecha Nacimiento: 1976-05-

E.P.S: 15-2 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Entidad:

### DETALLE DEL RESULTADO

Informacion Servicio: 873412 RADIOGRAFIA DE PELVIS CADERA COMPARATIVA

Descripcion: RX PELVIS AP:

La densidad ósea es normal.

Las articulaciones sacroilíacas son de apariencia normal sin evidencia de sacroilítis.

La superficie y espacio articular coxofemoral bilateralmente están conservadas.

No hay cambios en la densidad de la cabezas femorales que sugieran la presencia de necrosis avascular.

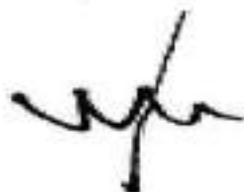
No hay lesiones líticas o blásticas que sugieran patología tumoral o infecciosa.

No hay calcificación de tejidos blandos periartriculares que sugieran tendinitis o bursitis calcificada.

No hay hallazgos que sugieran lesión traumática.

PV

Analisis: --



Profesional: MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Registro Profesional: 71768430

## RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

### INFORMACION GENERAL

Fecha Solicitud: 2019-08-12 16:25 Fecha Realizacion: 2019-08-12 23:34 Fecha Resultado: 2019-08-15 11:35 CONFIRMA

Medico: 71768430 MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Informacion Paciente: JORGE EMILIO ZULLUAGA ZULLUAGA Tipo Paciente: OTRO Sexo: MASCULINO

Tipo Documento: CÉDULA\_CIUDADANÍA Numero: 70385137 Edad: 43 Años Fecha Nacimiento: 1976-05-

E.P.S: 15-2 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Entidad:

### DETALLE DEL RESULTADO

Informacion Servicio: 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO

Descripcion: RX DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL:

Cambios postquirurgicos identificando dos pines en topografia de la articulacion interfalangeica proximal del cuarto dedo, donde se observa fractura que compromete a la base de la falange media de este, a correlacionar con los antecedentes traumaticos y clinicos. Hay desplazamiento de fragmentos desde el foco de fractura.

No hay otras lesiones traumaticas, ilicas, blásticas o expansivas.

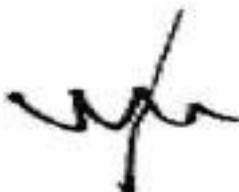
Mineralizacion ósea normal.

Las demás relaciones articulares están preservadas.

Dr

Analisis:

--



Profesional: MEJIA MEJIA LUIS FELIPE

Registro Profesional: 71768430

## RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

### INFORMACION GENERAL

Fecha Solicitud: 2019-08-12 11:55 Fecha Realización: 2019-08-12 12:42 Fecha Resultado: 2019-08-15 09:02 CONFIRMA

Medico: 79145406 HERNANDEZ POLANCO CARLOS GONZALO

Informacion Paciente: JORGE EMILIO ZULLAGA ZULLAGA Tipo Paciente: OTRO Sexo: MASCULINO

Tipo Documento: CÉDULA CIUDADANÍA Numero: 70385137 Edad: 43 Años Fecha Nacimiento: 1976-05-

E.P.S.: 15-2 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Entidad:

### DETALLE DEL RESULTADO

Informacion Servicio: 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO

Descripcion: RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL

Densidad ósea normal.

Hay signos de fractura desplazada en la base de la falange intermedia del cuarto dedo.

Importante aumento de volumen de tejidos blandos.

Apófisis estiloides de cúbito y radio, huesos de carpo y metacarpo normales.

No hay calcificaciones patológicas.

No hay cuerpos extraños.

LP

Análisis:



Profesional: HERNANDEZ POLANCO CARLOS GONZALO  
Registro Profesional: 79145406

## RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

### INFORMACION GENERAL

Fecha Solicitud: 2019-08-12 11:55 Fecha Realizacion: 2019-08-12 12:36 Fecha Resultado: 2019-08-15 11:29 CONFIRMA  
Medico: 79145406 HERNANDEZ POLANCO CARLOS GONZALO  
Informacion Paciente: JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA Tipo Paciente: OTRO Sexo: MASCULINO  
Tipo Documento: CÉDULA\_CIUDADANÍA Numero: 70385137 Edad: 43 Años Fecha Nacimiento: 1976-05-  
E.P.S: 15-2 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA  
Entidad:

### DETALLE DEL RESULTADO

Informacion Servicio: 873412 RADIOGRAFIA DE PELVIS CADERA COMPARATIVA

Descripcion: RX DE PELVIS Y CADERA DERECHA:

Se observan signos de luxación coxifemoral izquierda en sentido posterior.

No se logra determinar trazos de fractura.

Ramas ilio e isquiopúbicas y sínfisis del pubis normal.

No hay calcificaciones patológicas.

pv

Análisis: —

Profesional: HERNANDEZ POLANCO CARLOS GONZALO  
Registro Profesional: 79145406



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

### 1. Información general del dictamen

<b>Fecha de dictamen:</b> 09/09/2020	<b>Motivo de calificación:</b> PCL (Dec 1507 /2014)	<b>N° Dictamen:</b> 70385137 - 225
<b>Tipo de calificación:</b>		
<b>Instancia actual:</b> No aplica		
<b>Tipo solicitante:</b>	<b>Nombre solicitante:</b>	<b>Identificación:</b> null
<b>Teléfono:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Dirección:</b>
<b>Correo electrónico:</b>		

### 2. Información general de la entidad calificadora

<b>Nombre:</b> Junta Medico Laboral IPS S.A.S	<b>Identificación:</b> 901167990-2	<b>Dirección:</b> Carrera 50A # 58-69 Prado Centro
<b>Teléfono:</b> 444 0120	<b>Correo electrónico:</b> info@juntamedicolaboral.com.co	<b>Ciudad:</b> Medellín - Antioquia

### 3. Datos generales de la persona calificada

<b>Nombres y apellidos:</b> JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA	<b>Identificación:</b> CC - 70385137 - COCORNA	<b>Dirección:</b> CLL 22 N° 21-23
<b>Ciudad:</b>	<b>Teléfonos:</b> - 3145218499	<b>Fecha nacimiento:</b> 22/05/1976
<b>Lugar:</b>	<b>Edad:</b> 44 año(s) 3 mes(es)	<b>Genero:</b> Masculino
<b>Etapas del ciclo vital:</b> Población en edad económicamente activa	<b>Estado civil:</b> Unión Libre	<b>Escolaridad:</b> No definida
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Tipo usuario SGSS:</b> Contributivo (Cotizante)	<b>EPS:</b>
<b>AFP:</b>	<b>ARL:</b>	<b>Compañía de seguros:</b>

### 4. Antecedentes laborales del calificado

<b>Tipo vinculación:</b>	<b>Trabajo/Empleo:</b>	<b>Ocupación:</b>
<b>Código CIUO:</b>	<b>Actividad económica:</b>	
<b>Empresa:</b>	<b>Identificación:</b>	<b>Dirección:</b>
<b>Ciudad:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Fecha ingreso:</b>
<b>Antigüedad:</b>		
<b>Descripción de los cargos desempeñados y duración:</b>		

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

#### Información clínica y conceptos

#### Resumen del caso:

Paciente de 44 años, lateralidad diestro, escolaridad primaria, estado civil unión libre, oficio: oficial de construcción. Labora ocasionalmente

**Resumen de información clínica:**

Refiere que sufre accidente de tránsito el 07-08-2019 en calidad de conductor de moto colisionando contra un carro con trauma en miembro inferior izquierdo y en mano izquierda. Fue atendido por urgencias donde descartaron inicialmente fracturas. Luego fue valorado en institución de mayor complejidad donde le dx "tenía el fémur por fuera", fractura del 4° dedo mano izq. Le realizaron reducción cerrada de luxación de cadera izq y OS con pines en 4° dedo. Estuvo en terapias físicas y en seguimiento por ortopedia con última valoración hace 9 meses aproximadamente ordenando control en 6 meses y le dio recomendaciones laborales. En el momento tiene pendiente la cita de revisión con ortopedia. Comenta que le realizaron una EMG que reportó lesión del nervio y que el ortopedista le comentó que "había que esperar que eso se iba despertando".

Informa que para caminar en plano presenta dolor en rodilla izq, no usa ayudas, sube y baja escalas y le desencadena dolor, no puede correr ni saltar por dolor en cadera y rodilla izquierdo, puede cargar peso en mano derecha, no en la izquierda por sensación de pérdida de fuerza. Es independiente para su autocuidado, se viste, desviste, calza y se descalza solo. No apoya en las tareas domésticas porque "nunca lo he hecho", no apoya en la preparación de alimentos "porque no lo he hecho". No ha vuelto a conducir por dificultad para empuñar la mano izquierda. Usa transporte público sin limitación. Tiene mascota que es de la familia. Paciente que vive con esposa y tres hijos y una nieta.

**Conceptos médicos****Fecha:** 07/08/2019**Especialidad:** EPICRISIS**Resumen:**

Paciente que sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de moto al colisionar contra un carro. Tiene intenso dolor en muslo izquierdo con limitación para la extensión, además dolor en tobillo. Realizan Rx de fémur sin fractura. Rx de tobillo sin fractura. se da de alta

**Fecha:** 12/08/2019**Especialidad:** EPICRISIS**Resumen:**

Pte que sufre accidente de tránsito hace una semana. Consulta por persistencia de dolor, limitación para la marcha y edema en mano izq. Le dx luxación de cadera izq y fractura de IF del 4 dedo. Realizan reducción luxación posterior de cadera + reducción abierta de luxofractura del 4 dedo mano izq + ligamentorrafia de colaterales de IFP del 4 dedo. Realizaron TAC pelvis: sin fragmentos óseos intraarticular con adecuada reducción

**Fecha:** 10/10/2019**Especialidad:** ORTOPEDIA**Resumen:**

Accidente de tránsito hace dos meses. Luxación cadera izq y luxofractura IFP del 4° dedo. Con poco dolor, esta apoyando, con deformidad en 4° dedo, se esta quejando de dolor en rodilla izq y derrame. Ef.: door en zona posterior de la rodilla izq, cajón posterior con limitación en los últimos 20°. Cadera con buen AMA, cojera. 4° dedo de la mano anquilosada en 30°. Rx pelvis sin signos de condrolisis eni NAV. Pte con adecuada evolución de la cadera. se debe descartar lesión ligamento posterior de rodilla izq. manejo expectante de la luxofractura IF del 4° dedo. Se ordenó terapias físicas y RNM rodilla izq.. Dx.: S730 luxación de cadera - S836 esguince y torceduras de otras partes y no especificadas de la rodilla.

**Fecha:** 05/12/2019**Especialidad:** ORTOPEDIA**Resumen:**

Pte con luxación de cadera izq, trauma rodilla izq, fractura 4° dedo mano. RNM : esguince I-II del LCA y LCP. Esta mejor, menos dolor en rodilla y cadera. Ef.: cajón posterior grado I, leve dolor con la rotación de la cadera. Rigidez IFP 4 dedo. Por ahora trauma en rodilla no qxca. Control en 3 meses. Dx.: S730 -S626 - S835



## Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

## Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
S835	Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla	Esguince de LCA y LCP de rodilla izquierda.	07/08/2019	Accidente SOAT
S626	Fractura de otro dedo de la mano	fractura del 4° dedo mano izquierda	07/08/2019	Accidente SOAT
S730	Luxación de cadera	Luxación cadera izquierda	07/08/2019	Accidente SOAT

## Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia global del nervio radial parte superior del brazo con pérdida del tríceps Derecha	12	12.13	1	4	NA	NA	8,00%		8,00%
<b>Valor combinado</b>									<b>8,00%</b>

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembro superior izquierdo	14	14.2	NA	NA	NA	NA	6,38%		6,38%
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.13	NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
<b>Valor combinado</b>									<b>6,38%</b>

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	8,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	6,38%

**Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar** **13,87%**

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.

**Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5** **6,94%**

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

## Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
<b>Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)</b>	<b>7,50%</b>

## 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	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0.3	0.8
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	0	0	0.1	0.1	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	0	0	0	0	0	0

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

1

Valor final título II

8,50%

## 7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	6,94%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	8,50%
<b>Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)</b>	<b>15,44%</b>

Origen: Accidente

Riesgo: SOAT

Fecha de estructuración: 09/09/2020

Fecha declaratoria: 09/09/2020

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Se determina fecha de estructuración en la fecha de la evaluación funcional

Se califica rol laboral con reintegro con modificaciones en el puesto de trabajo

Se califica con la historia clínica aportada y la evaluación funcional realizada

Se califica las secuelas del accidente de tránsito ocurrido el 07-08-2019

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

## 8. Grupo calificador



Juan Guillermo Ocampo Olarte  
**Médico ponente**  
 ESPECIALISTA EN SALUD  
 OCUPACIONAL  
 298748





**UNIVERSIDAD CES**

*Un compromiso con la excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1973 del 17 de marzo de 2007

**EN ATENCIÓN A QUE**

**Juan Guillermo Ocampo Olarte**

C.C. 71.751.669 de Medellín (Antioquia)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**Especialista en  
Salud Ocupacional**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA  
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA  
A 01 DÍA DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 2015.

José María Maya Mejía  
Rector  
Universidad CES

Patricia Chejne Fayad  
Secretaria General  
Universidad CES

Jorge Julian Osorio Gomez  
Decano  
Universidad CES

Registrado en: Folio 381 Número 13274 del 01 de septiembre de 2015. Acta 13376 del 01 de septiembre de 2015. Firma: Beatriz Giron



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
GOBERNACION

Radicado: S 201500298748

Fecha: 30/09/2015

Tipo:  
RESOLUCION

Destino: JUAN



**Por medio de la cual se CONCEDE Licencia para ofertar servicios de seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, a una persona natural.**

**EL DIRECTOR DE FACTORES DE RIESGO DE LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA**

En ejercicio de las facultades legales que le confieren las Leyes 09 de 1979 y 1562 de 2012, la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y en especial la Resolución No. 5734 de 2013 expedida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, y

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, determinó que la salud ocupacional se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definiéndola como la disciplina que trata la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores, cuyo objeto es mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

Que el artículo 23 de la citada ley, ordenó al Ministerio de la Salud y Protección Social reglamentar en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la misma, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, determinando como competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional.

Que mediante Resolución No. 4502 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de la licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo definidos en el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012.

Que mediante Resolución No. 5734 del 2013, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, delegó en cabeza del Director Administrativo de

*"Por medio de la cual se CONCEDE una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"*

Factores de Riesgo la expedición o renovación de las licencias de salud ocupacional.

Que el (la) señor(a) **JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **71751669**, solicitó la Licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, acreditando el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en la Resolución No. 4502 de diciembre 28 de 2012.

Que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, después de revisar toda la documentación presentada por el (la) señor (a) **JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE**, emitió concepto favorable para el otorgamiento de dicha licencia.

En mérito de lo anterior,

### RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** Conceder licencia para ofertar a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo como persona natural, al (la) señor (a) **JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **71751669**, como **MÉDICO (A) Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, en las siguientes áreas o campos de acción:

1. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
2. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
3. INVESTIGACIÓN EN ÁREA TÉCNICA DE ACUERDO A SU COMPETENCIA
4. DISEÑO ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
5. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

**ARTÍCULO TERCERO:** La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país

**ARTÍCULO CUARTO:** El (La) señor (a): **JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE** deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades, con todas las normas legales, técnicas, éticas y de control de calidad establecidas en la legislación vigente en Salud Ocupacional.

**ARTÍCULO QUINTO:** Cuando el titular de la licencia, modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho con treinta (30) días de antelación, a su ocurrencia, a la Dirección de Factores de Riesgo de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de

"Por medio de la cual se CONCEDE una licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo"

Antioquia, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia.

**ARTÍCULO SEXTO:** Notificar personalmente esta Resolución a el (la) señor (a): **JUAN GUILLERMO OCAMPO OLARTE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 71751669, informándole contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, en la forma y términos establecidos en los artículos 74 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** La presente Resolución rige a partir de su ejecutoria.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Medellín, a los



**RAUL ALBERTO ROJO OSPINA**  
Director Administrativo de Factores de Riesgo  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Preparó: Reinaldo Echeverri Suárez 29 de Septiembre de 2015  
Revisó: María Piedad Martínez Galeano

06. octubre. 2015  
Juan Ocampo  
71751669  
298748  
30-09-15  
Dr. David Nolue



**Juan Guillermo Ocampo**, identificado con la cédula No **71.751,669**, con número de registro médico 1715362-00 y LIC S.O 298748, conforme a lo preceptuado por el Artículo 226 del Código General del proceso, me permito dar la información básica que hace parte integral del DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL N°70385137 - 225 para valorar la pérdida de capacidad laboral de **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA** fue elaborado a través del **Junta Médico Laboral IPS S.A.S**, con Nit. 901.167.990 -2, y los cuales pueden ser encontrados:

DIRECCIÓN DE UBICACIÓN: Carrera 50 A No 58 – 69 Medellín Prado centro

TELÉFONO: 4440120 CELULAR: 3006909636

Soy médico general de la universidad: **Universidad Pontificia Bolivariana**, con especialización en salud ocupacional de: **universidad CES**, con registro N° 298748 de dicha institución.

