

Señor (es)  
**CENTRO DE CONCILIACIÓN**  
Universidad Santiago de Cali  
Cali, Valle del Cauca

REFERENCIA: PODER ESPECIAL

**DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.1.130.946.150 de Villa Rica, Cauca, y **BLANCA DORIS ITUYAN ASTUDILLO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No.34.600.653 de Santander de Quilichao, Cauca, ambos domiciliados y residentes en el municipio Villa Rica, Cauca, mediante el presente escrito le confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado **FREDY SOLIS NAZARIT**, identificado con cédula de ciudadanía no.10.489.937 de Santander de Quilichao, y portador de la tarjeta profesional No.121051 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nuestro nombre y representación solicite **AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL** en la cual se convocará a la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.** ([notificacionesjudiciales@allianz.co](mailto:notificacionesjudiciales@allianz.co)), NIT.860.026.182-5, representada por la señora **TATIANA GAONA CORREDOR**, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.020.743.736 o quien haga sus veces, la cual tiene como finalidad agotar el requisito de procedibilidad para adelantar el proceso de **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**, por los daños y perjuici causados en el accidente de tránsito ocurrido el día 13 de noviembre de 2016, en el sector de Ladrillera La Sultana, Primavera, vía que del municipio de Villa Rica conduce al municipio de Puerto Tejada, Cauca, en el cual estuvo involucrado el vehículo de placas **MWU241** de propiedad del señor **DADIER ENRIQUE OLIVEROS ESTUPIÑAN**, identificado con cédula de ciudadanía No.94.508.024.

Nuestro apoderado queda expresamente facultado para conciliar, transigir, desistir, recibir, notificarse, sustituir, reasumir y renunciar al poder, solicitar pruebas mediante derecho de petición, y en general, queda expresamente revestido con todas las facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Atentamente,

*Diego Armando Reyes*

**DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN**  
C.C.1.130.946.150 de Villa Rica, Cauca  
[blancaituyan7@gmail.com](mailto:blancaituyan7@gmail.com)

*Blanca Doris Ituyan Astudillo*

**BLANCA DORIS ITUYAN ASTUDILLO**  
C.C.34.600.653 de Santander de Quilichao, Cauca  
[blancaituyan7@gmail.com](mailto:blancaituyan7@gmail.com)

Acepto el poder,

*Fredy Solis Nazarit*  
**FREDY SOLIS NAZARIT**  
C.C.10.489.937 de Santander de Quilichao, Cauca  
T.P.121051 del Consejo Superior de la Judicatura  
[abgsolisnazarit121@gmail.com](mailto:abgsolisnazarit121@gmail.com)





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



11441937

En la ciudad de Santander De Quilichao, Departamento de Cauca, República de Colombia, el cinco (5) de julio de dos mil veintidos (2022), en la Notaría Única del Círculo de Santander De Quilichao, compareció: BLANCA DORIS ITUYAN ASTUDILLO, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 34600653 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Blanca Doris Ituyán*



r7me13y5ydzg  
05/07/2022 - 11:39:03



----- Firma autógrafa -----

DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1130946150 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

*Diego Armando Reyes*



r7me13y5ydzg  
05/07/2022 - 11:40:11



----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, los comparecientes fueron identificados 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.

*FABIAN GONZALEZ*



FABIAN GONZALEZ

Notario Único del Círculo de Santander De Quilichao, Departamento de Cauca - Encargado



Consulte este documento en [www.notariasegura.com.co](http://www.notariasegura.com.co)  
 Número Único de Transacción: r7me13y5ydzg

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

El suscrito médico del servicio de Urgencias de la Institución Prestadora de Servicios (1) \_\_\_\_\_

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE

Con domicilio en (2) CALLE 14 CRA 23 Ciudad PUERTO TEJA

Departamento CAUCA Teléfono 8282245

Certifica que atendió en el servicio de urgencias al señor(a) (3): Diego Armando Reyes