En los últimos 4 años he participado como perito en los siguientes procesos:

NO	JUZGADO	RADICADO	PARTE DEMANDANTE	PARTE DEMANDADA
1	Juzgado Sexto Civil Municipal De Oralidad	2020-00261	María Trinidad Torrez López	Sin Información
2	Juzgado Treinta Y Seis Administrativo Oral De Medellín	05001 33 33 036 2021 00080 00	José De Jesús Rúa Y Otros	Empresas Públicas De Medellín
3	Juzgado Noveno Civil Municipal De Oralidad	05001-40-03-009-2021-00309-00	Juan Carlos González Álvarez	Mapfre Seguros Generales De Colombia S.A, Javier David Barrera Yepes, Enrique Chacón Yepes, Axa Colpatria Seguros S.A, Liberty Seguros S.A.
4	Juzgado Décimo Civil Del Circuito De Oralidad	05001 31 03 010 2021 00150 00	Leidy Vanessa Arias Sánchez Y Otro	Didier Ortiz Arcila Y Otro
5	Juzgado Primero Civil Del Circuito Itagüí	Oficio N° 634/2020-00177/00	María Fátima Tobón Zapata	Cipriano Guzmán Zapata Y Otros



*En dichos procesos al igual que el actual los dictámenes que se realizaron eran para determinar la pérdida de capacidad laboral de dichos peritazgos.*

*Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.*

*No me encuentro inmerso en ninguna de las causales que trae el Artículo 50 del Código General del Proceso.*

*El dictamen N°70385137 - 225 fue realizado por solicitud del paciente y conforme a peritazgos que he realizado anteriormente sobre pérdida de capacidad laboral, para lo cual se aplicó el Manual Único para la Calificación de la Invalidez (MUCI) vigente al momento de valoración, que para el momento actual corresponde al Decreto 1507 de 2014 y no he acudido para su elaboración en métodos diferentes.*

*Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales. El dictamen se realizó con base en la historia clínica aportada por el señor Jorge Emilio Zuluaga Zuluaga Y la cual reposa en poder de dicha persona.*

*Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro. Adjunto los diplomas que acreditan mi idoneidad en la materia del dictamen.*

*n caso de requerirse mi presencia para ampliar o contestar las preguntas que a bien tuviera el despacho o los apoderados de las partes no duden en contactarme con anterioridad a dicho requerimiento para poder brindar la información que requieran.*

---

**Juan Guillermo Ocampo**  
C.C 71.751.669  
REG MED: 1715362-00  
LIC S.O: 298748



B. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS		VEHÍCULO [2]								
B.1. CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD	
Quintero Alcafe Simon		CC	1036958656	Colombiano	08/12/96	M	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MUERTO <input type="checkbox"/>	HERIDO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CUIDAD	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
CH SS #52-41		Bionegro	3226563300	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP. <input type="checkbox"/> VEN <input checked="" type="checkbox"/>	CODIGO DE TRANSITO	CHALECO	CASCO	E PISCICATIVAS		
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1036958656	Ae	16/04/29	05440000	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>				
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES								
B.2. VEHÍCULO										
CLASE	TRAX (BICICLO/OTRO/SEMI)	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	EXTRINSECA	TÓN	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANSITO No.
K40345	COLOMBIANO <input checked="" type="checkbox"/>	EXTRANERO <input type="checkbox"/>	Renault	STEPMAX	Grís	2013		4	1000376/125	
EMPRESA		MATRICULADO EN	INNOVIZADO EN	Perteneciente Mijocada		TARJETA DE REGISTRO No.				
Bionegro		A DISPOSICIÓN DE		Inspección de Tránsito						
REV. TEC. MEC. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No. 43336511		ASEGURADORA		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE						
PORTA SECT. POLIZA No. AT1329 40260077		Seguros del estado		VENIMIENTO						
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		VENIMIENTO		PORTA SECT. RESP. EXTRACONTRACTUAL		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>				
DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		VENIMIENTO		VENIMIENTO						
No.		ASEGURADORA		DA	ME	AN	FE	ASEGURADORA		
PROPIETARIO										
MESMO CONDUCTOR <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.					
Castano Mejia Ricardo Leon		CC		15424935						
B.3. CLASE VEHICULO			B.4. CLASE SERVICIO			B.5. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO				
AUTOMOVIL <input checked="" type="checkbox"/>			B.4.1. OFICIAL			Pantoneo reventado, Farola delantera				
BUS <input type="checkbox"/>			B.4.2. PUBLICO			izquierda Parada, Tercio lateral delante				
BUSETA <input type="checkbox"/>			B.4.3. PARTICULAR			no izquierda reventada, no transcoy				
CAMION <input type="checkbox"/>			B.4.4. EMPLEADO			izquierda Parada, Monte delantero				
CAMIONETA <input type="checkbox"/>			B.4.5. MODALIDAD DE TRANS.			izquierda piachala				
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.6. MOTO							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.7. CARGA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.8. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.9. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.10. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.11. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.12. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.13. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.14. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.15. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.16. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.17. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.18. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.19. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.20. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.21. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.22. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.23. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.24. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.25. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.26. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.27. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.28. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.29. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.30. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.31. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.32. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.33. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.34. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.35. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.36. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.37. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.38. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.39. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.40. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.41. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.42. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.43. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.44. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.45. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.46. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.47. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.48. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.49. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.50. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.51. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.52. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.53. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.54. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.55. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.56. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.57. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.58. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.59. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.60. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.61. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.62. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.63. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.64. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.65. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.66. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.67. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.68. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.69. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.70. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.71. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.72. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.73. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.74. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.75. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.76. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.77. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.78. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.79. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.80. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.81. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.82. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.83. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.84. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.85. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.86. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.87. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.88. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.89. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.90. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.91. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.92. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.93. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.94. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.95. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.96. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.97. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.98. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.99. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.100. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.101. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.102. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.103. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.104. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.105. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.106. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.107. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.108. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.109. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.110. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.111. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.112. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.113. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.114. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.115. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.116. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.117. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.118. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.119. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.120. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.121. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.122. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.123. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.124. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.125. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.126. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.127. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.128. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.129. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.130. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.131. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.132. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.133. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.134. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.135. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.136. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.137. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.138. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.139. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.140. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.141. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.142. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.143. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.144. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.145. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.146. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.147. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.148. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.149. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.150. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.151. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.152. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.153. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.154. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.155. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.156. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.157. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.158. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.159. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.160. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.161. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.162. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.163. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.164. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.165. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.166. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.167. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.168. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.169. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.170. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.171. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.172. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.173. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.174. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.175. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.176. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.177. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.178. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.179. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.180. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.181. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.182. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.183. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.184. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.185. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.186. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.187. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.188. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.189. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.190. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.191. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.192. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>			B.4.193. EXTRAORDINARIA							
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>										



**ANEXO N° 2**  
**VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES**



FORMULARIO ANEXAL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO

<b>9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES</b> No. <input type="checkbox"/>		<b>DEL VEHÍCULO No.</b> <input type="checkbox"/>		<b>NACIONALIDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>SEXO</b>
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		PAIS		DIA MES AÑO		M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Castaño Jaramilla Jessica Marcela e.c. 1036952005		Colombiana		Colombiana		03/07/1985		
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		<b>CINTURÓN</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Alfaro del Lago		Bogotá		320661092		<b>CONDICIÓN</b>		
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		GRADO		<b>PEATÓN</b>		<input type="checkbox"/>
Hospital San Juan De Dios		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>PASAJERO</b>		<input type="checkbox"/>
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		<b>ACOMPAÑANTE</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
Fractura humero mano derecha.		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<b>GRAVEDAD</b>		
		GRADO		S. PSICOACTIVAS		<b>MUERTO</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>HERIDO</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
		CASCO		CHALECO				
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

<b>9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES</b> No. <input type="checkbox"/>		<b>DEL VEHÍCULO No.</b> <input type="checkbox"/>		<b>NACIONALIDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>SEXO</b>
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		PAIS		DIA MES AÑO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		<b>CINTURÓN</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		GRADO		<b>CONDICIÓN</b>		
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		<b>PEATÓN</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<b>PASAJERO</b>		<input type="checkbox"/>
		GRADO		S. PSICOACTIVAS		<b>ACOMPAÑANTE</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>GRAVEDAD</b>		
		CASCO		CHALECO		<b>MUERTO</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>HERIDO</b>		<input type="checkbox"/>

<b>9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES</b> No. <input type="checkbox"/>		<b>DEL VEHÍCULO No.</b> <input type="checkbox"/>		<b>NACIONALIDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>SEXO</b>
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		PAIS		DIA MES AÑO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		<b>CINTURÓN</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		GRADO		<b>CONDICIÓN</b>		
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		<b>PEATÓN</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<b>PASAJERO</b>		<input type="checkbox"/>
		GRADO		S. PSICOACTIVAS		<b>ACOMPAÑANTE</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>GRAVEDAD</b>		
		CASCO		CHALECO		<b>MUERTO</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>HERIDO</b>		<input type="checkbox"/>

<b>9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES</b> No. <input type="checkbox"/>		<b>DEL VEHÍCULO No.</b> <input type="checkbox"/>		<b>NACIONALIDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>SEXO</b>
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		PAIS		DIA MES AÑO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		<b>CINTURÓN</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		GRADO		<b>CONDICIÓN</b>		
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		<b>PEATÓN</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<b>PASAJERO</b>		<input type="checkbox"/>
		GRADO		S. PSICOACTIVAS		<b>ACOMPAÑANTE</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>GRAVEDAD</b>		
		CASCO		CHALECO		<b>MUERTO</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>HERIDO</b>		<input type="checkbox"/>

<b>9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES</b> No. <input type="checkbox"/>		<b>DEL VEHÍCULO No.</b> <input type="checkbox"/>		<b>NACIONALIDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>SEXO</b>
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		PAIS		DIA MES AÑO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		<b>CINTURÓN</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		GRADO		<b>CONDICIÓN</b>		
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		<b>PEATÓN</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<b>PASAJERO</b>		<input type="checkbox"/>
		GRADO		S. PSICOACTIVAS		<b>ACOMPAÑANTE</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>GRAVEDAD</b>		
		CASCO		CHALECO		<b>MUERTO</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>HERIDO</b>		<input type="checkbox"/>

<b>9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES</b> No. <input type="checkbox"/>		<b>DEL VEHÍCULO No.</b> <input type="checkbox"/>		<b>NACIONALIDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>SEXO</b>
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		PAIS		DIA MES AÑO		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		<b>CINTURÓN</b>		<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		GRADO		<b>CONDICIÓN</b>		
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		<b>PEATÓN</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<b>PASAJERO</b>		<input type="checkbox"/>
		GRADO		S. PSICOACTIVAS		<b>ACOMPAÑANTE</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>GRAVEDAD</b>		
		CASCO		CHALECO		<b>MUERTO</b>		<input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>HERIDO</b>		<input type="checkbox"/>

**13. OBSERVACIONES**

**15. DATOS DE QUIEN COMO EL ACCIDENTE**

<b>GRADO</b>	<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>DCC</b>	<b>IDENTIFICACION No.</b>	<b>PLACA</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FIRMA</b>
II	Gonzalez Davitez Carlos		c.c. 15.679.177	0914/15	POMU VT	Carlos Gonzalez

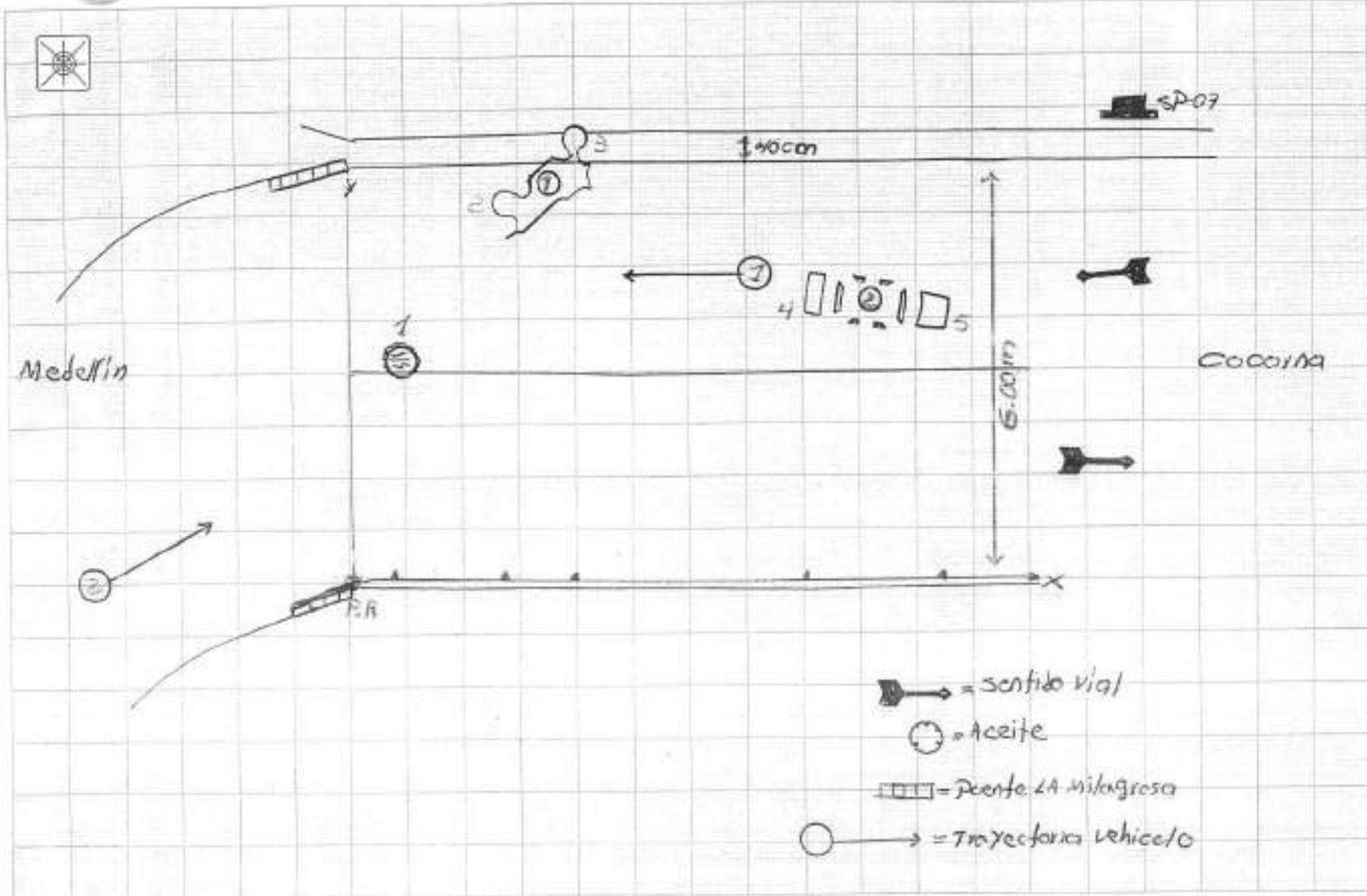
**16. CORRESPONDIO**

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN

Dis	Mujer	Ext	U. Receptor	Adm	Compartido
-----	-------	-----	-------------	-----	------------



17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRÁFICO)  
 INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO No.



PUNTO DE REFERENCIA (P.R.)		
TABLA DE MEDIDAS		
N°	(P) a (P)	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
1	2.20m 2.90m	Aceite
2	3.80m 5.20m	
3	5.80m 6.40m	
4	17.50m 3.50m	V.T. Derecho
5	21.00m 3.20m	V.D. Derecho
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

LONG. HUELLAS			
N°	METROS	CM	TIPO DE HUELLA

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE						
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTENDE	FIRMA
IT	Gonzalez Benitez Carlos	CC 15.699.177	291415	PONALTS	Carlos Gonzalez	

LONG: [ ]' [ ]" [ ]' [ ]" [ ]" [ ]"

LAT: [ ]' [ ]" [ ]' [ ]" [ ]" [ ]"

ESCALA: 1:1

PLANO: I de I

VISTA: Superior

	VIA 1	VIA 2
RADIO	[ ]	[ ]
PERALTE	[ ]	[ ]
PENDIENTE	[ ]	[ ]

CORRESPONDIÓ						
NO UNICO DE INVESTIGACIÓN	Dia	Hora	Ext	U. Investig.	Año	Comandante

FIRMA CONDUCTOR VICTIMA O TESTIGO E.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 Cedula de Ciudadania

NUMERO 70.385.157  
 ZULUAGA ZULUAGA  
 APELLIDOS  
 JORGE EMILIO  
 NOMBRES

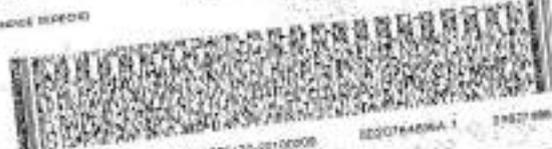


*Jorge Emilio Zuluaga*  
 FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1976  
 COCORNA  
 (ARTIGUJA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.62 ESTATURA O+ G.E. NI SEXO M  
 24-OCT-1995 COCORNA  
 FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRACION NACIONAL  
 POLICIA DEL SAHMEROTOMAS



A 612200-0021304-M-000000/01-0010000 000764000A 1 01027896


**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
 MINISTERIO DE TRANSPORTE  
**LICENCIA DE CONDUCCIÓN**

Documento de Identificación  
**C.C. 70385137**

APELLIDOS  
**ZULUAGA ZULUAGA**

NOMBRE  
**JORGE EMILIO**

SEXO	FECHA EXPIRACIÓN	VENCIMIENTO	CATEGORÍA
O	24-04-2012	INDEFINIDA	A2

NÚMERO DE LICENCIA  
**5615000-5251137-7**



**RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR**

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR  
**STRIA GOB Y TTD RIONEGRO**




ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

**LC02000804503**



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014358048

PLACA LXH03E MARCA AKT LINEA AK180TTX MODELO 2018  
 DIMENSIONES DE 178 COLOR NEGRO SERVICIO PARTICULAR  
 CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA COMBUSTIBLE GASOLINA CAPACIDAD 4/3/1  
 NUMERO DE MOTOR 152FMKPK0489348 MARCA SF2AT1802J5001EAT  
 NUMERO DE SERIE N NUMERO DE CHASIS SF2AT1802J5001037 MARCA N  
 PROPIETARIO: APELLI DOSSY VOVRESI IDENTIFICACION C.C. 30985137  
 ZULUAGA ZULUAGA JORGE ENILIO

REGISTRO DE VEHICULOS  
 BOGOTÁ DEPARTAMENTO DE BOGOTÁ  
 802017000129655  
 LICENCIACIÓN Y LA PROPIEDAD  
 SERVICIO  
 FECHA RETENCIÓN 23/07/2017  
 ORGANISMO DE TRÁNSITO  
 FECHA EXP. LIC. TR. 28/07/2017  
 FECHA VENCIMIENTO SERVICIO  
 EJEMPLAR 15  
 FECHA IMPRESIÓN 07/07/2017  
 PLANTAS 0



LT03002543919

# SOAT



FECHA DE EMISIÓN: 2019 | 7 | 26  
 VIGENCIA: 2019 | 7 | 27 - 2020 | 7 | 26

Nº DE PÓLIZA	PLACA	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CLASIFICACION	MODELO
683950	LXH03E	MOTOCICLETA	PARTICULAR	179	2018
MARCA	LINEA VEHICULO	CIERRE			
2	AKT	AK180TTX			
Nº MOTOS	Nº CHASIS	Nº VIN	CANTIDAD TOTAL		
183FMKPQ480940	9F2A71802J5001037	9F2A71802J5001037	0,00		
NOMBRES Y NOMBRES DEL TITULAR		TELÉFONO DEL TITULAR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TITULAR	Nº DE DOCUMENTO DEL TITULAR	Ciudad de emisión del título
ZULUAGA ZULUAGA JORGE EMILIO		3145216499	CC	70385137	COCORNA
CODIGO DE ASEGURADORA	COD. VIGENCIA EXPEDICION	CLAVE PRODUCTOR	Nº FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA	
1502	535	5430	AT1502 683950	COCORNA	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCION PRESTA	TASA RENT	MONTA	
121	\$ 318.800,00	\$ 159.400,00	\$ 1.900,00	800 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES	
TOTAL A PAGAR: \$ 480.100,00				180 LEGALES	
				750 DIARIOS VIGENTES	
				10	

Modificación unilateral de la vigencia por disponibilidad de empuje: Con el fin de evitar duplicidad de empujes, si la aseguradora evidencia que existe una póliza vigente, la vigencia de la póliza que se expira se modificará, iniciando a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.854-8

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o iOS.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde pagar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden exigir en cualquier momento.
- Recuerde cuidar que su póliza está renovada en el RUNT.
- Tenga atento al momento en que debe renovar su póliza. No tiene SOAT vigente acarrea multas y sanciones, la donación del vehículo y/o caso de accidente de tránsito al reanudar por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el proveedor de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún proveedor de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito artículo 185 Decreto Ley 563 de 1993. En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Siempre los gastos médicos, el sobre ante la aseguradora o el Forja lo debe realizar los institutos, proveedores de servicios de salud.

La reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Texto habilitado**

Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legitimadas autorizadas y aquellas que conluzcan necesario, para en cada caso utilizar la información que conluzcan necesario y no conluzcan la información con fines estadísticos y/o académicos y no conluzcan la información derivada del presente contrato de seguros y que consista de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado y las aseguradoras o se los otorguen en el futuro, así como novedades, tolerancias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual entiendo y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros de acuerdo con los derechos que me asisten como titular de los mismos y sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Nº DE CONTROL 44718479

PLACA Nº LXH03E	CARGA AKT	LÍNEA AK180FTX
CATEGORÍA PARTICULAR	COLOR NEGRO	AÑO DEL VEHÍCULO 2018
CAPACIDAD 179	COMBUSTIBLE GASOLINA	VIN 9F2A71802J5001037
TIPOLÓGICA MOTOCICLETA	Nº DE MOTOR 16JFNKPO489948	IDENTIFICACION PROPIETARIO C 70385137
NOMBRE DEL PROPIETARIO JORGE E. ZULUAGA Z.		Nº CONSULTIVO DEANT 142618377



Nº DE CONTROL 44718479

PLACA Nº LXH03E	CARGA AKT	LÍNEA AK180FTX
CATEGORÍA PARTICULAR	COLOR NEGRO	AÑO DEL VEHÍCULO 2018
CAPACIDAD 179	COMBUSTIBLE GASOLINA	VIN 9F2A71802J5001037
TIPOLÓGICA MOTOCICLETA	Nº DE MOTOR 16JFNKPO489948	IDENTIFICACION PROPIETARIO C 70385137
NOMBRE DEL PROPIETARIO JORGE E. ZULUAGA Z.		Nº CONSULTIVO DEANT 142618377



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Nº DE CONTROL 44718479

PLACA Nº LXH03E	CARGA AKT	LÍNEA AK180FTX
CATEGORÍA PARTICULAR	COLOR NEGRO	AÑO DEL VEHÍCULO 2018
CAPACIDAD 179	COMBUSTIBLE GASOLINA	VIN 9F2A71802J5001037
TIPOLÓGICA MOTOCICLETA	Nº DE MOTOR 16JFNKPO489948	IDENTIFICACION PROPIETARIO C 70385137
NOMBRE DEL PROPIETARIO JORGE E. ZULUAGA Z.		Nº CONSULTIVO DEANT 142618377



Nº DE CONTROL 44718479

PLACA Nº LXH03E	CARGA AKT	LÍNEA AK180FTX
CATEGORÍA PARTICULAR	COLOR NEGRO	AÑO DEL VEHÍCULO 2018
CAPACIDAD 179	COMBUSTIBLE GASOLINA	VIN 9F2A71802J5001037
TIPOLÓGICA MOTOCICLETA	Nº DE MOTOR 16JFNKPO489948	IDENTIFICACION PROPIETARIO C 70385137
NOMBRE DEL PROPIETARIO JORGE E. ZULUAGA Z.		Nº CONSULTIVO DEANT 142618377



**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**  
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General

**PROTOCOLO GUÍA PARA EL INFORME PERICIAL  
SOBRE DETERMINACIÓN CLÍNICA FORENSE DE EMBRIAGUEZ**

Regional: \_\_\_\_\_ Seccional: \_\_\_\_\_ Unidad Básica: \_\_\_\_\_

Radicación No.: \_\_\_\_\_ Fecha: Día 07 Mes: 05 Año: 2019

Solicitante: Intendente Carlos González

Oficio Petitorio: \_\_\_\_\_ Previas o historial No. \_\_\_\_\_

Hecho que se investiga (según oficio petitorio): \_\_\_\_\_

Fecha y hora de los HECHOS: Día: 07 Mes: 05 Año: 2019 Hora: 09:00

Fecha y hora del EXAMEN: Día: 07 Mes: 05 Año: 2019 Hora: 14:00

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXAMINADO**

Nombre completo(a): Jorge Emilio Buitrago Pulgar

Edad referida: 47 años Documento de identidad: 10.585.137

**Nota:** En todos los casos tomar huella del dedo índice derecho del examinado, o en su defecto la del pulgar, en un extremo libre de la solicitud escrita de examen de embriaguez.

**DATOS DEL DEFENSOR PRESENTE:**

Solo si la personal por examinar es el imputado dentro de una investigación o proceso penal

Nombre completo del defensor (a): \_\_\_\_\_

Tarjeta Profesional: \_\_\_\_\_ Firma del Defensor: \_\_\_\_\_

**1. RESUMEN DE INFORMACIÓN DISPONIBLE**

1.1. Relato de los hechos y circunstancias relacionadas (hechos que generaron la solicitud del examen, actividades desarrolladas durante las horas inmediatamente anteriores a tales hechos, traumas físicos sufridos durante el evento, presencia de sintomatología, atención médica recibida, etc.): Le golpeó de frente contra un auto

dentro de una camioneta

1.2. Información Adicional al comenzar el examen (documentos de autoridad, historia clínica, etc.): \_\_\_\_\_

Negativa ingesta de bebidas alcohólicas

1.3. Antecedentes de importancia (médicos, psiquiátricos, farmacológicos, toxicológicos): \_\_\_\_\_

No refiere

**2. EXAMEN CLÍNICO**

2.1. Presentación, porte, actitud, conducta motriz: \_\_\_\_\_

Consciente, alerta, orientado, sin aliento.

2.2. Dolores asociados: Aliento Alcohólico:

Negativo  Discreto  Evidente  Dudoso

Otros (describe) \_\_\_\_\_

2.3. Sensorio: Estado de conciencia In alteraciones

Orientación: In alteraciones

Atención: In alteraciones

Memoria: In alteraciones

2.4. Afecto: \_\_\_\_\_

2.5. Lenguaje: Disartria: Negativa  Discreta  Evidente

2.6. Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:

In alteraciones

2.7. Signos Vitales: Frecuencia cardiaca (100/70) 78x'

Frecuencia respiratoria: 19x'

Presión arterial: 100/70

Temperatura Corporal: 37

2.8. Talla: ?

Peso: ?

2.9. Piel y mucosas: In alteraciones

2.10. Ojos : congestión conjuntival: Si hay \_\_\_\_\_ No hay X

Pupilas: Isocóricas mióticas  Midriáticas  Diámetro normal  Anisocóricas

Reflejo fotomotor: Normal  Alterado  Convergencia ocular: Normal  Alterada

2.11. Reflejos Osteotendinosos: Hiporeflexia  Hipereflexia  Normoreflexia

2.12. Coordinación Motora, equilibrio, y Marcha:

- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz, dedo-dedo)

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Test de movimientos rápidos alternos:

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Prueba de Romberg:

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Prueba de marcha Tándem (punta-talón)

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:

Normales  Alteradas  No se realizaron

Observaciones: \_\_\_\_\_

2.13. Evaluación de nistagmus:

- Nistagmus Espontáneo: Presente  Leve  Horizontal  Vertical  Ausente
- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo  Leve  Evidente  Horizontal  Vertical   
 Negativo  No se Realiza
- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo  Leve  Evidente  Horizontal  Vertical   
 Negativo  No se Realiza

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. PRUEBAS PARACLÍNICAS:

3.1. Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor

Si se realiza  Resultado: \_\_\_\_\_  
 Registros Adjuntos: \_\_\_\_\_  
 No se realiza: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.2. Muestras recolectadas para estudio toxicológico:

TIPO DE MUESTRA	ANÁLISIS SOLICITADO	DESTINO	
		Enviado a laboratorio de	Entregado a la autoridad

4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

\_\_\_\_\_

*Prueba clínica para ~~control~~ alcoholemia negativa*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma - Código del perito

  
**Santiago Muriel Callejas**  
 Registro Médico 5-4594-11  
 Médico y Cirujano U.P.R.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDIT - CIUDADANIA

NUMERO 1.036.958.656

QUINTERO ALZATE

APellidos  
 SIMON

Nombre




FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1996

RIONEGRO  
 (ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 1.0+ M

ESTATURA 2.2 RH SEXO

10-DIC-2014 RIONEGRO

FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ALFONSO GONZALEZ TORRES



P:0121400-0000005-M-123885008-2010100 00423540074.1 42140510




**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

**LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10003781125**

PLACA <b>KAD348</b>	MARCA <b>RENAULT</b>	LINEA <b>STEPWAY</b>	MODELO <b>2013</b>
CATEGORÍA CC <b>1.588</b>	COLOR <b>GRIS COMET</b>	USO <b>PARTICULAR</b>	
CLASE DE VEHÍCULO <b>AUTOMÓVIL</b>	TIPO CARROCERÍA <b>HATCH BACK</b>	COMBUSTIBLE <b>GASOLINA</b>	
NÚMERO DE MOTOR <b>A5802135581</b>	NÚMERO DE CHASIS <b>N 8F88RALSOM017906</b>		
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES <b>CASTAÑO NEJIA RICARDO LEON</b>		IDENTIFICACION <b>C.C. 15434831</b>	

REGISTRO DE MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN <b>902013000089803</b>	BLADIAE <b>0</b>	POTENCIA HP <b>5</b>
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD	FECHA IMPORT <b>E 28/05/2012</b>	PUNTAJE
FECHA MATRÍCULA <b>21/06/2012</b>	FECHA EXP. LIC. TTD <b>21/06/2012</b>	FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO  
**STRIA GOB Y TTD RIONEGRO**

  
**LTO2001410813**

 <b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b> <small>INSTRUMENTO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULO</small>											
<b>FECHA EXPEDICIÓN</b> AÑO MES DÍA 2018 10 27						<b>FECHA VIGENCIA</b> AÑO MES DÍA 2018 10 28					
<b>APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR</b> CASTAÑO MEJIA RICARDO LEON										<b>TELÉFONO TOMADOR</b> 3104128387	
<b>Nº DE DOCUMENTO DEL TOMADOR</b> CC		<b>Nº DOCUMENTO TOMADOR</b> 15424935		<b>CÓD. NACIONAL EXPEDIDORA</b> 91		<b>CIUDAD EMISIÓN</b> 1000108790		<b>UBICACIÓN EMISIÓN</b> RIONEGRO			
<b>DIRECCIÓN DEL TOMADOR</b> CR 49 NRO 63 42								<b>CÓDIGO REGISTRO TOMADOR</b> RIONEGRO			
<b>REEMPLAZA PÓLIZA Nº</b>						<b>AT 1329 40260077 4</b>					

<b>CATEGORÍA VEHICULO</b>		<b>SERVICIO</b>		<b>CANTIDAD / UNIDADES</b>	
AUTOMOVILES FAMILIAR		PARTICULAR		1588	
<b>AÑO</b>	<b>PLACA No.</b>	<b>MARCA</b>		<b>LÍNEA VEHICULO</b>	
2013	KAQ345	RENAULT		STEPWAY	
<b>Nº MOTOR</b>			<b>Nº CHASIS / Nº SERIE</b>		
A890Q135881			9FBBSRALSDM017900		
<b>Nº VIN</b>			<b>PESAJERO</b>	<b>CAPACIDAD TON.</b>	<b>TURPA</b>
9FBBSRALSDM017900			4	0.00	52
<b>PRIMA SOET</b>		<b>CONTRIBUCIÓN FOSVSA</b>	<b>TASA RENT</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	
242400		\$ 121200	\$ 1900	\$ 365500	
<b>CONTRIBUCIÓN FOSVSA</b> A. GASTOS MÉDICOS DISPENSARIOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS D. GASTOS DE TRANSPORTE Y REPARACIÓN DE VEHÍCULO			<b>IMPORTE</b> B. CO. SALARIO MÍNIMO C. CO. LEGALES D. CO. DIARIOS SIGMATES		
 40260077 4			 <b>SEGUROS DEL ESTADO S.A.</b> MT. 860.085.578-3 FIRMA AUTORIZADA		

ORIGINAL



REPUBLICA DE URUGUAY  
 MINISTERIO DE TRANSPORTE  
 MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

N.º DE CONTROL 43336511

PLACA Nº KAQ345	MARCA RENAULT	USUA STEPWAY
SERVICIO PARTICULAR	COLOR GRIS COMET	MODELO 2013
CONTRATO Nº 1593	COMBUSTIBLE GASOLINA	CANTIDAD 9FBBSRALSDM017900
Categoría AUTOMOVIL	Identificación A880Q135881	Identificación del propietario C 15424935
PROPIETARIO RICARDO L. CASTAÑO M.		CONTRATO Nº 142070196



N.º DE CONTROL 43336511

PLACA Nº KAQ345	USUA 9FBBSRALSDM017900
Categoría de basamento de autorización CDA DE RIONEGRO	
Fecha de emisión 2019 06 25	
Fecha de vencimiento 2020 06 25	
N.º de certificado de aceptación 09.01N.044.005	N.º de contrato de compraventa 142070196

**CERTICAR S.A.**  
**C.D.A. DE RIONEGRO**  
 Calle 24 Nº 45-135 Tel. 900122353  
 Montevideo

*[Signature]*  
 GENERAL RESPONSABLE



**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**  
Establecimiento Público Adscrito a la Fiscalía General

**PROTOCOLO GUÍA PARA EL INFORME PERICIAL  
SOBRE DETERMINACIÓN CLÍNICA FORENSE DE EMBRIAGUEZ**

Regional: \_\_\_\_\_ Seccional: \_\_\_\_\_ Unidad Básica: \_\_\_\_\_

Radicación No.: \_\_\_\_\_ Fecha: Día 07 Mes: 08 Año: 2019

Solicitante: Intervente Carlos González

Oficio Petitorio: \_\_\_\_\_ Previa o historial No. \_\_\_\_\_

Hecho que se investiga (según oficio petitorio): accidente de tránsito

Fecha y hora de los HECHOS: Día: 07 Mes: 08 Año: 2019 Hora: \_\_\_\_\_

Fecha y hora del EXAMEN: Día: 07 Mes: 08 Año: 2019 Hora: 11:30

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXAMINADO**

Nombre completo(a) Linca Quintero Mota

Edad referida: 22 años Documento de identidad 1026918656

**Nota:** En todos los casos tomar huella del dedo índice derecho del examinado, o en su defecto la del pulgar, en un extremo libre de la solicitud escrita de examen de embriaguez.

**DATOS DEL DEFENSOR PRESENTE:**

Solo si la personal por examinar es el imputado dentro de una investigación o proceso penal

Nombre completo del defensor (a): \_\_\_\_\_

Tarjeta Profesional: \_\_\_\_\_ Firma del Defensor: \_\_\_\_\_

**1. RESUMEN DE INFORMACIÓN DISPONIBLE**

1.1. **Relato de los hechos y circunstancias relacionadas** (hechos que generaron la solicitud del examen, actividades desarrolladas durante las horas inmediatamente anteriores a tales hechos, traumas físicos sufridos durante el evento, presencia de sintomatología, atención médica recibida, etc.) motociclista que iba en el funeral

en un carro, un motociclista que venia en sentido contrario  
de una curva colisión de frente

1.2. **Información Adicional al comenzar el examen** (documentos de autoridad, historia clínica, etc.): \_\_\_\_\_

Diega inyecta de alcohol

1.3. **Antecedentes de importancia** (médicos, psiquiátricos, farmacológicos, toxicológicos): \_\_\_\_\_

no refiere

**2. EXAMEN CLÍNICO**

2.1. **Presentación, porte, actitud, conducta motriz:** \_\_\_\_\_

Coniente, alerta, orientado. In aliento alcohólico.

2.2. Olores asociados: Aliento Alcohólico:

Negativo  Discreto  Evidente  Dudoso

Otros (describe) \_\_\_\_\_

2.3. Sensorio: Estado de conciencia sin alteraciones

Orientación: sin alteraciones

Atención: sin alteraciones

Memoria: sin alteraciones

2.4. Afecto: sin alteraciones

2.5. Lenguaje: Disartria: Negativa  Discreta  Evidente

2.6. Alteraciones del pensamiento, senso-percepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:

sin alteraciones

2.7. Signos Vitales: Frecuencia cardiaca 78

Frecuencia respiratoria: 19

Presión arterial: 111/76

Temperatura Corporal: 36

2.8. Talla: 1.76 m

Peso: 72 kg

2.9. Piel y mucosas: sin alteraciones

2.10. Ojos : congestión conjuntival: Si hay \_\_\_\_\_ No hay

Pupilas: Isocóncas mióticas  Midriáticas  Diámetro normal  Anisocóncas

Reflejo fotomotor: Normal  Alterado  Convergencia ocular: Normal  Alterada

2.11. Reflejos Osteotendinosos: Hiporeflexia  Hiperefleja  Normoreflexia

2.12. Coordinación Motora, equilibrio, y Marcha:

- Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz, dedo-dedo)

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Test de movimientos rápidos alternos:

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Prueba de Romberg:

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Prueba de marcha Tándem (punta-talón)

Normales  Alteradas  No se realizaron

- Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:

Normales  Alteradas  No se realizaron

Observaciones: \_\_\_\_\_

2.13. Evaluación de nistagmus:

- Nistagmus Espontáneo: Presente  Leve  Horizontal  Vertical  Ausente

- Prueba de nistagmus a mirada extrema: Positivo  Leve  Evidente  Horizontal  Vertical

Negativo  No se Realiza

- Prueba de nistagmus posrotacional: Positivo  Leve  Evidente  Horizontal  Vertical

Negativo  No se Realiza

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. PRUEBAS PARACLÍNICAS:

3.1. Determinación de alcoholemia indirecta mediante alcohosensor

Si se realiza  Resultado: \_\_\_\_\_

Registros Adjuntos: \_\_\_\_\_

No se realiza: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Muestras recolectadas para estudio toxicológico:

TIPO DE MUESTRA	ANÁLISIS SOLICITADO	DESTINO	
		Enviado a laboratorio de	Entregado a la autoridad

4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

Prueba clínica negativa para embriquet alcoholica  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma - Código del perito

  
**Santiago Muriel Callejas**  
Registro Médico 5-4594-11  
Médico y Cirujano U.P.B.



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



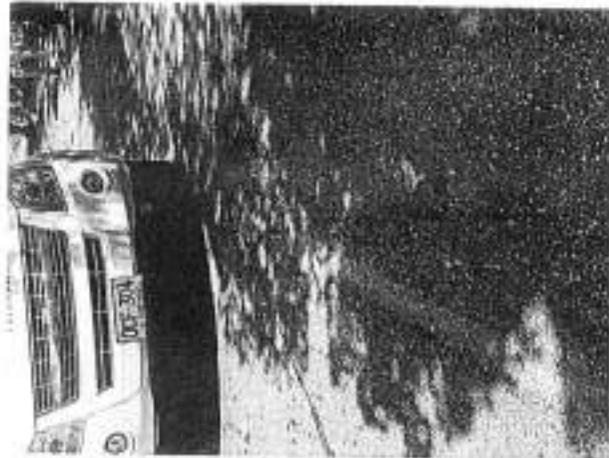
17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27

SUBSECRETARÍA DE MOVILIDAD  
RIONEGRO

**Rionegro**  
Tarea de Todos



RIONEGRO, 9 de Agosto de 2019



**CERTIFICA QUE**

El vehículo de placas **KAQ345** tiene las siguientes características:

<b>Clase:</b>	AUTOMOVIL	<b>Serie:</b>	
<b>Marca:</b>	RENAULT	<b>Chasis</b>	9FBBSRALSDM017900
<b>Carrocería:</b>	HATCHBACK	<b>Cilindraje:</b>	1598 <b>Nro. Ejes:</b>
<b>Línea:</b>	STEPWAY	<b>Pasajeros:</b>	5 <b>Toneladas:</b> ,00
<b>Color:</b>	GRIS COMET	<b>Servicio:</b>	PARTICULAR
<b>Modelo:</b>	2013	<b>Afiliado a:</b>	
<b>Motor:</b>	A690Q135881	<b>F. Ingreso:</b>	20/06/2012
<b>Número de VIN:</b>	9FBBSRALSDM017900	<b>Manifiesto:</b>	902012000089865
<b>Estado vehículo:</b>	ACTIVO	<b>Fecha:</b>	28/05/2012
<b>Aduana:</b>	ENVIGADO		
<b>Empresa vende:</b>	Casa Británica		
<b>Fecha compra:</b>	15/06/2012		
<b>Matriculado por</b>	RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA		

Pago de imptos STTM hasta: NO APLICA

VEHICULO NO TIENE PIGNORACIONES REGISTRADAS.

VEHICULO NO TIENE FIDEICOMISOS REGISTRADAS.

**LIMITACIONES VIGENTES**

- Oficio 319 del 27 de Marzo de 2019 Radicado el 26 de Abril de 2019 Expediente 05 440 60 00340 2019 80043  
Entrega Provisional, Proceso: HOMICIDIO CULPOSO, JUZGADO 2 PROMISCUO MUNICIPAL, Dirección JUZGADO  
SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL DE MARINILLA Marinilla (Ant.), Emisor: GLORIA MARIA JIMENEZ LONDOÑO,  
Cargo del emisor: JUEZ.