Identificado con C.C. X T.I. \_\_\_\_\_ Pas. \_\_\_\_\_ No. 1130946150 de Santán

Residente en (4) Vereda Primavera Ciudad Villa Rica

Departamento Cauca Teléfono 310478092

Quien según declaración de (5): \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_ Fue víctima de

de tránsito ocurrido el día 13 mes 11 año 16 a las 10:00 horas (6) Ingresando al servicio de

de esta institución el día 13 mes 11 año 16 a las 22:10 horas con los siguientes hallazgos:

Signos vitales: TA 130/80 mmHg FC 80 x min. FR 20 x min. T 36

Estado de Conciencia: Alerta \_\_\_\_\_ Obnubilado X Estuporoso \_\_\_\_\_ Coma \_\_\_\_\_ Glasgow (7).

Estado de Embriaguez: SI X NO \_\_\_\_\_ (En caso positivo tomar muestra para alcoholemia u otras d

DATOS POSITIVOS

Cabeza y Organos de los sentidos: Herida en párpado inferior izquierda de 5cm aprox. con sangrado moderado.

Cuello: Inmovilizado

Tórax y Cardiopulmonar: Nonexpandible. crepitación rales susc.

Abdomen: Pleno, depresible no doloroso.

Genitourinario: Normal

Pelvis: Normal

Dorso y Extremidades: Heridas en miembros inferiores la izquierda de 6cm aprox.

Neurológico: He en alto grado de alcoholemia.

Impresión Diagnóstica: Trauma craneoencefálico leve- med Trauma ojo izquierdo.

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del Médico: Anyela Álvarez Firma y sello \_\_\_\_\_

Registro Médico No. \_\_\_\_\_

**Anyela Vanessa Álvarez E.**  
Médico y Cirujano  
Universidad del Cauca  
C.C. 100112091 C.A. SSO

Factura de Venta No. 39510

FECHA Y HORA 13-11-16

HISTORIA: IDENT: 1130946150 USUARIO Diego Amardo SEXO: M  F

Dirección: Barrio: Municipio: VR

Régimen: Collz. Benef. Empresa: 9001 Afiliación: VR

Cargo a: Nivel:

CÓDIGO	CÓDIGO 2	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	VR. TOTAL
		Urgencia	1		40.000
		Curación	1		16.300
		GSN 500 CC.	3	3.000	9.000
		Equipo mesoquatero	1	3.000	3.000
		Yelco # 1B.	1		4.000
		Sutura.	1		12.900
		Equipo de sutura	1		32.000
		Instalado de penitencia	1		250.000
		Diclo Fina 10 + 25	1		1.500
		Dexametasona 8mg	1		1.500
		Tartrisa + 50	2	1000	2.000

ANEXO CLINICO/RIPS DE ORDI

RIPS DE CONSULTA

FECHA DE LA ATENCIÓN: 13-11-16  
HORA DE LA ATENCIÓN: 22:55

FINALIDAD DE LA CONSULTA (marque sólo una)

- (01) AT. DEL PARTO
- (02) AT. DEL RECIÉN NACIDO
- (03) AT. EN PLANIFICACIÓN FAMI.
- (04) DET. ALT. C y D
- (05) DET. ALT. DESARR. JOVEN
- (06) DET. ALT. DEL EMBARAZO
- (07) DET. ALT. DEL ADULTO
- (08) DET. ALT. AGUD. VISU
- (09) DET. ENF. PROFESIONAL
- (10) NO APLICA

CAUSA EXTERNA (marque sólo una)

- (01) ACCIDENTE DE TRABAJO
- (02) ACCIDENTE DE TRÁNSITO
- (03) ACCIDENTE RÁBICO
- (04) ACCIDENTE OFÍDICO
- (05) OTRO ACCIDENTE
- (06) EVENTO CATASTRÓFICO
- (07) LESIÓN POR AGRESIÓN
- (08) LESIÓN AUTOINFLINGI
- (09) SOSP. MALTRATO FÍSICO
- (10) SOSP. ABUSO SEXUAL
- (11) SOSP. VIOLENC. SEXUAL
- (12) SOSP. MALT. EMOCION
- (13) ENFERMEDAD GENERAL
- (14) ENFERMEDAD PROFESIONAL
- (15) OTRA.