**PROPIETARIO ACTUAL**

RICARDO LEON CASTAÑO MEJIA

-1

BLANCA LUZ LOAIZA OSORIO  
MATRICULAS Y LICENCIAS

RUNT CUPL 1050090005960089

Fecha de generación: 09/08/2019 10:36:36 Documento por: 1036944434

Dirección: Calle 49 n.º 50-05 / Palacio Municipal / Rionegro, Antioquia  
PBX: (+ 574) 520 40 60 / Código postal: 054040 / NIT: 890907317-2 /  
Correo electrónico: [alcaldia@rionegro.gov.co](mailto:alcaldia@rionegro.gov.co)  
Sitio web: [www.rionegro.gov.co](http://www.rionegro.gov.co)

# SEGURO AUTOPLUS FALABELLA

PÓLIZA  
AA145538

FACTURA  
AA506397



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

DOCUMENTO Remoción PRODUCTO AUTOPLUS FALABELLA ORDEN 1  
 CERTIFICADO AA608867 FORMA DE PAGO Mensual Anticipo TELEFONO 8822803 USUARIO  
 AGENCIA BOGOTÁ CALLE 100 DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 87 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS  
 FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DE LA PÓLIZA FECHA DE IMPRESIÓN

05	01	2018	DESDE	27	01	2019	HORA	24:00	13	08	2019
			HASTA	27	01	2020	HORA	24:00			

**DATOS GENERALES**

TOMADOR BANCO FALABELLA SA  
 DIRECCIÓN AU CRA 19 # 129 - 71 PISO 3 EMLL nolene@nolene.com TEL/MOVL 9976787  
 ASEGURADO CASTAÑO MEJIA RICARDO LEON EMLL NIT/CC 15424935  
 DIRECCIÓN EMLL TEL/MOVL 15424935  
 BENEFICIARIO CASTAÑO MEJIA RICARDO LEON EMLL NIT/CC 15424935  
 DIRECCIÓN EMLL TEL/MOVL 15424935

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**

DETALLE	DESCRIPCIÓN
Ciudad de Circulación Predefinida Departamento  Marca/Tipo (Código Faltocodi) Código Faltocodi Tipo de Vehículo Modelo del Vehículo  Placa única Color Motor Chasis	WORDING (ANT.) ANTIOQUIA  RENAULT STEPWAY (L) 9L MT 9 9900159 Automóvil 2012  KAC2048 DMS 4090013997 8F8809A1048011900

ACCESORIOS	VALOR ASEGURADO

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DED %	DED VALOR	PRIMA
VALOR ASEGURADO VEHICULO	\$29.900.000,00	0,0%		\$8,00
COBERTURAS AL VEHICULO		0,0%		\$8,00
- Responsabilidad Civil Extracontractual		0,0%		\$8,00
- Choques a Baches de Terreno	\$780.900.000,00	0,0%		\$8,00
- Lesiones/Muerte sin Persona	\$780.900.000,00	0,0%		\$8,00
- Lesiones o Muerte de Dos o más Personas	\$1.480.900.000,00	0,0%		\$8,00
- Pérdida Total por Daños	\$29.900.000,00	0,0%		\$8,00
- Pérdida Total por Hurto o Hurto Calificado	\$29.900.000,00	0,0%	1,00 SMLV	\$8,00
- Pérdida Parcial por Daños	\$29.900.000,00	0,0%	1,00 SMLV	\$8,00
- Pérdida Parcial por Hurto o Hurto Calificado	\$29.900.000,00	0,0%	1,00 SMLV	\$8,00
- Terremoto, Tornado y/o Erupción Volcánica	\$29.900.000,00	10,0%	1,00 SMLV	\$8,00
- Accidentes Personales	\$20.990.000,00	0,0%		\$8,00
- Gastos de Transporte Personal por Hurto o Hurto Calificado	\$	0,0%		\$8,00
- Gastos de Transporte Personal por Pérdida Total por Daños	\$	0,0%		\$8,00
- Anusio Personal	\$	0,0%		\$8,00
- Asistencia Jurídica	\$	0,0%		\$8,00
- Lesiones (Proceso Penal)	\$	0,0%		\$8,00
- Homicidio (Proceso Penal)	\$	0,0%		\$8,00
- Ordenario Ejecutivo (Proceso Civil)	\$	0,0%		\$8,00
- Contencioso Administrativo	\$	0,0%		\$8,00
- Administrativo de Tránsito	\$	0,0%		\$8,00
- Asistencia en Viaje	\$	0,0%		\$8,00
- Placa Vigencia	\$	0,0%		\$8,00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2.180.903.916,00	\$1.626.670,00		\$389.165,00	\$1.935.875,00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA	
COMPANIA	PARTICIPACION %	CODIGO	NOMBRE PARTICIPACION %
		99001499	AGENCIA DE SEGUROS FALABELLA LTDA

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros S.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporáneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.  
 Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad (<http://www.laequidadseguros.coop/>), el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que correspondiera, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o camé correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°:

FIRMA AUTORIZADA  
 LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



ASOCIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP/](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP/)  
 Línea Seguros 01800091508  
 K24

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA EDIFICIO SEGUROS VIAL VALENTIN DE LA EQUIDAD SEGUROS QUINIMIL 25 O.C. BOGOTÁ

VIGILADO DE O.C. DIMSA



**SEGURO  
AUTOPLUS FALABELLA**

PÓLIZA  
AA145538

FACTURA  
AA506397



**INFORMACIÓN GENERAL**

COD. PRODUCTO Mensual Anticipado PRODUCTO AUTOPLUS FALABELLA  
 COD. AGENCIA AA603551 CERTIFICADO 1 DOCUMENTO Reemplazo TEL: 5922529  
 AGENCIA BOGOTÁ CALLE 100 DIRECCIÓN Cra 9 A No. 85 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN				
08	01	2019	DESDE	01	01	2019	HORA	24:00	13	08	2019
			HASTA	01	01	2020	HORA	24:00			

**DATOS GENERALES**

TOMADOR BANCO FALABELLA SA NIT/CC 900047981  
 DIRECCIÓN AV CRA 19 # 12B - 71 PISO 3 E-MAIL rolfiere@rolfiere.com TEL/MOVIL 5876787

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA**

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30082013-1501-P-03-000000000000117

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
 GOBIERNO REGISTRADO EN EL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS  
 PARA EL SECTOR REGISTRADO DE SEGUROS Y COMPAÑÍAS DE SEGUROS

**VIGILADO**

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MÁS INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.EQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Seguro 0160001000

## DILIGENCIA DE INSPECCION OCULAR VEHICULO

Cocorná, Antioquia en la fecha 16 de agosto de 2019, siendo las 12:00 de la mañana, el señor perito LUIS HUMBERTO TORRES LOPEZ identificado con cedula de ciudadanía Nro. 70.066.396 De Medellín (Antioquia), hijo de Luis y Esther, natural de Soson y residente en el sector la feria, 60 años de edad, mecánico de profesión, casado, alfabeto, se traslada al parqueadero MIJOCADA de Cocorná Antioquia sin patrullero, donde se encuentra el VEHICULO tipo MOTOSICLETA MARCA AKT color negro PLACA LXH03E.

Guarda fango delantero partido, farola despegada, direccional delantera lado izquierdo partida, chasis torcido, barras torcidas, espejo retrovisor lado izquierdo torcido, manigueta freno delantera partido, protector pies lado izquierdo torcido, porta farola partida, tanque combustible lado izquierdo hundimiento, tapa protector tanque lado izquierdo tallón, tapa lateral parte trasera rayado izquierdo partida, carcasa caja parte trasera lado izquierdo partida, palanca de cambios torcida, descansa pies delanteros lado izquierdo torcido, exploradora lado derecho partida, carenaje partido, visel protector barra lado izquierdo partida, manguera freno delantero rota, instalación eléctrica parte delantera machucada rota.

Bien de llantas bien de freno trasero, bien de freno delantero, no se pudo revisar los daños, luces no se pudieron revisar los daños en la instalación.

ATENTAMENTE,



LUIS HUMBERTO TORRES LOPEZ

Perito.

LUIS HUMBERTO TORRES LOPEZ- PERITO EN EXPERTICIO TECNICOMECANICO DE AUTOMOTORES

CRA 34 N 28B-17 MARINILLA ANTIOQUIA



## DILIGENCIA DE INSPECCION OCULAR VEHICULO

Cocorná, Antioquia en la fecha 16 de agosto de 2019, siendo las 12:00 de la mañana, el señor perito LUIS HUMBERTO TORRES LOPEZ identificado con cedula de ciudadanía Nro. 70.066.396 De Medellín (Antioquia), hijo de Luis y Esther, natural de Sosen y residente en el sector la feria, 60 años de edad, mecánico de profesión, casado, alfabeto, se traslada al parqueadero MIJOCADA de Cocorná Antioquia sin patrullero, donde se encuentra el VEHICULO tipo MOTOSICLETA MARCA AKT color negro PLACA LXH03E. perdida total

Guarda fango delantero partido, farola despegada, direccional delantera lado izquierdo partida, chasis torcido, barras torcidas, espejo retrovisor lado izquierdo torcido, manigueta freno delantera partido, protector pies lado izquierdo torcido, porta farola partida, tanque combustible lado izquierdo hundimiento, tapa protector tanque lado izquierdo tallón, tapa lateral parte trasera rayado izquierdo partida, carcasa caja parte trasera lado izquierdo partida, palanca de cambios torcida, descansa pies delanteros lado izquierdo torcido, exploradora lado derecho partida, carenaje partido, visel protector barra lado izquierdo partida, manguera freno delantero rota, instalación eléctrica parte delantera machucada rota.

Bien de llantas bien de freno trasero, bien de freno delantero, no se pudo revisar los daños, luces no se pudieron revisar los daños en la instalación.

ATENTAMENTE,

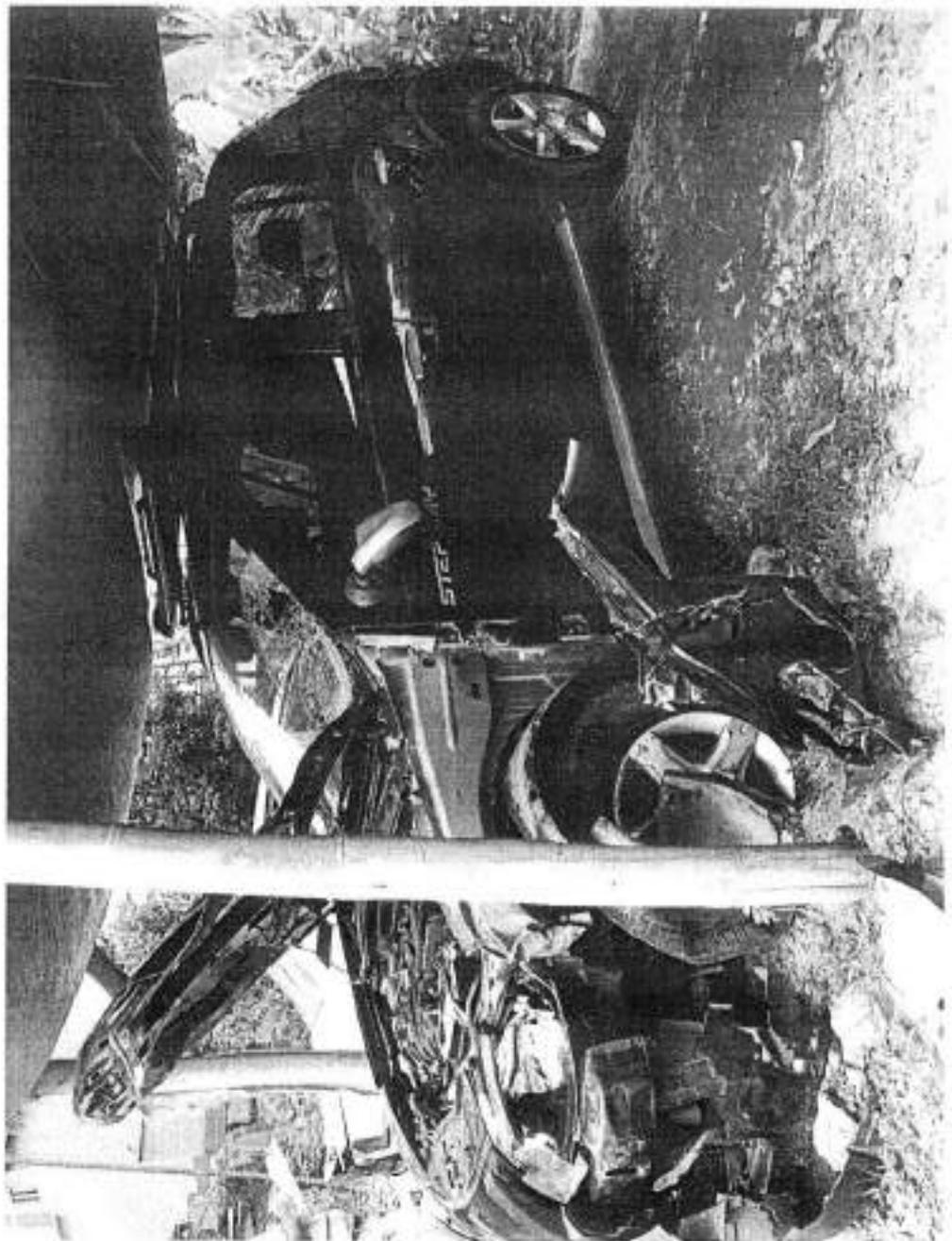
  
LUIS HUMBERTO TORRES LOPEZ

Perito.