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL ( 9019 ) (I-DX) (G:NVO) (C.F)  
REL 1 ( ) REL ( )

Anyela Vanessa Alvarez E  
Médico Cirujano  
Universidad del Magdalena  
CC. 10945862  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE  
Mod SSO

Blanca Doris T. Tuya  
FIRMA DEL USUARIO  
C.C. 34.600.653



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS**  
**DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS**  
**Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**  
**PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS**

Resolución 01915 28 MAY 2008

PARTE B

**VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO**

<b>REYES</b>	<b>ITUYAN</b>	<b>DIEGO</b>	<b>ARMANDO</b>
1er Apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/>	No. Documento: <b>1130946150</b>		
Dirección Residencia: <b>LA PRIMAVERA</b>			
Departamento: <b>CAUCA</b>	Código: <b>19</b>	Teléfono: <b>3104280929</b>	
Municipio: <b>VILLA RICA</b>	Código: <b>19845</b>		

**VII. DATOS DE REMISION**

Tipo Referencia	Remisión <input type="checkbox"/>	Orden de Servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión	<b>14/11/2016</b>	a las <b>11:00</b>
Prestador que Remite	<b>UMQ CLINICA SANTA CLARA IPS</b>	
Código de Inscripción	<b>16</b>	
Profesional que Remite	<b>CAMPO ROMO EDER SERGIO</b>	Cargo: <b>MEDICINA GENERAL</b>
Fecha de Aceptación	<b>14/11/2016</b>	a las <b>12:00</b>
Prestador que Recibe		
Código de Inscripción		
Profesional que Recibe		

**VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA**

Obligatorio únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS.

Datos del Vehículo: Placa No. \_\_\_\_\_

Transporto la víctima desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica  Ambulancia Medicalizada  Lugar donde recoge la Víctima Zona U  R

**IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO**

Fecha de Ingreso	<b>14/11/2016</b>	a las <b>0:49</b>	Fecha de Egreso	_____	a las _____
Código Diagnóstico principal de Ingreso	_____	Código Diagnóstico principal de Egreso	<b>T07X</b>		
Otro Código Diagnóstico de ingreso	_____	Otro Código Diagnóstico principal de Egreso	_____		
Otro Código Diagnóstico de ingreso	_____	Otro Código Diagnóstico principal de Egreso	_____		

<b>CAMPO</b>	<b>ROMO</b>	<b>EDER</b>	<b>SERGIO</b>
1er Apellido del Médico	2do. Apellido del Médico	1er Nombre del Médico	2do. Nombre del Médico

Tipo Documento: CC  CE  PA  No. Documento: **89459003**

Número de Registro Médico: \_\_\_\_\_

**X. AMPAROS QUE RECLAMA**

	Valor Total Facturado	Valor Reclamado al Fosyga
Gastos Médico Quirúrgicos	0	0
Gastos de Transporte y Movilización de la Víctima	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

**XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

**LUIS GUILLERMO PASMÍN LLANOS**

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS  
CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.  
PERSONAS JURÍDICAS - FUJIPS

**VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO**

1er Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_  
 1er Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Documento:  CC  CE  PA  TI  MC  AS No. Documento: \_\_\_\_\_  
 Dirección Residencia: \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_  
 Municipio Residencia: \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_

**VII. DATOS DE REMISIÓN**

Tipo Referencia: Remisión  Orden de Servicio   
 Fecha de Remisión: 03 de Mayo de 2016 a las 13:46 hrs.  
 Prestador que remite: CSE NORTE 3  
 Código de Inscripción: \_\_\_\_\_  
 Profesional que remite: Ampelio Alvarez Cargo: medico  
 Fecha de Aceptación: 03 de Mayo de 2016 a las 13:46 hrs.  
 Prestador que recibe: Clínica Santa Clara  
 Código de Inscripción: \_\_\_\_\_  
 Profesional que recibe: Jenny Bacal Cargo: medico