LUIS HUMBERTO TORRES LOPEZ- PERITO EN EXPERTICIO TECNICOMECANICO DE AUTOMOTORES

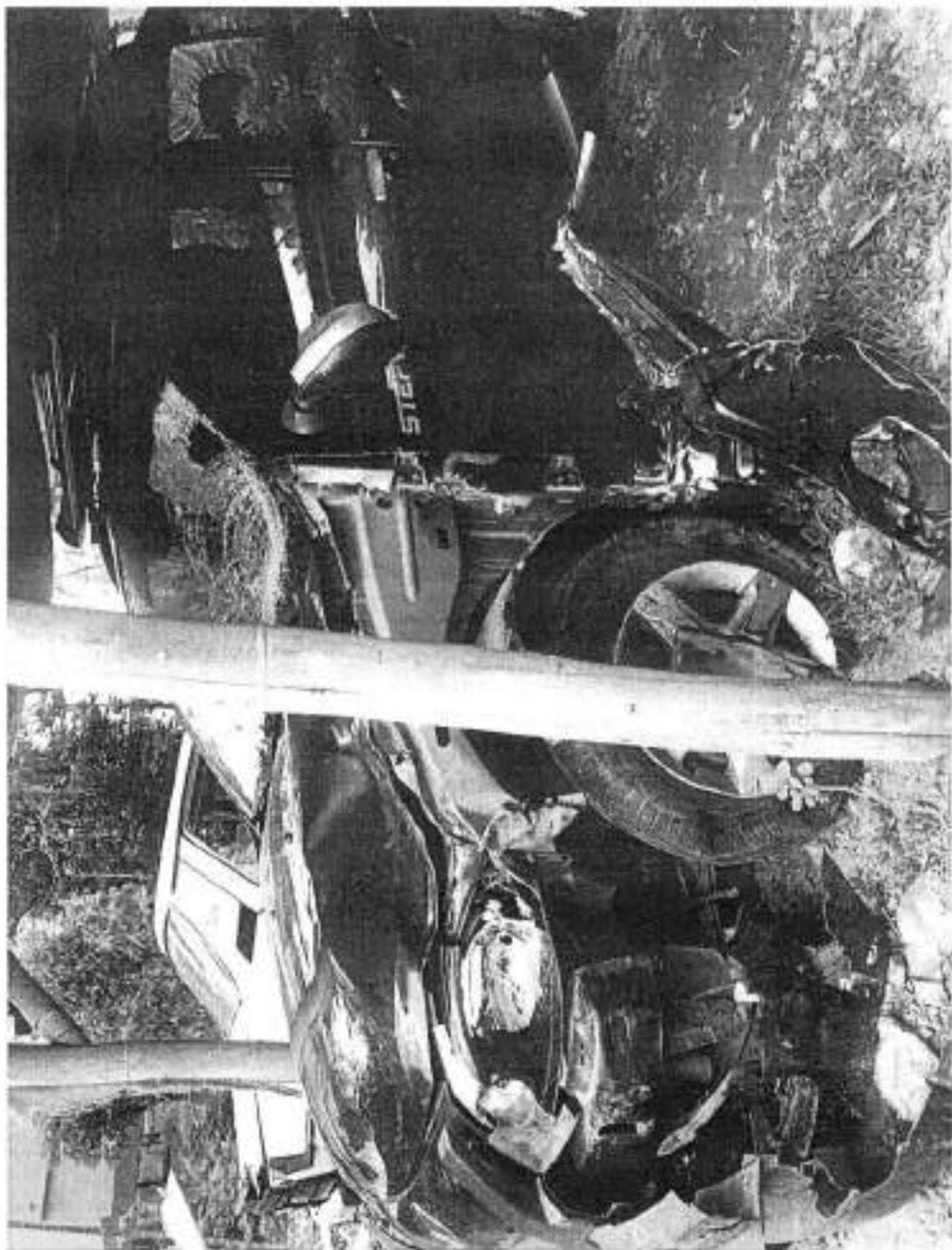
CRA 34 N 28B-17 MARINILLA ANTIOQUIA

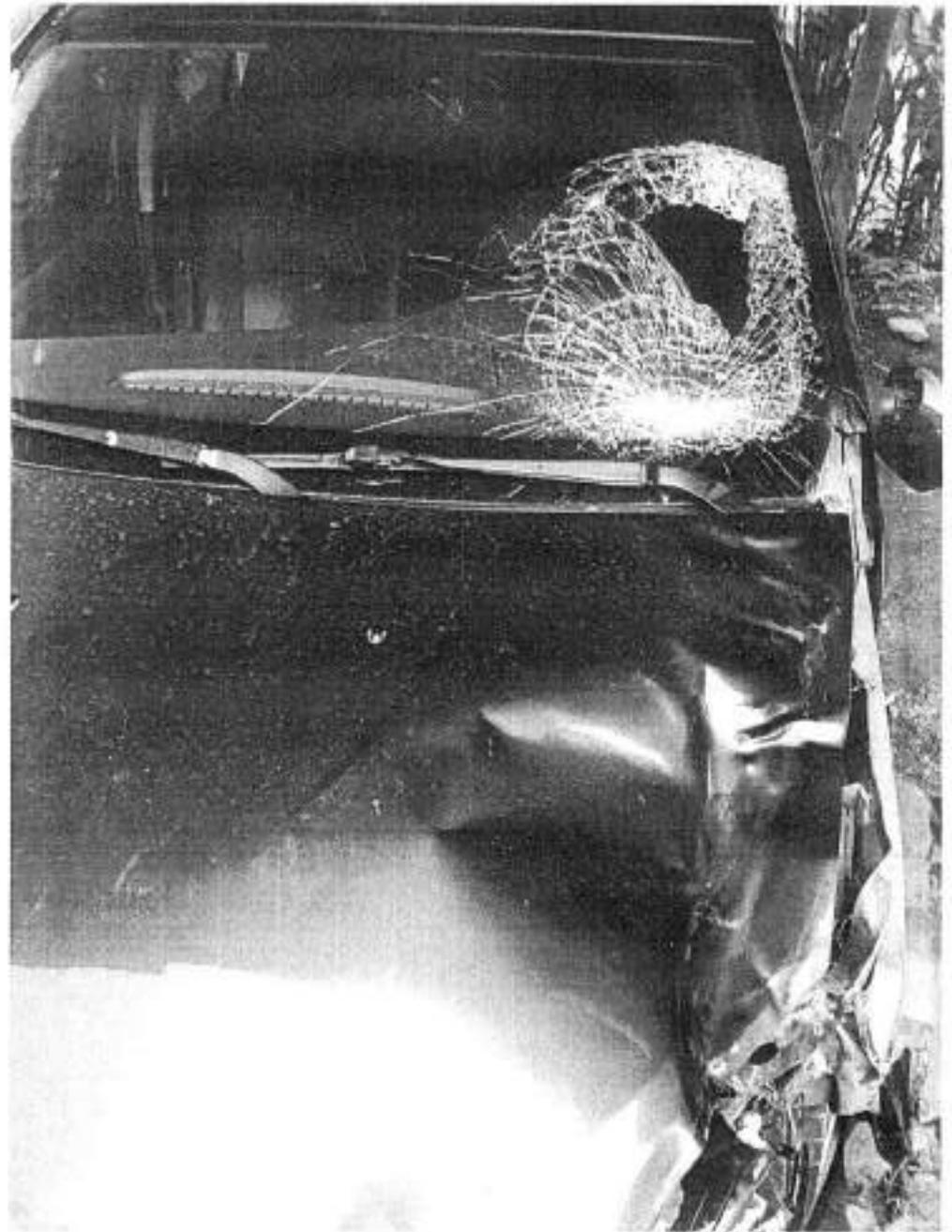


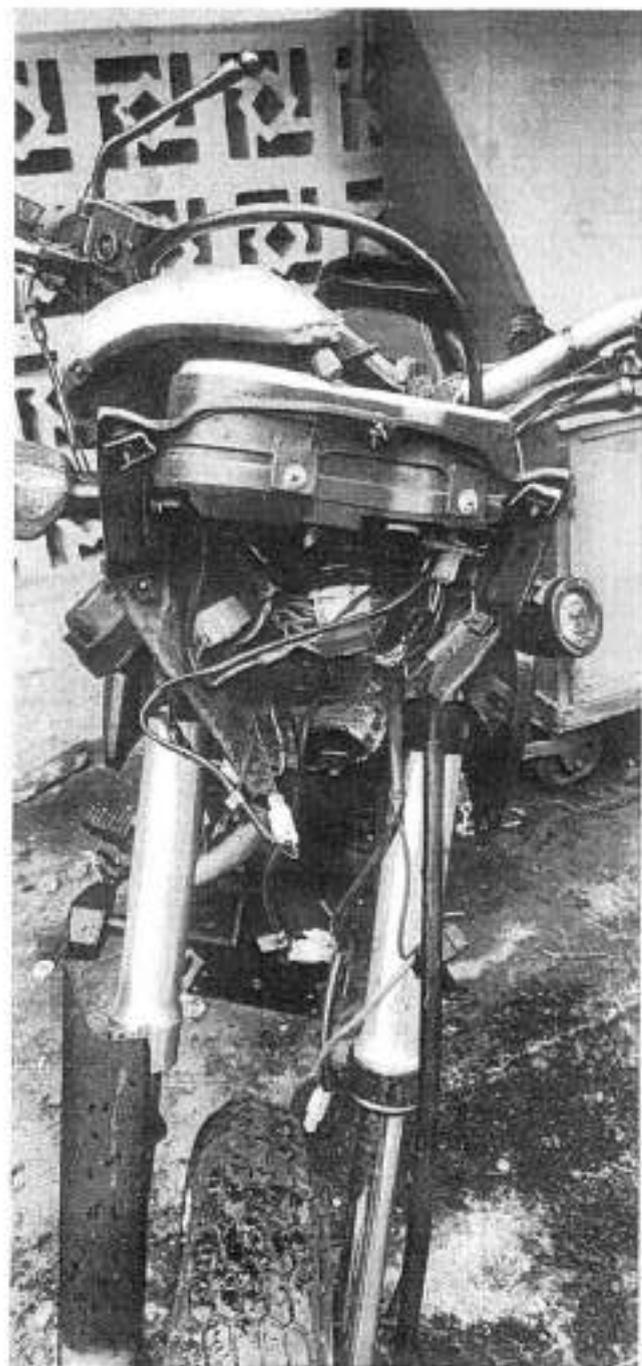


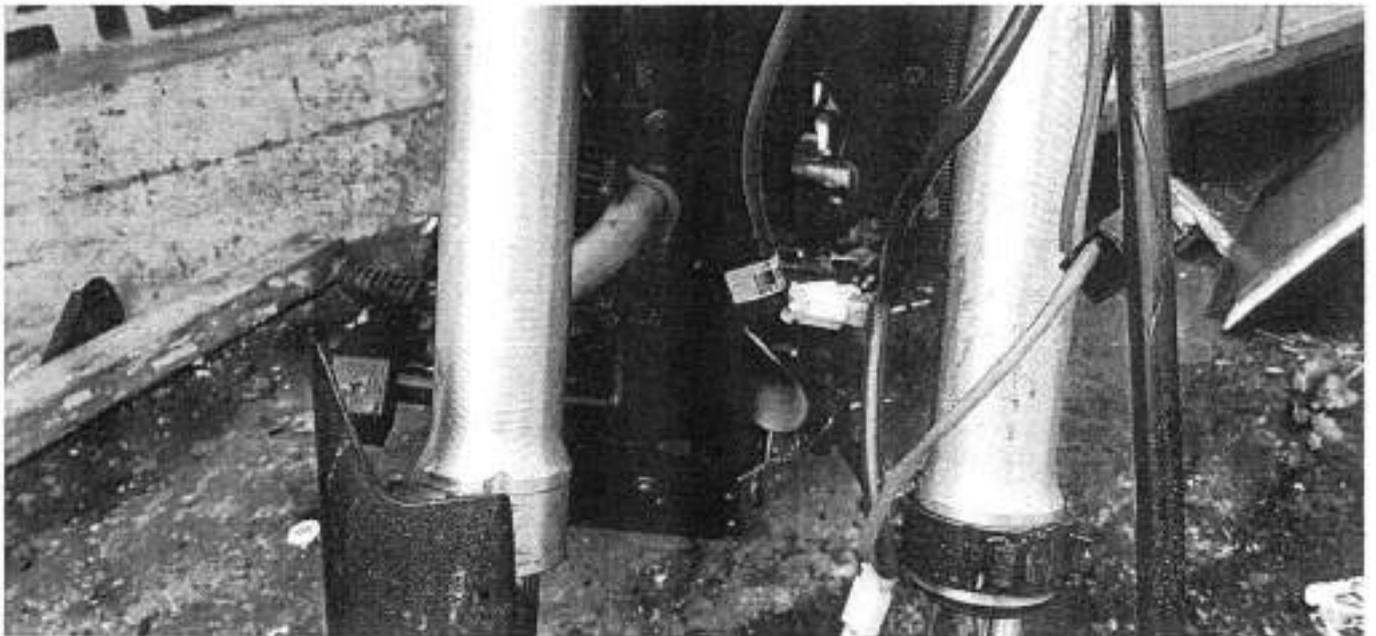
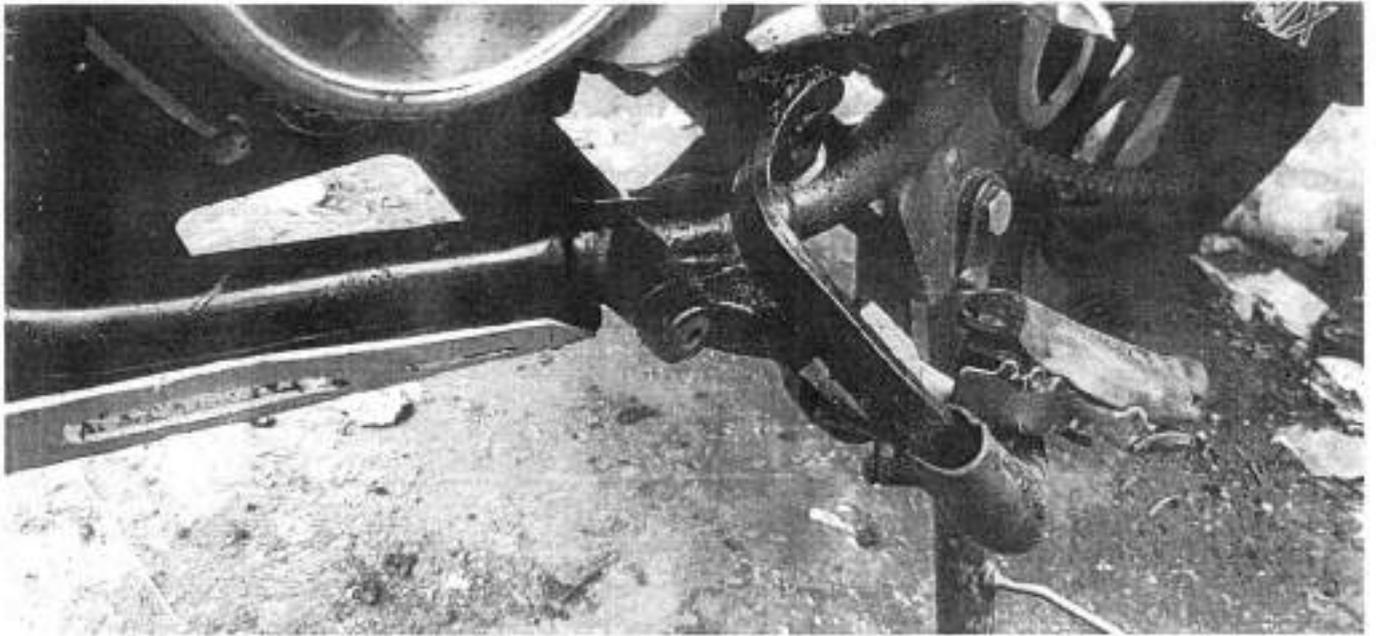


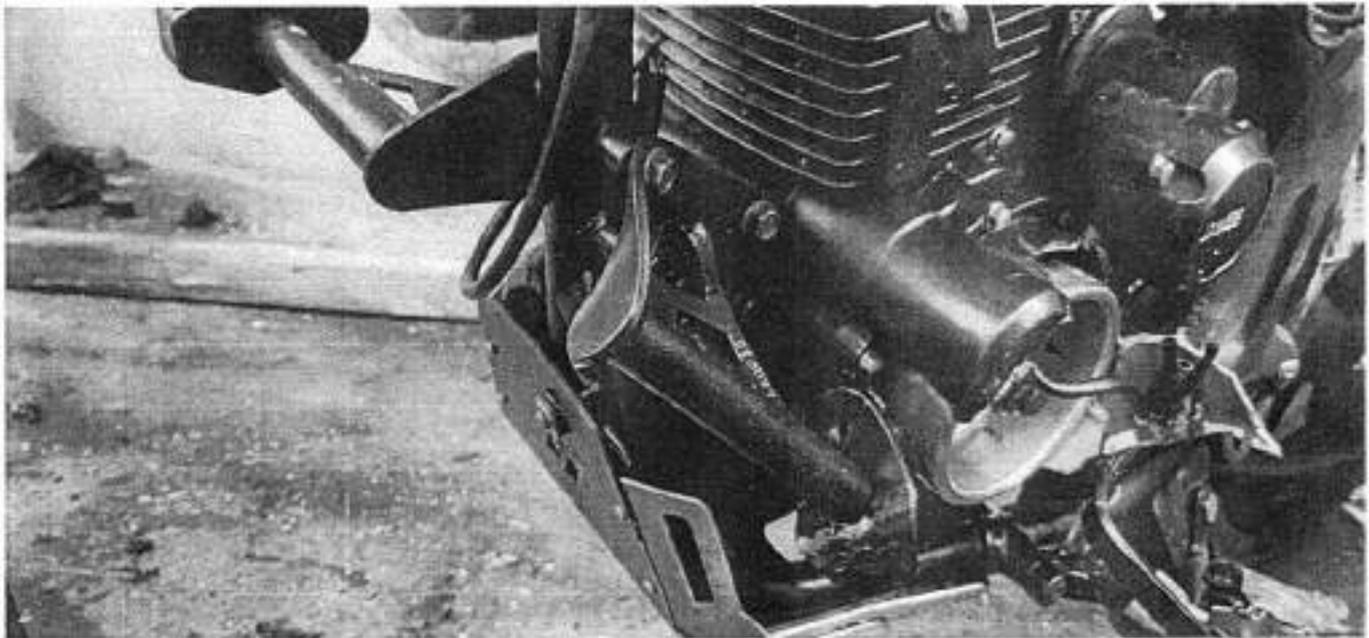
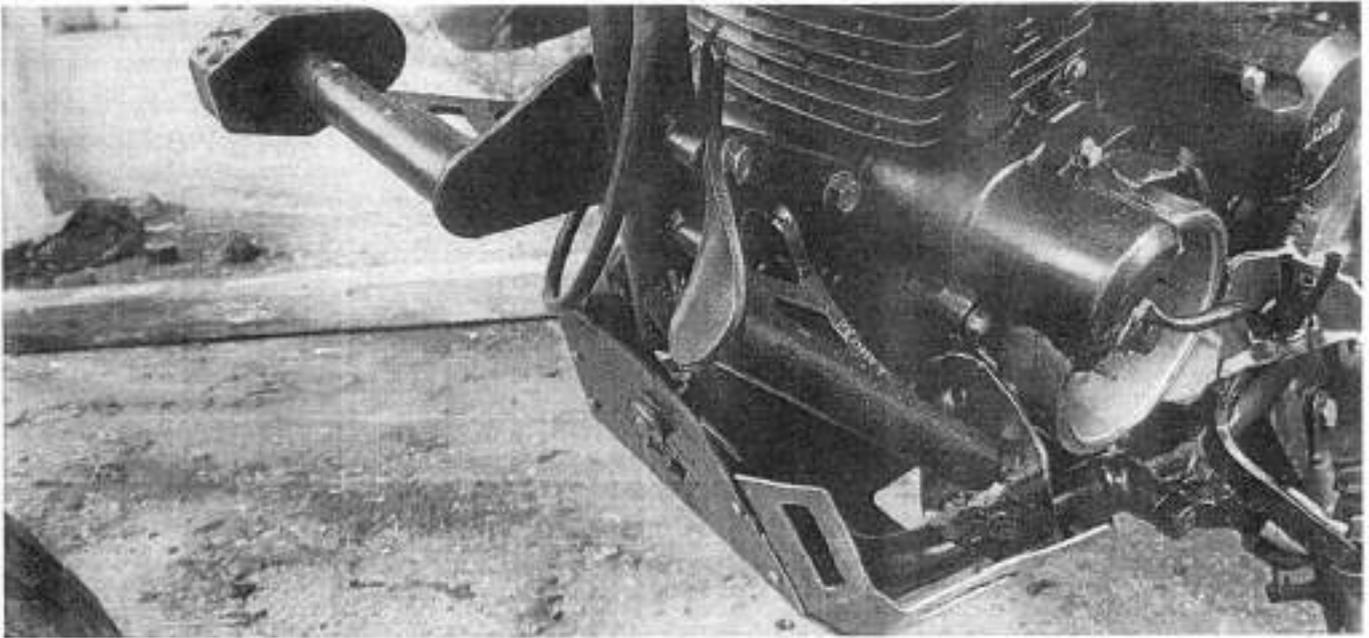


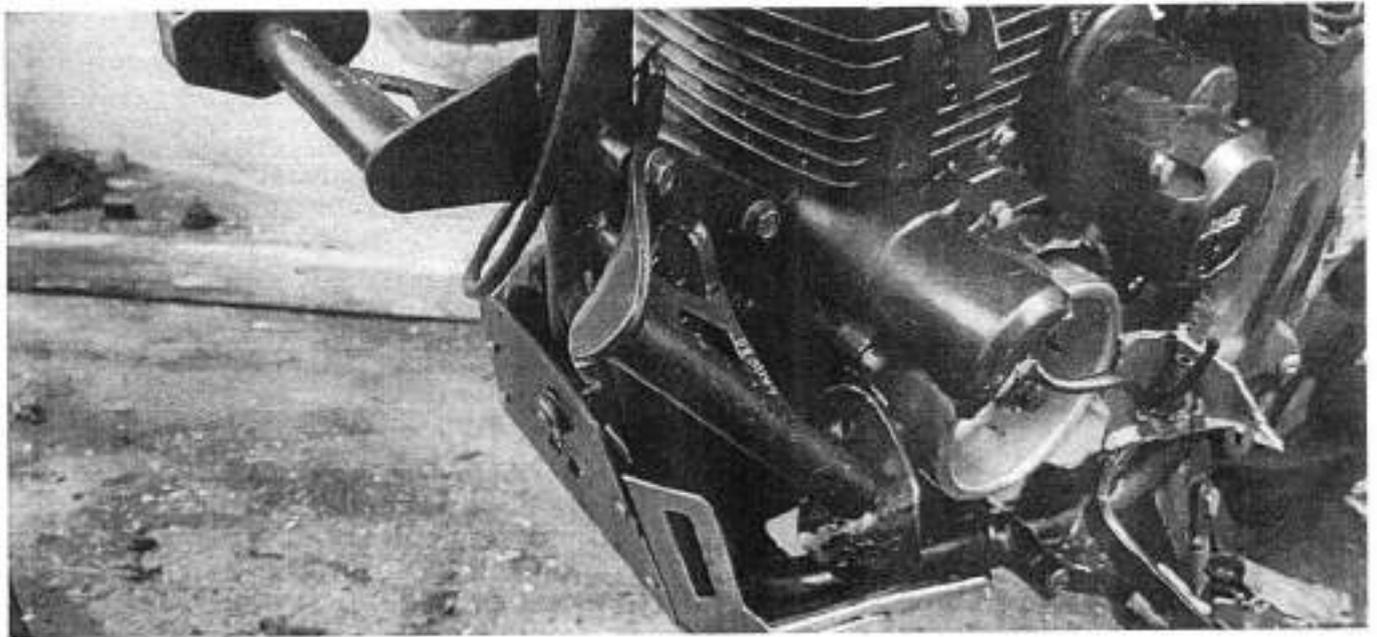
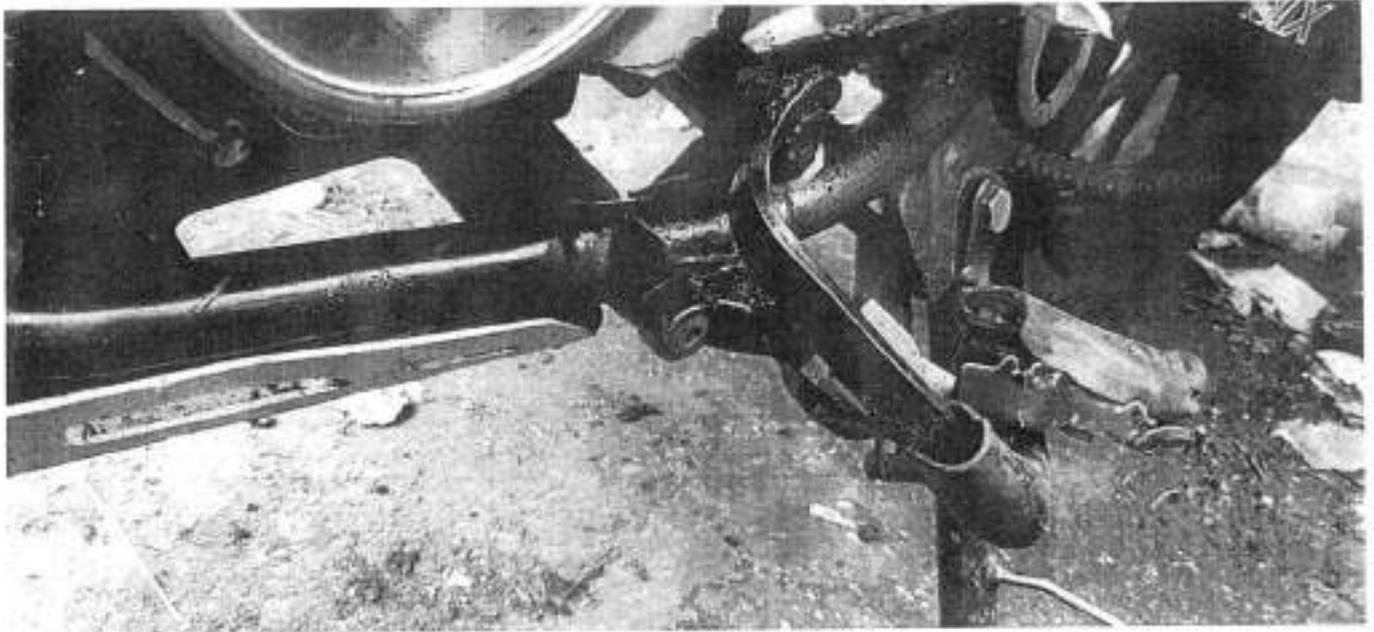