**VIII. AMPARO DEL TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA**

Obligación únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera EPS (transporte primario) y cuando se realice en ambulancia de la misma EPS.  
 Datos de Vehículo: Placa No. \_\_\_\_\_  
 Transporte la víctima desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Transporte: Ambulancia Básica  Ambulancia Médica Estada  Lugar donde recoge la Víctima: \_\_\_\_\_ Zona:  U  R

**IX. CERTIFICACION DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO**

Fecha de Ingreso: 03 de Mayo de 2016 a las 13:46 hrs. Fecha de Egreso: 03 de Mayo de 2016 a las 13:46 hrs.  
 Código Diagnóstico principal de Ingreso: S01.9 Código Diagnóstico principal de Egreso: S01.9  
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: \_\_\_\_\_  
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: \_\_\_\_\_  
 1er Apellido del Médico o Profesional tratante: Alvarez 2do. Apellido del Médico o Profesional tratante: Escobar  
 1er Nombre del Médico o Profesional tratante: Ampelio 2do. Nombre del Médico o Profesional tratante: Vanessa  
 Tipo Documento:  CE  PA No. Documento: \_\_\_\_\_  
 Número de Registro Médico: \_\_\_\_\_

**X. AMPAROS QUE RECLAMA**

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECIAMADO AL FOSYGA
GASTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS		
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA		

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

**XI. DECLARACION DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Fianciamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la EPS y sus asegurados, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



Resolución 01915 28 MAY 2008

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS**  
**DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS**  
**Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**  
**PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS**

PARTE A

Fecha de Radicación: \_\_\_\_\_ RG: **2** No. Radicación: \_\_\_\_\_  
 No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marca x en RG): \_\_\_\_\_ No. Factura / Cuenta de Cobro: \_\_\_\_\_

**I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Razón Social: **UNIDAD MEDICO QUIRURGIA SANTA CLARA IPS S.A.S.**  
 Código Habilitación: **760010751201** NIT: **900908245**

**II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO**

<b>REYES</b>	<b>ITUYAN</b>	<b>DIEGO</b>	<b>ARMANDO</b>
1er Apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/>		No. Documento: <b>1130946150</b>	
Fecha de Nacimiento: <b>24/08/1989</b>		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	
Dirección Residencia: <b>LA PRIMAVERA</b>			
Departamento: <b>CAUCA</b>		Código: <b>19</b>	Teléfono: <b>3104280929</b>
Municipio: <b>VILLA RICA</b>		Código: <b>845</b>	
Condición del Accidentado: <input checked="" type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista			

**III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Naturaleza del Evento:

Naturales: Accidente de Tránsito  Maremoto  Erupciones Volcánicas  Huracán   
 Inundaciones  Avalancha  Deslizamiento de Tierra  Incendio Natural   
 Terroristas: Explosión  Masacre  Mina Antipersonal  Combate   
 Ataques a Municipios  Incendio

Otros:  Cual? \_\_\_\_\_

Dirección de la Ocurrencia: **VEREDA LA PRIMAVERA**  
 Fecha Evento/Accidente: **13/11/2016** Hora: **22:00**  
 Departamento: **CAUCA** Código: **19**  
 Municipio: **VILLA RICA** Código: **19845** Zona U  R

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito. Enuncie las principales características del evento/accidente:  
**USUARIO QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN VÍA PÚBLICA VEREDA LA PRIMAVERA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA DE PLACAS LFJ67 CUANDO ES ENVESTIDO POR OTRO VEHÍCULO CAUSÁNDOLE LESIONES VARIAS.**

**IV. DATOS DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Estado de Aseguramiento: Asegurado  No Asegurado  Vehículo Fantasma  Póliza Falsa  Vehículo en Fuga   
 Marca: **YAMAHA** Placa: **LFJ67**  
 Tipo de Servicio: Particular  Público  Oficial  Vehículo de Emergencia  Vehículo Escolar   
 Vehículo de Servicio Diplomático o Consular  Vehículo de Transporte Masivo   
 Código de la Aseguradora: **AT1309**  
 No. de la Póliza: **150101464** Intervención de Autoridad SI  NO   
 vigencia Desde: **22/06/2016** Hasta: **21/06/2017** Cobro Excedente Póliza SI  NO

**V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO**

<b>GOMEZ</b>	<b>MERA</b>	<b>LUIS</b>	<b>ALEXIS</b>
1er Apellido o Razón Social	2do. Apellido	1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		No. Documento: <b>76330711</b>	
Dirección: <b>CRA 31 N 7 68</b>			
Departamento: <b>CAUCA</b>		Código: <b>19</b>	Teléfono: <b>303877</b>
Municipio Residencia: <b>POPAYÁN</b>		Código: <b>19001</b>	



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS  
CATÁSTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO.  
PERSONAS JURÍDICAS - JURÍDICAS

Fecha Radicación: [D][D][M][M][A][A][A][A] No. Radicado: [ ]  
No. Radicado Anterior (Respositivo o plan, marcar en NO) [ ] No. Factura / Cuenta de cobro [ ]

RAZÓN SOCIAL: ESC NOME 3  
Código Habitacional: [ ] NI: [ ]

DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO: CATÁSTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO  
1er Apellido: Rojas 2do. Apellido: Armen de  
1er Nombre: Diego 2do. Nombre: Miguel  
Tipo de Documento:  C  PA  T  RD  AS  US No. Documento: [ ] Sexo:  F  M  
Fecha de Nacimiento: 27/08/1985 Dirección Residencial: Carretera a Primatevecer  
Departamento: Cundinamarca Cod.: [ ] Teléfono: 3104789970  
Municipio: Utiel Cod.: [ ]  
Condición del Accidentado:  Conductor  Peatón  Ocupante  Ciclista

DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO, CATÁSTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO  
Naturaleza del Evento:  
Naturales:  Accidente de Tránsito  Sismo  Maremoto  Erupción o Volcánica  Huracán   
Terroristas:  Inundaciones  Avalancha  Deslizamiento de Tierra  Incendio Natural   
 Explosión  Masacre  Mina Antipersonal  Combate   
 Incendio  Ataques a Municipios   
Otro:  Cuzit [ ]  
Dirección de la ocurrencia: Carretera a Primatevecer Hora: 17:00  
Fecha Evento/Accidente: 27/08/2016 Cod.: [ ]  
Departamento: Cundinamarca Cod.: [ ] Zona:  U  R  
Municipio: Utiel  
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:  
Cronología principal de características del evento (ocurrencia):

DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO  
Estado de Aseguramiento:  Asegurado  No Asegurado Vehículo fantasma  Pista Falsa  Vehículo en fuga   
Marca: Yamaha Placa: [ ]  
Tipo de Vehículo:  Particular  Público  Oficial  Vehículo de emergencia  Vehículo de servicio diplomático o consular   
 Vehículo de transporte en línea  Vehículo escolar   
Código de la Aseguradora: [ ] Intervención de autoridad: SI  NO   
No. de la Póliza: [ ] Cobro Excesivos Póliza: SI  NO   
Vigencia Desde: 27/08/2016 Hasta: 27/08/2016

DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO  
1er Apellido: Perez 1er Apellido: Sanchez  
1er Nombre: Alfredo 2do. Nombre: Miguel  
Tipo de Documento:  C  PA  T  RD  AS  US No. Documento: [ ]  
Dirección Residencial: Carretera a Primatevecer Cod.: [ ] Teléfono: 3104789970  
Departamento: Cundinamarca Cod.: [ ]  
Municipio Residencial: Utiel Total Folios: [ ]

A. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: **Reyes** N. HISTORIA CL: **1130946**  
 TER. APELLIDO: **Reyes** NOMBRES: **Diego Armando**  
 EDAD: **77** SEXO:  H  M RESIDENCIA ACTUAL: **Vereda la Primavera**  
 ANOS MESES DIAS: **77** PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE (NOMBRE Y RELACION DE PARENTESCO):  
 RESIDENCIA ACTUAL (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País):  
 NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  I NIVEL  II NIVEL  III NIVEL  IV NIVEL

NOMBRE IPS A QUIEN SE SOLICITA LA ATENCION: **NOVA CAROLINA** DEPARTAMENTO:  
 CIUDAD: **Ofelwópolis** TIPO DE ATENCION:  
 PROFESION ESPECIALIDAD REQUERIDA: **Neurocirujía**  
 FECHA SOLICITUD DE LA ATENCION: DD: MM: AA: HORA: AM: PM:

1. Resumen de Anamnesis y Examen Físico  
 2. Fechas y Resultados de Exámenes Auxiliares del Diagnóstico  
 3. Resumen de la Evolución  
 4. Diagnóstico  
 5. Complicaciones  
 6. Tratamientos Aplicados  
 7. Motivo de Remisión  
 8. Firma y Código de la Persona Responsable

Paciente que se involucra x vehículo que iba en motocicleta con portecor siempre en opo izquierdo, con sangrado, Henda en miembros inferiores y cuero cabell ingresa en alto grado de alcoholismo. Aceptado clínicamente Santa Clara por Jimmy Baceel.

B. DATOS DE CONFIRMACION DE LA ATENCION SOLICITADA (CRUE)  
 NOMBRES Y APELLIDOS: FECHA Y HORA:  
 SERVICIO ACEPTADO: CODIGO: CAUSAS DE NEGACION:  
 SI: NO:  
 C. RESPONSABLE DE LA SOLICITUD (MEDICO REMITENTE)  
 NOMBRE: **Anyela Vanessa Alvarez E.**  
 CODIGO: **1094918521**  
 FIRMA Y SELLO: **Anyela Vanessa Alvarez E. Medico y Chirujano Universidad del Cauca CC. 1094918521 Med:SSO**

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE RECIBE



# INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

## UNIDAD BASICA SANTANDER DE QUILICHAO

DIRECCIÓN: Carrera 9 No. 2-118. SANTANDER DE QUILICHAO, CAUCA  
TELEFONO: 8261145

### INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: **UBSTQLCH-DSCAUC-01316-2016**

CIUDAD Y FECHA: SANTANDER DE QUILICHAO. 14 de diciembre de 2016  
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBSTQLCH-DSCAUC-01306-C-2016**  
OFICIO PETITORIO: No. nd - 2016-12-13. Ref: Noticia criminal 195736000631201600954 -  
AUTORIDAD SOLICITANTE: UNIDAD ALERTAS TEMPRANAS  
FISCALIA GENERAL DE LA NACION  
AUTORIDAD DESTINATARIA: UNIDAD ALERTAS TEMPRANAS  
FISCALIA GENERAL DE LA NACION  
CARRERA 17 N° 10 - 47  
POPAYÁN, CAUCA  
NOMBRE EXAMINADO: **DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN**  
IDENTIFICACIÓN: CC 1130946150  
EDAD REFERIDA: 27 años  
ASUNTO: Lesiones

FISCALIA  
GENERAL DE LA NACION  
PUERTO TEJADA, CAUCA

16 DIC 2016

UNIDAD DE FISCALIAS  
OFICINA 111  
DAVID PALACIOS M.

Examinado hoy miércoles 14 de diciembre de 2016 a las 09:18 horas en Primer Reconocimiento Médico Legal. Previa explicación de los procedimientos a realizar en la valoración, la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, se diligencia el consentimiento informado, se toma firma y huella dactilar del índice derecho del examinado en el consentimiento informado

INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE: Aporta OFICIO PETITORIO.