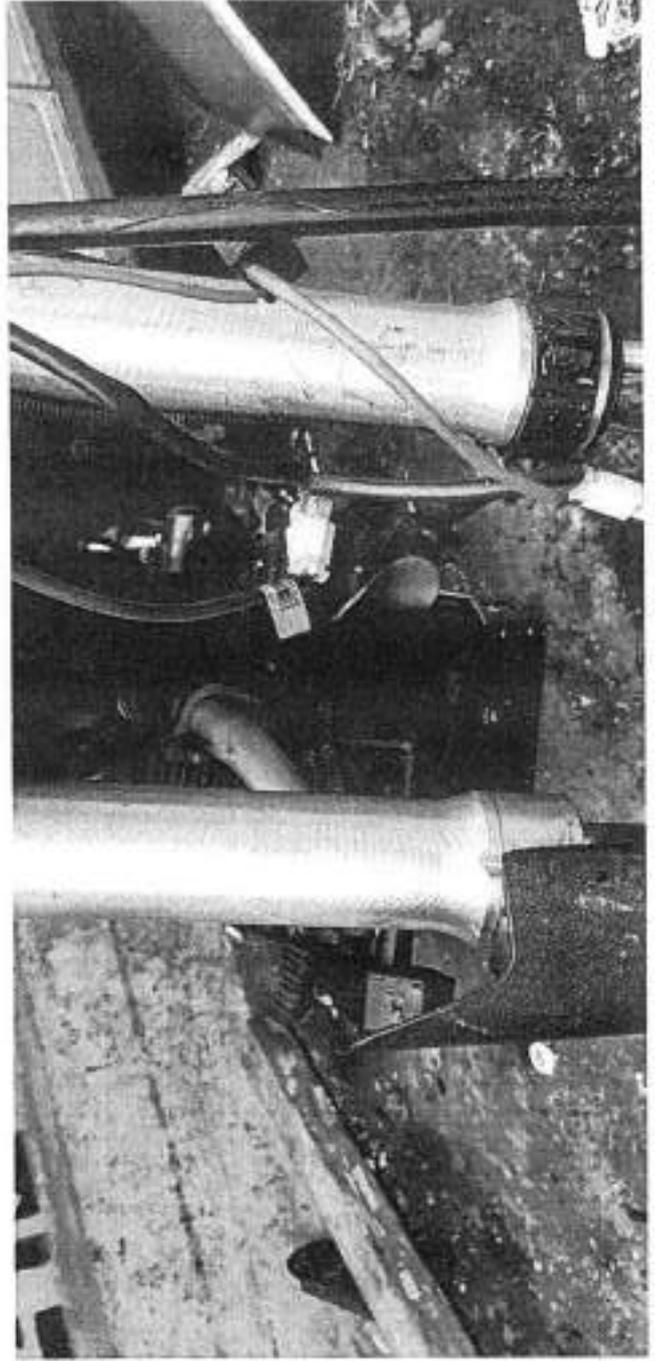
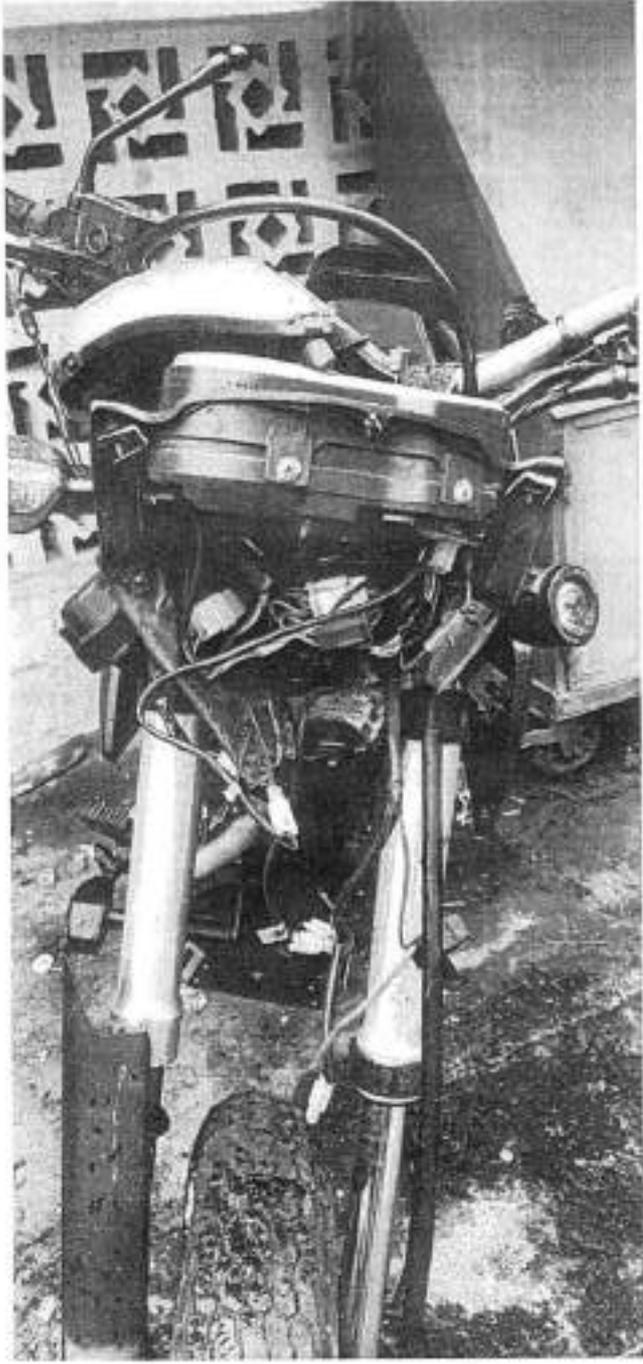












ALCALDÍA DE COCORNÁ  
INSPECCIÓN DE POLICÍA Y TRANSITO  
"COCORNA PARA TODOS"

**INSPECCIÓN MUNICIPAL DE POLICÍA Y TRANSITO DE COCORNÁ  
ANTIOQUIA. OCTUBRE VEINTIUNO DEL DOS MIL DIECINUEVE.**

En la fecha siendo las (11.00) horas, hora señalada para la Diligencia de Audiencia Pública se hizo presente en el Despacho el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**; Identificado con cedula de ciudadanía No. 70385137. Conductor del vehículo Tipo Motocicleta akt de placas **LXH03E**, con su apoderada la Dra, **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA**, Identificada con cedula de ciudadanía No. 43421359 con tarjeta profesional No. 173504 del C. S. de la Judicatura, se le reconoce personería jurídica para actuar en este proceso Contravencional; ubicada en la dirección. Cra 47 Nro. 60.21 piso 2 Rionegro Ant. Celular 3103682352 y de otra parte se hace presente el señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656 Conductor del vehículo tipo Renault Stepway de placas **KAQ345**. Con su apoderada la Dra, **LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR** Identificada con cedula de ciudadanía No. 43713886 con tarjeta profesional No. 304132 del C. S. de la Judicatura, se le reconoce personería jurídica para actuar en este proceso Contravencional; ubicada en la dirección. Cra 31 Nro. 32.11 Barrio Los Lagos Rionegro Ant. Tel. 3103808641. Proseguimos con la Diligencia de Audiencia Pública en lo relacionado con el accidente de tránsito de fecha 07 de agosto del 2019 sobre el puente de la vereda la milagrosa municipio de Cocorna Antioquia. Versión Libre del señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**. En la fecha y presente en el Despacho el antes en mención el suscrito Inspector le entera del contenido de los Art, 267, 337 y 338 del C. de P. Penal, previa imposición del Art, 33 de la Constitución Nacional, que será escuchado libre de todo apremio o coacción pero se le exhorta a decir la verdad en las preguntas que se le hagan: **PREGUNTADO**: Sobre sus condiciones Civiles? **CONTESTO**.- Mis nombres son como dije antes, tengo 43 años, estado civil unión libre, de profesión oficial de construcción, Identificado como aparece al principio de la diligencia dirección Calle 22 N°. 19.53 apartamento 201 Municipio de cocorna Cel. 3145218499. Seguidamente es interrogado por el suscrito de la siguiente manera: **PREGUNTA**: Diga al despacho los hechos ocurrido el día 07 de agosto del 2019 sobre el puente de la vereda la milagrosa municipio de Cocorna Antioquia en donde colisionaron los vehículos de placas **LXH03E** y **KAQ345**. **CONTESTO**-ese día me dirigía hacia la autopista a la vereda san Vicente iba a trabajar, en el puente la milagrosa es una curva muy cerrada yo subía a trabajar iba por la vía mía cuando me asomo en toda la curva un vehículo a demasiada velocidad como se dice vulgarmente se lo comió la curva y se me fue encima, yo quede consiente por un momento y cuando volvi estaba tirado en el piso estaba en la cuneta me auxilió la ambulancia

PREGUNTADO: Diga al despacho como era el estado de la vía en el sitio de los hechos? CONTESTO-estaba buena seca normal PREGUNTADO: Libremente diga al Despacho si en el sitio de los hechos hay señales de tránsito, en caso positivo que clase de Señales? CONTESTO-señales de tránsito que yo recuerde no, unos metros antes habian señales de tránsito PREGUNTADO- Libremente diga al Despacho cuál cree usted que fue la causa del accidente o colisión? CONTESTO- el exceso de velocidad del caballero que bajaba PREGUNTADO-Diga si está usted de acuerdo con el croquis elaborado por la autoridad competente CONTESTO- si estoy de acuerdo con el croquis elaborado por la autoridad competente PREGUNTADO- Diga al despacho en donde ocurrió los hechos si en el carril derecho, en el carril izquierdo en la berma o en el centro del carril CONTESTO-en el carril derecho subiendo por donde yo iba PREGUNTADO-Diga al despacho si la colisión fue en una recta, en una se mi recta en una curva o se mi curva CONTESTO- en una curva PREGUNTADO- Diga si usted tomo fotos el día de la colisión y cuantas aporta en la audiencia CONTESTO- si tome fotos y aporfo 3 folios con 27 fotografías PREGUNTADO- Digale al despacho a qué velocidad se desplazaba usted al momento de la colisión CONTESTO- por ahí a 20 o 25 km/h porque subía muy despacio PREGUNTADO- digale al despacho que daños sufrió su vehículo CONTESTO- a mi vehículo el perito le dio pérdida total PREGUNTADO- Diga al despacho si usted tiene testigos dar su nombre y dirección CONTESTO- si, pero no recuerdo el nombre de ellos, solo el que hay en el expediente PREGUNTADO-Digale al despacho si sufrió algún tipo de lesión CONTESTO-si PREGUNTADO-Digale al despacho tiene algo más que agregar a su declaración CONTESTO- No tengo nada más que agregar a mi declaración.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** PREGUNTADO-en el momento en que ocurre la colisión usted viajaba acompañado o solo CONTESTO-viajaba acompañado, el parrillero Sergio león hoyos PREGUNTADO-que lesiones sufrió usted en el accidente CONTESTO-sufri una luxación de cadera izquierda, fractura en el cuarto dedo de la mano izquierda y está por determinar que tengo en la rodilla izquierda PREGUNTADO-que lesiones sufrió el parrillero CONTESTO-el sufrió una lesión en la cabeza PREGUNTADO-transitaban más vehículos en el sentido contrario al de su circulación para el momento del accidente CONTESTO-no PREGUNTADO-que maniobra realiza usted para evitar la colisión CONTESTO-no tuve tiempo de realizar ninguna maniobra porque la curva es demasiado cerrada y cuando vi el vehículo ya prácticamente estaba encima de mi porque yo subía tan despacio no tuve tiempo de maniobrar la moto PREGUNTADO- quien golpea a quien CONTESTO- el vehículo que bajaba me golpeo a mi PREGUNTADO-cuando se da el impacto los vehículos quedan en el mismo lugar o sufren acción de rebote por el impacto CONTESTO-si claro el vehículo mio cayo a la cuneta del impacto y el otro avanzo unos metros más. No más preguntas muchas gracias.

Se le da la palabra a la Dra **LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR PREGUNTADO**-manifiéstele al despacho hace cuanto conduce usted motocicletas **CONTESTO**-que tenga motocicleta propia desde el 2012 que conduzca hace por ahí 15 años **PREGUNTADO**-manifiéstele al despacho si tiene conocimiento a cuanta distancia se debe desplazar usted de la orilla; objeta la pregunta la Dra. Lilia Meced, porque ni el despacho ni aquí la suscrita ni tampoco el declarante ha manifestado a que distancia de la berma u orilla de la vía se desplazaba para el momento de los hechos por lo tanto invito a la abogada a que plante su pregunta o reformule su pregunta, **ACEPTACION**, que es validad por el despacho ya que lo que se trata es de investigar quien infringió fue la norma de transito al conducir vehiculos: manifiéstele al despacho si conoce usted que dice el código de transito referente a la motocicleta. Nuevamente objeta la pregunta la Dra. Lilia, toma la palabra nuevamente la Dra. Pabón la pregunta esta conducente, se busca es la razón, está bien no pregunto más.

Versión Libre del señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE**. En la fecha y presente en el Despacho el antes en mención el suscrito Inspector le entera del contenido de los Art. 267, 337 y 338 del C. de P. Penal, previa imposición del Art. 33 de la Constitución Nacional, que será escuchado libre de todo apremio o coacción pero se le exhorta a decir la verdad en las preguntas que se le hagan: **PREGUNTADO**: Sobre sus condiciones Civiles? **CONTESTO**.- Mis nombres son como dije antes, tengo 22 años, estado civil soltero, de profesión estudiante. Identificado como aparece al principio de la diligencia dirección Calle 55 N°, 52.41 barrio laureles en rionegro Ant. Tel., 3225658800. Seguidamente es interrogado por el suscrito de la siguiente manera: **PREGUNTA**: Diga al despacho los hechos ocurrido el día 07 de agosto del 2019 sobre el puente de la vereda la milagrosa municipio de Cocorna Antioquia en donde colisionaron los vehiculos de placas **LXH03E** y **KAQ345**. **CONTESTO**-ese día 7 de agosto yo me dirigía hacia cocorna y en la segunda curva entrando el señor de la moto invade mi carril y me choca **PREGUNTADO**: Diga al despacho como era el estado de la via en el sitio de los hechos? **CONTESTO**-estaba buena **PREGUNTADO**: Libremente diga al Despacho si en el sitio de los hechos hay señales de tránsito, en caso positivo que clase de Señales? **CONTESTO**-no recuerdo **PREGUNTADO**- Libremente diga al Despacho cuál cree usted que fue la causa del accidente o colisión? **CONTESTO**-exceso de velocidad del motociclista **PREGUNTADO**-Diga si está usted de acuerdo con el croquis elaborado por la autoridad competente **CONTESTO**- no estoy de acuerdo con el punto de impacto, porque el punto de impacto es el carril mio **PREGUNTADO**- Diga al despacho en donde ocurrió los hechos si en el carril derecho, en el carril izquierdo en la berma o en el centro del carril **CONTESTO**-el impacto se produjo sobre el carril derecho mio viniendo hacia cocorna **PREGUNTADO**-Diga al despacho si la colisión fue en una recta, en una se mi recta en una curva o se mi curva **CONTESTO**- en

una curva PREGUNTADO- Diga si usted tomó fotos el día de la colisión y cuantas aporta en la audiencia CONTESTO- si tome fotos y aporte dos fotografías en dos folios PREGUNTADO- Digale al despacho a qué velocidad se desplazaba usted al momento de la colisión CONTESTO- entre 33 y 35 km/h PREGUNTADO- digale al despacho que daños sufrió su vehículo CONTESTO- el vehículo el vidrio frontal todo el bomper delantero, llanta izquierda delantera tijera izquierda delantera, farolas parte de la puerta delantera del conductor PREGUNTADO-"en respuesta anterior manifestó usted que el accidente con la motocicleta se produce sobre su carril" digale al despacho porque si se produce en su carril, porque su vehículo queda sobre el carril opuesto al de su circulación CONTESTO-debido a que con la colisión la llanta queda torcida y como es una curva el carro invadió el otro carril PREGUNTADO-manifiéstele al despacho porque si el accidente ocurre en su carril con la motocicleta porque la misma moto queda en el carril opuesto cerca a la cuneta CONTESTO-porque la moto cuando me colisiona la fuerza de la velocidad que llevaba lo manda hacia haya PREGUNTADO- Diga al despacho si usted tiene testigos dar su nombre y dirección CONTESTO- sí, Yesica marcela castaño, cel. 3206663092 ella estaba con migo en el momento del accidente PREGUNTADO- Digale al despacho si sufrió algún tipo de lesión o su acompañante CONTESTO-si fractura del humero de Yesica castaño. PREGUNTADO-Digale al despacho tiene algo más que agregar a su declaración CONTESTO- No tengo nada más que agregar a mi declaración.

**LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** PREGUNTADO-en el momento que usted va por su carril lo hace por el lado izquierdo, la mitad o el lado derecho de su carril CONTESTO-por la mitad PREGUNTADO-la vía por la cual usted transitaba es ascendente o descendente CONTESTO-descendente PREGUNTADO-la colisión se presente dentro de la curva al final de la curva o habiendo salido ya de la curva CONTESTO-dentro de la curva PREGUNTADO-después de que se presenta la colisión entre ambos vehículos estos quedan en el mismo lugar o sufren algún desplazamiento OBJETA LA PREGUNTA la Dra. Estella, toda vez que usted ya doctor se la había preguntado a mi cliente, el despacho acepta la objeción toda vez que ya se había preguntado por parte de este suscrito. DESPUÉS de que los vehículos colisionan que distancia se desplaza su vehículo desde el punto de impacto aproximadamente CONTESTO-no sé PREGUNTADO-del lugar de la vía quedaron vestigios de los vehículos, tales como aceite latas, vidrios, entre otros, en caso positivo en cual carril quedaron CONTESTO-en ambos carriles PREGUNTADO-a que distancia ve por primera vez el vehículo número uno, Objeta la pregunta la Dra. Estella, porque no es viable toda vez que mi cliente manifiesta en versión anterior toda vez que mi cliente manifiesta que el accidente se presenta en una se mi curva. Objeción aceptada, pues el investigado dijo que fue en una se mi curva PREGUNTADO-manifiesta usted que en el momento de la colisión circulaba aproximadamente a 35 km/h, sirvase indicar al despacho, yendo usted a esta velocidad a que considera que se deben a la magnitud de los daños de su

Vehículo CONTESTO-la magnitud de los daños se debe a exceso de velocidad de la motocicleta PREGUNTADO-aclárele si ve o no la motocicleta. CONTESTO-no PREGUNTADO-si usted no vio la motocicleta en que se fundamente para decir que estaba con exceso de velocidad CONTESTO-si yo la hubiera visto la hubiera podido esquivarla, pero venia tan rápido que no la vi ni alcanza a esquivarla venia muy rápido que no la vi.

Una vez escuchados en diligencia a los conductores involucrados y que no hay claridad suficiente sobre los hecho, se llamara a los testigos relacionados en la diligencia y el informe de transito lo mismo que al policia que elaboro el accidente de tránsito y la cual se llevara a cabo el día 21 de noviembre del 2019 a las 10 de la mañana en esta dependencia. De igual forma los conductores notificaran a sus testigos de la presencia a este despacho en la hora acordada.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se da por terminado por los que en ella intervinieron

INSPECTOR DE  
POLICÍA Y TRANSITO

  
ARLEY QUINTERO

CONDUCTOR  
DECLARANTE

  
JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA

APODERADA DE  
JORGE ZULUAGA

  
LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA

CONDUCTOR  
DECLARANTE

  
SIMON QUINTERO ÁLZATE

APODERADA DE  
SIMON QUINTERO

  
LUZ ESTRELLA FABÓN BETANCUR



**ALCALDÍA DE COCORNA**  
**INSPECCIÓN DE POLICÍA Y TRANSITO**  
**"COCORNA PARA TODOS"**

**INSPECCIÓN MUNICIPAL DE POLICÍA Y TRANSITO DE COCORNA**  
**ANTIOQUIA. MARZO DOCE DEL DOS MIL VEINTE.**

**AUDIENCIA DE TESTIGOS Y POLICÍA QUE**  
**ATENDIÓ EL PROCEDIMIENTO**

En la fecha siendo las (10.00) horas, hora señalada para la Diligencia de Audiencia Pública no se hizo presente en el Despacho el señor: **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**; Identificado con cedula de ciudadanía No. 70385137. Conductor del vehiculo Tipo Motocicleta akt de placas **LXH03E**, pero se hace presente su apoderada la Dra, **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA**, Identificada con cedula de ciudadanía No. 43421359 con tarjeta profesional No. 173504 del C. S. de la Judicatura, de otra parte no se hace presente el señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656 Conductor del vehiculo tipo Renault Stepway de placas **KAQ345**. Pero se hace presente su apoderada la Dra, **LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR** Identificada con cedula de ciudadanía No. 43713886 con tarjeta profesional No. 304132 del C. S. de la Judicatura, se hace presente el testigo relacionado en el informe señor **SERGIO LEON CEBALLOS GARCIA** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1001724266, se hace presente la testigo relacionada en el informe la señora **JESSICA MARCELA CASTAÑO JARAMILLO** Identificada con cedula de ciudadanía No. 1036952005 y de otra parte se hace presente el Intendente de la Policía que elaboro el procedimiento señor **CARLOS ENRIQUE GONZALEZ BENITEZ** Identificado con cedula de ciudadanía No. 15679177, Distinguido con la placa N° 091415. Proseguimos con la Diligencia de Audiencia Pública en lo relacionado con el accidente de tránsito de fecha 07 de agosto del 2019 sobre el puente de la vereda la milagrosa municipio de Cocorna Antioquia. Versión Libre del agente de procedimiento que elaboró el informe **CARLOS ENRIQUE GONZALEZ BENITEZ**. En la fecha y presente en el Despacho el antes en mención el suscrito Inspector le entera del contenido de los Art. 442 del C. Penal, previa imposición del Art. 33 de la Constitución Nacional, que será escuchado libre de todo apremio o coacción pero se le exhorta a decir la verdad en las preguntas que se le hagan: **PREGUNTADO:** Sobre sus condiciones Civiles? **CONTESTO.-** Mis nombres son como dije antes, tengo 40 años, estado civil casado, de profesión Ponal, Identificado como aparece al principio de la diligencia



Dirección Cra 72 Sur n°, 39.56 sabaneta Ant. Cel 3103709326. Seguidamente es interrogado por el suscrito de la siguiente manera: PREGUNTA: Digale al despacho como se enteró usted del accidente de tránsito objeto de esta Litis y cuál fue el procedimiento llevado a cabo. CONTESTO- mediante llamada telefónica de la estación de policía Cocorna me informen de un accidente de tránsito en el sector de la vereda la milagrosa me desplazo al lugar de los hechos y me encuentro un vehículo tipo motocicleta y un vehículo tipo auto móvil no recuerdo bien si en el lugar estaban los lesionados porque eso fue hace aproximadamente 7 o 8 meses que me fui de acá y no sé si ya se habían traído los lesionados para el hospital al llegar al lugar de los hechos procedo a fijar los vehículos en su posición final y los elementos que ahí se encuentran antes de eso procedo a realizar un álbum fotográfico a través de las fotografías luego me desplazo al hospital local y realizo las solicitudes de embriaguez a ambos conductores, se procede a la inmovilización de los vehículos dejados a disposición de la inspección de tránsito más los diferentes actos. PREGUNTADO: digale al despacho de acuerdo al croquis que usted elaboró en el sitio de los hechos cuál eran las trayectorias de los vehículos, si lo sabe. CONTESTO- el vehículo tipo automóvil venía con dirección Medellín Cocorna y el vehículo tipo motocicleta Cocorna Medellín. PREGUNTADO: digale al despacho cuánto tiempo hace usted que realiza este tipo de informes. CONTESTO- hace aproximadamente doce años. PREGUNTADO- de conformidad con su respuesta anterior indíqueme al despacho, cuál cree usted que pudo haber sido la causa del accidente de acuerdo a la posición de los vehículos. CONTESTO- falta de precaución a momento de coger una curva por parte del vehículo número dos auto móvil. PREGUNTADO- le pongo de presente el croquis realizado por usted, digale al despacho si se ratifica usted en su informe. CONTESTO- si me ratifico en el informe estoy de acuerdo con lo que hice.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA**. PREGUNTADO- sírvase indicar al despacho si al momento en que usted llega al sitio encuentra vestigios de los vehículos sobre la vía, en caso afirmativo sobre qué punto o carril de la vía encuentra estos vestigios. CONTESTO- si los cuales fueron anexados mediante material fotográfico los cuales se encuentran en sentido Cocorna Medellín lado derecho en la trayectoria que traía la motocicleta. PREGUNTADO- en el lugar quedó alguna huella de frenado o arrastre de alguno de los vehículos.

Se le da la palabra a la Dra **LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR**. PREGUNTADO- en el informe de accidente de tránsito en casilla once entre comillas hipótesis del accidente de tránsito hace usted referencia a los números 093 y 131 manifiésteme al despacho que quiere decir con esto. CONTESTO- eso es una posible hipótesis del accidente. Yo fijé la posición final de los vehículos pero no determino la causal del accidente solo es una posible hipótesis de acuerdo a mi experiencia.



Testimonio del señor **SERGIO LEON CEBALLOS GARCIA**. En la fecha y presente en el Despacho el antes en mención el suscrito Inspector le entera del contenido de los Art, 442 del C. P. Penal, previa imposición del Art, 33 de la Constitución Nacional, que será escuchado libre de todo apremio o coacción pero se le exhorta a decir la verdad en las preguntas que se le hagan: PREGUNTADO: Sobre sus condiciones Civiles? CONTESTO.- Mis nombres son como dije antes, tengo 18 años, estado civil soltero, de profesión estudiante, Identificado como aparece al principio de la diligencia dirección Barrio la Granja Cra 21 sin más datos Cocorna Cel 3145872458. Seguidamente es interrogado por el suscrito de la siguiente

manera: PREGUNTA: Diga al despacho los hechos ocurrido el día 07 de agosto del 2019 sobre el puente de la vereda la milagrosa municipio de Cocorna Antioquia en donde colisionaron los vehiculos de placas **LXH03E** y **KAQ345**. CONTESTO-yo iba con don Jorge en la motocicleta a una velocidad moderada y nosotros llegando a la curva íbamos por el medio del carril derecho del carril de nosotros i cuando íbamos llegando a la curva pues ya teníamos el carro encima no dio tiempo de reaccionar y en ese momento fue cuando todo paso yo quede ahí todo inconsciente y ya alguien llevo auxiliaron yo me fui a parar y no fui capaz y, ya la ambulancia me trajo aquí al hospital PREGUNTADO: de conformidad con su respuesta anterior indíquele al despacho que vehículo invadió la vía a quien o en que carril se produce la colisión o el impacto CONTESTO-el vehiculo contrario invadió el carril de nosotros PREGUNTADO: dígame al despacho si usted sufrió algún tipo de lesión CONTESTO- yo tuve una sutura en la cabeza y en la rodilla que me molesta mucho PREGUNTADO-Dígale al despacho tiene algo más que agregar a su declaración CONTESTO- No tengo nada más que agregar a mi declaración.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** PREGUNTADO-usted alcanza a ver el otro vehículo antes de la colisión CONTESTO-no porque yo llevaba la vista previa al que iba manejando la moto en la que íbamos nosotros PREGUNTADO-se dio cuenta usted si el conductor de la moto hizo alguna maniobra para evitar la colisión CONTESTO-pues en ese momento yo no iba pendiente de lo que iba a hacer él, solo hizo un gesto y no fue más solo recibimos el impacto.

Testimonio de la señora **JESSICA MARCELA CASTAÑO JARAMILLO**. En la fecha y presente en el Despacho el antes en mención el suscrito Inspector le entera del contenido de los Art, 442 del C. P. Penal, previa imposición del Art, 33 de la Constitución Nacional, que será escuchado libre de todo apremio o coacción pero se le exhorta a decir la verdad en las preguntas que se le hagan: PREGUNTADO: Sobre sus condiciones Civiles? CONTESTO.- Mis nombres son como dije antes, tengo 25 años, estado civil soltera, de profesión estudiante, Identificado como



Aparece al principio de la diligencia dirección Alto del Lago Rionegro Ant. Cel 3206763092. Seguidamente es interrogado por el suscrito de la siguiente manera: PREGUNTA: Diga al despacho los hechos ocurrido el día 07 de agosto del 2019 sobre el puente de la vereda la milagrosa municipio de Cocorna Antioquia en donde colisionaron los vehículos de placas **LXH03E** y **KAQ345**. CONTESTO-veníamos de Rionegro ya en la vía de Cocorná en una de las curva una moto invade nuestro carril y colisionamos PREGUNTADO-dígale al despacho en que parte del vehículo o asiento se desplazaba usted CONTESTO-yo iba en la parte de atrás al lado izquierdo PREGUNTADO: dígame al despacho si lo sabe con que parte del vehículo en el que usted iba colisiona contra la moto CONTESTO-con la parte de adelante en el lado izquierdo, le dio con muchas partes pero no sé con que exactitud PREGUNTADO: "manifiesta usted en su testimonio que iba en la parte de atrás al lado izquierdo" dígame al despacho como alcanza a ver usted a la motocicleta si se desplazaba en la parte trasera del vehículo lado izquierdo obstaculizando su visión el conductor del automóvil que maneja en ese mismo sentido CONTESTO- el asiento de atrás del conductor no siempre obstaculiza la vista del pasajero de atrás PREGUNTADO-dígale al despacho si lo recuerda; que maniobra realiza el conductor del auto móvil para evitar la colisión CONTESTO-en el momento en que iba en la curva, porque era una curva se ve como la moto se abre en la curva si no que paso tan rápido que la maniobra fue tan rápida porque cuando vimos la moto abriéndose en la curva ya estábamos ahí en el choque, yo lo que vi fue que el conductor del carro intento seguir por la vía que debía estar pero el impacto de la moto le fue imposible debido que el golpe de a llanta lo hizo direccionarse hacia el otro carril PREGUNTADO-Dígale al despacho tiene algo más que agregar a su declaración CONTESTO- No tengo nada más que agregar a mi declaración.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** PREGUNTADO-sírvase indicar al despacho si la colisión se presenta dentro de la curva o el vehículo en el cual usted se movilizaba ya había salido de la curva CONTESTO-si no que estábamos en medio de dos curvas entonces en el momento en que íbamos saliendo de la curva nos encontramos con la moto PREGUNTADO- a que velocidad se desplazaba el vehículo en el que usted se desplazaba CONTESTO-35 km/h PREGUNTADO-viajaban más personas con ustedes CONTESTO-si dos personas mayores de edad de la 3 edad PREGUNTADO-tiene usted algún parentesco con el conductor del vehículo CONTESTO-si, es mi pareja PREGUNTADO-sírvase indicar al despacho quien es el propietario del vehículo CONTESTO-el propietario del vehículo es mi papa Ricardo León Castaño Mejía. Con fundamento en la respuesta dada por la declarante, le solicito de manera muy respetuosa al despacho se tache de sospechoso dicha declaración dada por la testigo lo anterior de conformidad con el artículo 211 del CGP. Toda vez que puede haber un interés particular en el resultado de la investigación.



Una vez escuchados en diligencia a los testigos y al policía de carreteras que atendió el procedimiento, este despacho realizara la respetiva resolución de fallo el día 31 de marzo del 2020 a las 3.00 de la Tarde en este despacho; de igual manera se les informa a las apoderadas defensoras que tienen hasta el día 17 del mes y año en curso para hacer a llegar sus alegatos de conclusión a esta dependencia.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se da por terminado por los que en ella intervinieron

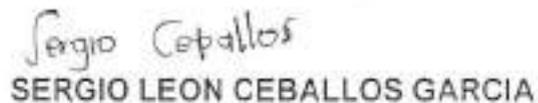
INSPECTOR DE  
POLICÍA Y TRANSITO

  
**ARLEY QUINTERO**

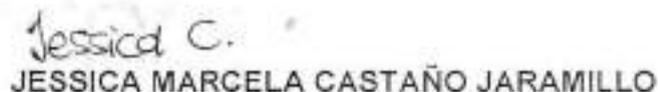
INTENDENTE DE LA  
POLICÍA QUE  
ELABORO INFORME

  
**CARLOS ENRIQUE GONZALEZ BENITEZ**

DECLARANTE  
TESTIGO

  
**SERGIO LEON CEBALLOS GARCIA**

DECLARANTE  
TESTIGO

  
**JESSICA MARCELA CASTAÑO JARAMILLO**

APODERADA DE  
JORGE ZULUAGA

  
**LILIA MERCEDES GOMEZ BEDOYA**

APODERADA DE  
SIMON QUINTERO

  
**LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR**



RESOLUCIÓN Nro. 063

POR LA CUAL SE RESUELVE UNA SITUACIÓN CONTRAVENCIONAL.

COCORNÁ 1 DE AGOSTO DEL 2020.

EL INSPECTOR DE POLICÍA TRÁNSITO Y TRANSPORTE DEL MUNICIPIO DE COCORNÁ ANTIOQUIA; en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por la ley 769 de 2002; modificada por la ley 1383 de 2010; y

**CONSIDERANDO**

1- Que este despacho avocó conocimiento de un accidente de tránsito el día 07 de agosto del 2019, sobre la via Cocorná Medellín vereda la milagrosa, en el cual colisionaron los vehículos de Placas LXH03E conducido por el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**; Identificado con cedula de ciudadanía No. 70385137 y el vehículo de Placas KAQ345 conducido por el señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656, ello de acuerdo al informe de accidente realizado por parte de la autoridad competente.

2- Que se fijó fecha de audiencia pública el día 21 de octubre del 2019 y testigos el día 12 de marzo del 2020.

3-Que en la fecha mencionadas se celebró audiencia pública a la cual asistió uno de los implicados el señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**; identificado con cedula de ciudadanía No. 70385137. con su apoderada la Dra. **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA**, Identificada con cedula de ciudadanía No. 43421359 con tarjeta profesional No. 173504 del C. S. de la Judicatura, y ante los hechos indico el señor **Jorge Zuluaga**.... ese día me dirigía hacia la autopista a la vereda san Vicente iba a trabajar, en el puente la milagrosa es una curva muy cerrada yo subía a trabajar iba por la vía mía cuando me asomo en toda la curva un vehiculo a demasiada velocidad como se dice vulgarmente se lo comió la curva y se me fue encima, yo quede consiente por un momento y cuando volví estaba tirado en el piso estaba en la cuneta me auxilio la ambulancia PREGUNTADO- Libremente diga al Despacho cuál cree usted que fue la causa del accidente o colisión? CONTESTO-el exceso de velocidad del caballero que bajaba.

A la misma se hizo presente el señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656 Con su apoderada la Dra. **LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR** Identificada con cedula de ciudadanía No. 43713886 con tarjeta profesional No. 304132 del C. S. de la Judicatura y ante los hechos indico el señor **Simón Quintero**..... Ese día 7 de agosto yo me dirigía hacia Cocorná y en la



Segunda curva entrando el señor de la moto invade mi carril y me choca  
**PREGUNTADO-** Libremente diga al Despacho cuál cree usted que fue la causa del accidente o colisión? **CONTESTO-**exceso de velocidad del motociclista  
**PREGUNTADO-**"en respuesta anterior manifestó usted que el accidente con la motocicleta se produce sobre su carril" dígame al despacho porque si se produce en su carril, porque su vehículo queda sobre el carril opuesto al de su circulación  
**CONTESTO-**debido a que con la colisión la llanta queda torcida y como es una curva el carro invadió el otro carril **PREGUNTADO-**manifiéstele al despacho porque si el accidente ocurre en su carril con la motocicleta porque la misma moto queda en el carril opuesto cerca a la cuneta **CONTESTO-**porque la moto cuando me colisiona la fuerza de la velocidad que llevaba lo manda hacia haya.

Que se escuchó al testigo relacionado en la diligencia señor **SERGIO LEON CEBALLOS GARCIA** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1001724266 y ante los hechos indico.... yo iba con don Jorge en la motocicleta a una velocidad moderada y nosotros llegando a la curva íbamos por el medio del carril derecho del carril de nosotros i cuando íbamos llegando a la curva pues ya teníamos el carro encima no dio tiempo de reaccionar y en ese momento fue cuando todo paso yo quede ahí todo inconsciente y ya alguien llevo auxiliaron yo me fui a parar y no fui capaz y, ya la ambulancia me trajo aquí al hospital **PREGUNTADO:** de conformidad con su respuesta anterior indíqueme al despacho que vehículo invadió la vía a quien o en que carril se produce la colisión o el impacto **CONTESTO-**el vehículo contrario invadió el carril de nosotros **PREGUNTADO:** dígame al despacho si usted sufrió algún tipo de lesión **CONTESTO-** yo tuve una sutura en la cabeza y en la rodilla que me molesta mucho.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** **PREGUNTADO-**usted alcanza a ver el otro vehículo antes de la colisión **CONTESTO-**no porque yo llevaba la vista previa al que iba manejando la moto en la que íbamos nosotros **PREGUNTADO-**se dio cuenta usted si el conductor de la moto hizo alguna maniobra para evitar la colisión **CONTESTO-**pues en ese momento yo no iba pendiente de lo que iba a hacer él, solo hizo un gesto y no fue más solo recibimos el impacto.

Que se escuchó la testigo relacionada en la diligencia la señora **JESSICA MARCELA CASTAÑO JARAMILLO** Identificada con cedula de ciudadanía No. 1030952005 y ante los hechos indico.... veníamos de Rionegro ya en la vía de Cocorná en una de las curva una moto invade nuestro carril y colisionamos **PREGUNTADO-**dígame al despacho en que parte del vehículo o asiento se desplazaba usted **CONTESTO-**yo iba en la parte de atrás al lado izquierdo **PREGUNTADO:** dígame al despacho si lo sabe con que parte del vehículo en el que usted iba colisiona contra la moto **CONTESTO-**con la parte de adelante en el lado izquierdo, le dio con muchas partes pero no sé con que exactitud **PREGUNTADO:** "manifiesta usted en su testimonio que iba en la parte de atrás al lado izquierdo" dígame al despacho como alcanza a ver usted a la motocicleta si se desplazaba en la parte trasera del vehículo lado izquierdo obstaculizando su visión el conductor del

**Calle 20 N° 20-29**

**(4) 834 3404 FAX: (4) 834 3650**

[contactenos@cocorna-antioquia.gov.co](mailto:contactenos@cocorna-antioquia.gov.co)

**HORARIO DE ATENCIÓN**

Martes, Miércoles, Jueves y Viernes

7:30 a.m. A 12:00 m. 1:30 p.m. A 6:00 p.m.

Sábados, 7:30 a.m. A 3:00 p.m.



automóvil que maneja en ese mismo sentido CONTESTO- el asiento de atrás del conductor no siempre obstaculiza la vista del pasajero de atrás PREGUNTADO- dígame al despacho si lo recuerda; que maniobra realiza el conductor del auto móvil para evitar la colisión CONTESTO-en el momento en que iba en la curva, porque era una curva se ve como la moto se abre en la curva si no que paso tan rápido que la maniobra fue tan rápida porque cuando vimos la moto abriéndose en la curva ya estábamos ahí en el choque, yo lo que vi fue que el en conductor del carro intento seguir por la vía que debía estar pero el impacto de la moto le fue imposible debido que el golpe de a llanta lo hizo direccionarse hacia el otro carril PREGUNTADO- Dígame al despacho tiene algo más que agregar a su declaración CONTESTO- No tengo nada más que agregar a mi declaración.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** PREGUNTADO- sírvase indicar al despacho si la colisión se presenta dentro de la curva o el vehículo en el cual usted se movilizaba ya había salido de la curva CONTESTO-si no que estábamos en medio de dos curvas entonces en el momento en que íbamos saliendo de la curva nos encontramos con la moto PREGUNTADO- a qué velocidad se desplazaba el vehículo en el que usted se desplazaba CONTESTO-35 km/h PREGUNTADO-viajaban más personas con ustedes CONTESTO-si dos personas mayores de edad de la 3 edad PREGUNTADO-tiene usted algún parentesco con el conductor del vehículo CONTESTO-sí, es mi pareja PREGUNTADO-sírvase indicar al despacho quien es el propietario del vehículo CONTESTO-el propietario del vehículo es mi papa Ricardo León Castaño Mejía. Con fundamento en la respuesta dada por la declarante, le solicito de manera muy respetuosa al despacho se tache de sospechoso dicha declaración dada por la testigo lo anterior de conformidad con el artículo 211 del CGP. Toda vez que puede haber un interés particular en el resultado de la investigación.

Que se escuchó el testimonio del Intendente de Policía que elaboró el informe de accidente de tránsito señor **CARLOS ENRIQUE GONZALEZ BENITEZ** Identificado con cedula de ciudadanía No. 15679177, Distinguido con la placa N°, 091415 y ante los hechos indico....mediante llamada telefónica de la estación de policía Cocorná me informen de un accidente de tránsito en el sector de la vereda la milagrosa me desplazo al lugar de los hechos y me encuentro un vehículo tipo motocicleta y un vehículo tipo auto móvil no recuerdo bien si en el lugar estaban los lesionados porque eso fue hace aproximadamente 7 o 8 meses que me fui de acá y no sé si ya se habían traído los lesionados para el hospital al llegar al lugar de los hechos procedo a fijar los vehículo en su posición final y los elemento que ahí se encuentran antes de eso procedo a realizar un álbum fotográfico atravez de las fotografías luego me desplazo al hospital local y realizo las solicitudes de embriaguez a ambos conductores, se procede a la inmovilización de los vehículos dejados a disposición de la inspección de transito más los diferentes actos PREGUNTADO: dígame al despacho de acuerdo al croquis que usted elaboro en el sitio de los hechos cual eran las trayectoria de los vehículos, si lo sabe CONTESTO- el vehículo tipo automóvil venía con dirección Medellín Cocorná y el vehículo tipo

**Calle 20 N° 20-29****(4) 834 3404 FAX: (4) 834 3650**

contactenos@cocorna-antioquia.gov.co

**HORARIO DE ATENCIÓN****Martes, Miércoles, Jueves y Viernes**

7:30 a.m. A 12:00 m. 1:30 p.m. A 6:00 p.m.

**Sábados. 7:30 a.m. A 3:00 p.m.**



motocicleta Cocorná Medellín PREGUNTADO: dígame al despacho cuanto tiempo hace usted que realiza este tipo de informes CONTESTO-hace aproximadamente doce años PREGUNTADO- de conformidad con su respuesta anterior indíqueme al despacho, cuál cree usted que pudo haber sido la causa del accidente de acuerdo a la posición de los vehículos CONTESTO-falta de precaución a momento de coger una curva por parte del vehículo numero dos auto móvil PREGUNTADO-le pongo de presente el croquis realizado por usted, dígame al despacho si se ratifica usted en su informe CONTESTO- si me ratifico en el informe estoy de acuerdo con lo que hice.

Se le da la palabra a la Dra **LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA** PREGUNTADO-sírvase indicar al despacho si al momento en que usted llega al sitio encuentra vestigios de los vehículos sobre la vía, en caso afirmativo sobre qué punto o carril de la vía encuentra estos vestigios CONTESTO-si los cuales fueron anexados mediante material fotográfico los cuales se encuentran en sentido Cocorná Medellín lado derecho en la trayectoria que traía la motocicleta PREGUNTADO-en el lugar quedo alguna huella de frenado o arrastre de alguno de los vehículos.

Se le da la palabra a la Dra **LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR** PREGUNTADO-en el informe de accidente de tránsito en casilla once entre comillas hipótesis del accidente de tránsito hace usted referencia a los numero 093 y 131 manifiésteme al despacho que quiere decir con esto CONTESTO-eso es una posible hipótesis del accidente. Yo fijo la posición final de los vehículos mas no determino la causa del accidente solo es una posible hipótesis de acuerdo a mi experiencia.

4- que se ha dado convicción a los medios que reposan en el expediente y después de haberse escuchado en audiencia pública a los conductores, a los testigos relacionados, al intendente de la policía que elaboró el croquis y analizado el informe de accidente de tránsito y las fotografías, este despacho encuentra que el señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656; es responsable de los hechos aquí investigados al no tomar las indicaciones y precauciones de la vía en su rodante al transitarla, pues tal y como se observa en las fotografías y versiones, el conductor del rodante auto móvil señor Simón invadió la trayectoria del vehículo tipo motocicleta la cual se desplazaba por su respetivo carril, situación está que se constata con el testimonio del Intendente de la policía que elaboró el informe al indicar que "PREGUNTADO: dígame al despacho cuanto tiempo hace usted que realiza este tipo de informes CONTESTO-hace aproximadamente doce años PREGUNTADO-de conformidad con su respuesta anterior indíqueme al despacho, cuál cree usted que pudo haber sido la causa del accidente de acuerdo a la posición de los vehículos CONTESTO-falta de precaución a momento de coger una curva por parte del vehículo numero dos auto móvil"

**Calle 20 N° 20-29**

**(4) 834 3404 FAX: (4) 834 3650**

**contactenos@cocorna-antioquia.gov.co**

**HORARIO DE ATENCIÓN**

**Martes, Miércoles, Jueves y Viernes**

**7:30 a.m. A 12:00 m. 1:30 p.m. A 6:00 p.m.**

**Sábados. 7:30 a.m. A 3:00 p.m.**



A si las cosas el despacho encuentra que el señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656, es culpable de los hechos aquí investigados, ya que con su actuar ocurrió un hecho lamentable sobre la vía, pues irrespeto la prelación de los demás vehículos que se desplazaban por su respectivo carril en este caso el de la motocicleta, poniendo en riesgo su vida y la de los demás usuarios.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

Establece El Art. 55 del CNT, comportamiento del conductor, pasajero o peatón. Toda persona que tome parte en el tránsito como conductor, pasajero o peatón debe comportarse en forma que no obstaculice, perjudique o ponga en riesgo a las demás personas y debe conocer cumplir las normas y señales de tránsito que le sean aplicables, así como obedecer las indicaciones que les de las autoridades de Tránsito.

Establece el Art. 60 del CNT. Obligatoriedad de transitar por los carriles demarcados, los vehículos deben transitar, obligatoriamente por sus respectivos carriles dentro de las líneas de demarcación y atravesarlos solamente para efectuar maniobras de adelantamiento o de cruce.

Establece el ARTÍCULO 61. VEHÍCULO EN MOVIMIENTO. Todo conductor de un vehículo deberá abstenerse de realizar o adelantar acciones que afecten la seguridad en la conducción del vehículo automotor, mientras éste se encuentre en movimiento.

Establece el ARTÍCULO 74. REDUCCIÓN DE VELOCIDAD. Los conductores Deben reducir la velocidad a treinta (30) kilómetros por hora en los siguientes casos:  
En lugares de concentración de personas y en zonas residenciales.

En las zonas escolares.

Cuando se reduzcan las condiciones de visibilidad.

Cuando las señales de tránsito así lo ordenen.

En proximidad a una intersección.

Por lo anteriormente expuesto este despacho:

#### RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Declarar Contravencionalmente responsable de este accidente de tránsito al señor **SIMÓN QUINTERO ÁLZATE** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1036958656. Por infringir el Art. 55, 60, 61 y 74 del CNT, Consecuentemente se sanciona con un curso sobre educación vial normas de tránsito dándole aplicación al Art. 123 del CNT; sanción que consiste en la asistencia obligatoria a un curso de educación vial, el cual deberá realizarse dentro de los 15 días siguientes a la notificación de las misma, allegando el respectivo certificado a

**Calle 20 N° 20-29**

**(4) 834 3404 FAX: (4) 834 3650**

[contactenos@cocorna-antioquia.gov.co](mailto:contactenos@cocorna-antioquia.gov.co)

**HORARIO DE ATENCIÓN**

**Martes, Miércoles, Jueves y Viernes**

**7:30 a.m. A 12:00 m. 1:30 p.m. A 6:00 p.m.**

**Sábados. 7:30 a.m. A 3:00 p.m.**



este despacho <sup>Nº 063</sup> se pena de sancionarse con la imposición de una multa de cinco salarios mínimos legales diarios vigentes.

ARTICULO SEGUNDO: Se exonera de toda responsabilidad Contravencional al señor **JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**, Identificado con cedula de ciudadanía No. 70385137.

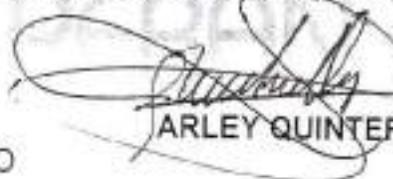
ARTICULO TERCERO: la presente resolución se notifica en estrados hoy 1 de agosto del 2020, siendo las 09:00 horas, no procediendo contra ella recurso de apelación y reposición, tratándose de única instancia, según lo establecen los Art. 134 y 142 del código nacional de Tránsito.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

  
**ARLEY QUINTERO**  
Inspector de Tránsito Cocorna

CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN: En la Fecha agosto 01 del 2020, hago personal Notificación de la Resolución Nro. 063 Luego de ser leída en Estrados Ley 1383 de 2010 en concordancia con Art. 139 de la Ley 769 de 2002. A las personas que se hicieron presentes en éste Despacho para tal fin; quienes enterados firman en constancia.

INSPECTOR DE  
POLICÍA Y TRANSITO

  
**ARLEY QUINTERO**

CONDUCTOR  
NOTIFICADO

  
**JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA**

APODERADA DE  
JORGE ZULUAGA  
NOTIFICADO

**LILIA MERCED GÓMEZ BEDOYA**

CONDUCTOR  
NOTIFICADO

**SIMÓN QUINTERO ÁLZATE**

APODERADA DE  
SIMON QUINTERO  
NOTIFICADO

**LUZ ESTELLA PABÓN BETANCUR**

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

Fecha de Recepción: 04-02-2020  
Hora: 09:47:34  
Departamento: Antioquia  
Municipio: RIONEGRO

**NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL**

Caso Noticia: 056156099153202000200  
Departamento: 5-Antioquia  
Municipio: 615-RIONEGRO  
Entidad Receptora: 60-Fiscalía General de la Nación  
Unidad Receptora: 53-UNIDAD INTERVENCIÓN TEMPRANA DE  
ENTRADAS - ORIENTE  
Año: 2020  
Consecutivo: 00200

**TIPO DE NOTICIA**

Tipo de Noticia: QUERELLA  
Delito Referente: LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. CON PERDIDA  
ANATOMICA O FUNCIONAL DE UN ORGANNO O  
MIEMBRO ART.116 - P.A.  
Modo de operación del delito: -  
Grado del delito: AGRAVADO  
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: 70385137  
Fecha de Expedición: 24-10-1995  
País de Expedición: COLOMBIA

Departamento de Expedición:	ANTIOQUIA
Ciudad de Expedición:	COCORNÁ
Primer Nombre:	JORGE
Segundo Nombre:	EMILIO
Primer Apellido:	ZULUAGA
Segundo Apellido:	ZULUAGA
País de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	ANTIOQUIA
Municipio de Nacimiento:	COCORNÁ
Fecha de Nacimiento:	22-05-1976
Edad:	43
Sexo:	HOMBRE
Tiene alguna discapacidad:	No
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección:	No
Dirección de Correspondencia:	CALLE 22 19 50 APTO 201
Complemento Dirección de Correspondencia:	CALLE BUENOS AIRES
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	ANTIOQUIA
Municipio de Correspondencia:	COCORNÁ
Teléfono Celular:	3145218499
Teléfono Fijo:	3127790659
Correo Electrónico:	BERENICM1507@GMAIL.COM
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:	1036958652
Fecha de Expedición:	-
País de Expedición:	-
Departamento de Expedición:	-
Ciudad de Expedición:	-
Primer Nombre:	SIMON
Segundo Nombre:	-
Primer Apellido:	QUINTERO
Segundo Apellido:	ALZATE
País de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	ANTIOQUIA
Municipio de Nacimiento:	RIONEGRO
Fecha de Nacimiento:	08-12-1996
Edad:	23
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 delincuencia?:	-
Identidad de género:	-
Calidad:	-
Nivel Académico:	-
Oficio:	-
Profesión:	-
Dirección de Correspondencia:	CALLE 55 52 41
Complemento Dirección de Correspondencia:	-
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	ANTIOQUIA
Municipio de Correspondencia:	RIONEGRO
Teléfono Celular:	3226569900
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?: 1  
¿De cuántos de estos testigos tiene información para aportar?: 1

## DATOS DEL TESTIGO

Tipo de Documento:	TARJETA DE IDENTIDAD
Número de Documento:	1001724266
Fecha de Expedición:	-
País de Expedición:	-
Departamento de Expedición:	-
Ciudad de Expedición:	-
Primer Nombre:	SERGIO
Segundo Nombre:	LEON
Primer Apellido:	CEBALLOS
Segundo Apellido:	GARCIA
País de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	ANTIOQUIA
Municipio de Nacimiento:	COCORNÁ
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 delincuencia?:	-
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: 3145672458  
 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	KAQ345
Tipo	AUTOMOVIL
Marca	RENAULT
Línea	STEPWAY
Modelo	2013
Clase	FAMILIAR
Servicio	PRIVADO
Color	GRIS
Tipo vinculación:	ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Tipo de bien:	AUTOMOTORES(VEHICULOS, MOTONAVES, AERONAVES)
Placa	LXH03E
Número de motor	163FMKPQ489949
Número de chasis	9F2A718025001037
Tipo	MOTOS
Marca	AKT

Línea	AK180TTX
Modelo	2018
Clase	FAMILIAR
Servicio	PRIVADO
Color	NEGRO

### 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:	07-08-2019
Hora:	02:45:00
Para delitos de acción continuada:	-
Fecha inicial de comisión:	07-08-2019
Hora:	02:45:00
Fecha final de comisión:	-
Hora:	-
Lugar de comisión de los hechos:	-
Departamento:	ANTIOQUIA
Municipio:	COCORNÁ/ANTIOQUIA
Localidad o Zona:	-
Barrio:	-
Dirección:	COCORNA MEDELLIN PUENTE LA MILAGROSA COCORNA MEDELLIN PUENTE LA MILAGROSA
Latitud:	6.0534573094901685
longitud:	-75.22138737247087
¿Uso de armas?:	NO
Uso de sustancias tóxicas:	NO

### RELATO DE LOS HECHOS

**¿Qué viene a denunciar?:**

LESIONES CULPOSAS

**¿Cómo le pasó?:**

SOY JORGE EMILIO ZULUAGA ZULUAGA CELULAR 3145218499, VIVO EN COCORNA Y EL DÍA 7 DE AGOSTO DE 2019, ME DIRIGÍA A MI LUGAR DE TRABAJO EN UNA

MOTOCICLETA Y EN UNA CURVA EN DIRECCIÓN COCORNA AUTOPISTA MEDELLÍN BOGOTÁ, UN CARRO SE ME FUE ENCIMA PORQUE VENÍA CON EXCESO DE VELOCIDAD Y SE VINO EN CONTRAVÍA, YO CAÍ HACIA LA CUENTE DEL LADO EN LA MISMA DIRECCIÓN QUE VENÍA, YO QUEDA INCONSCIENTE Y LLEGO LA AMBULANCIA DE COCORNA Y ME LLEVARON PARA EL HOSPITAL DE COCORNA, SUFRI PERDIDA DEL CUARTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA, Y SUFRI LUXACIÓN DE CADERA, LA RODILLA IZQUIERDA SUFRI LESIÓN EN LOS LIGAMENTOS Y ROTULA, LOS MENISCOS TAMBIÉN FUERON AFECTADOS, Y EL TOBILLO IZQUIERDO SE DESAPARECIÓ Y EL PIE ME DUELE TODO EL TIEMPO, Y LA CADERA ME DUELE CUANDO VOY A TROTAR. EL VEHÍCULO QUE ME ATROPELLO ERA UN RENAULT STEPWAY DE PLACAS KAQ345 COLOR GRIS COMET, QUIEN LO CONDUCE ERA EL SEÑOR SIMON QUINTERO ALZATE CON CÉDULA NO. 1036958656 RESIDENTE EN LA CALLE 55 52 41 RIONEGRO, SE UBICA A TRAVÉS DE LA ABOGADA ESTELA PABÓN 3103808641, LAS FOTOGRAFÍAS MUESTRAN EL ACCIDENTE COMO EL INVADIÓ MI CARRIL COMPLETAMENTE. YO LO QUE DESEO ES QUE EL ME PAGUE LOS PERJUICIOS, PORQUE TUVE UNA INCAPACIDAD DE TRES MESES PERO AUN NO PUEDO HACER FUERZA, SUBIR ESCALAS, NI CARGAR, Y LA MANO IZQUIERDA QUEDA SIN FUERZA, NO PUEDO CERRARLA.

## ABC del Delito

### Información Adicional

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

No

**¿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?:**

SI, QUE ESE DÍA LLEVABA COMO PARRILLERO A SERGIO LEON CEBALLOS GARCIA, CELULAR 3145672458, PERO A EL NO LE PASO MAYOR COSA SOLO UN GOLPE EN LA CABEZA PERO LO SUTURARON, LA MOTOCICLETA QUEDA CON PERDIDA TOTAL LA PLACA ES LXH03 E MARCA AKT AVALUADA EN \$6500.000. Y CON ESTA ES QUE YO ME TRANSPORTABA PARA EL TRABAJO Y ESTOY PERJUDICADO. NOTA: SE REMITE A MEDICINA LEGAL.

## 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

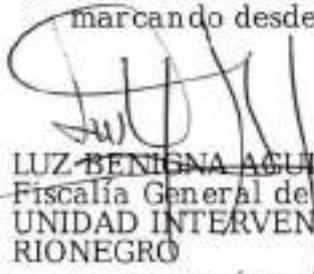
**4. Formato remisión a otras instituciones- ICBF / Comisaria de Familia:**

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**.



~~LUZ BENIGNA AGUDELO HENAO~~  
Fiscalía General de la Nación  
UNIDAD INTERVENCIÓN TEMPRANA DE ENTRADAS - ORIENTE  
RIONEGRO

## Consulta de casos registrados en la base de datos del Sistema Penal Oral Acusatorio - SPOA

Caso Noticia No: 056156099153202000200	
Despacho	FISCALIA 114 LOCAL
Unidad	UNIDAD LOCAL COCORNÁ
Seccional	DIRECCIÓN SECCIONAL DE ANTIOQUIA
Fecha de asignación	04-FEB-20
Dirección del Despacho	COCORNÁ, ANTIOQUIA
Teléfono del Despacho	5903108 EXT. 40571
Departamento	ANTIOQUIA
Municipio	COCORNÁ
Estado caso	ACTIVO
Fecha de consulta 18/11/2023 13:57:50	

[Consultar otro caso](#) [Imprimir](#)