#### RELATO DE LOS HECHOS:

Juan Manuel Reyes , Hermano (a) refiere que " Fue el 13 de noviembre de 2016, a las 9: 30 pm, cerca a la primavera, Mi hermano Diego se dirigía en la moto de villa rica hacia la primavera y en eso venia un carro del puerto hacia la primavera, el carro que venia se paso un cruce y el para devolverse no miro, y cruce de una, ahí fue que atropello a mi hermano." .

ATENCIÓN EN SALUD: Fue atendido en clinica santa clara . Aporta copia de historia clínica número 1130946150, que refiere en sus partes pertinentes lo siguiente: 14/11/2016. 01:58 Valoracion Neurocirugia. Dr Trujillo. paciente con 12 horas de evolución de trauma cráneo encefálico con aliento alcohólico, no valorable columna cervical por no respuesta de paciente. Tomografía con fecha de hoy con hematoma fronto parietal laminar cisterna parcialmente apretada no efecto de masa ni patología quirurgica. Análisis: por el tipo de crecimiento de las contusiones y hematoma Intracerebral se debe repetir tomografía en 6 horas, por lo que el manejo se considera debe ser en unidad de cuidados intensivos. 14/11/2013. 17+21. Clínica cristo rey. Dr Mario Andres Guerra Zambrano. intensivista. Examen fisico: herida en parpado inferior izquierdo con equimosis periorbitaria, edema en labio superior. Torax: escoriacion en parte superior de hemitorax derecho. Extremidades: miembro inferior izquierdo herida suturada en 1/3 medio de pierna, miembro inferior derecho herida en tobillo con edema asociado. Diagnostico: 1. politraumatismo. 2. trauma craneoencefalico severo. A. hematoma subdural frontotemporal derecho. 3. trauma en cara A. herida en parpado inferior izquierdo. 4. trauma cerrado de tórax. 5. trauma en extremidades. A. trauma de tobillo derecho, B. herida en ambas piernas suturadas. Dra Rosalba Bejarano Arana. cirugía plástica. herida en parpado inferior izquierdo con compromiso del borde libre, conjuntival y region de puntum lacrimal de aproximadamente 1.5 cm , limpia sin signos de infección ni sangrado considero paciente en condiciones critica con herida en parpado inferior izquierdo que compromete vía lacrimal por lo que el manejo debe ser por oftalmológica para recanalizacion del conducto y reparo del borde

EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBSTQLCH-DSCAUC-01316-2016

libre palpebral, dada su condición neurológica se puede diferir procedimiento según evolución alta por cirugía plástica. Clínica nuestra. 12/12/2016 12+30 pm. paciente quien sufre accidente de tránsito el día 13/11/2016 moto vs carro, con posterior trauma en cabeza y extremidades inferiores, (según reporta la historia clínica de Cristo Rey bajo efecto de alcohol). Es llevado a hospital de Villa Rica (nivel I), donde estabilizan y remiten a clínica Santa Sofía donde toman Tomografía cerebral que evidencia hematoma subdural laminar temporofrontal derecho, con deterioro de su Glasgow hasta 7/15, por lo que deciden intubar, remitido a clínica Cristo Rey. Es valorado por el servicio de neurocirugía quien considera no es candidato a procedimiento quirúrgico y se deja medidas anti edema en unidad de cuidados intensivos. Al parecer presenta broncoaspiración previo a la intubación y durante la hospitalización en unidad de cuidados intensivos desarrolla neumonía broncoaspirativa manejada con pip/tazo desde 20/11/2016 con adecuada evolución clínica, logra extubar con mejoría de la respuesta neurológica. Valoro cirugía plástica por laceraciones en cara, detecta lesión en conducto lagrimal que requiere manejo por oftalmología en cual valora el 3/12/2016 quien decide que valora el paciente en 2 meses cuando se encuentre más despierto, paciente presenta picos febriles por lo que policultivan, radiografía muestra consolidación basal derecha, se rota antibiótico a meropenem vancomicina, llama la atención compromiso neurológico con nula interacción por lo que solicitan resonancia magnética nuclear cerebral por sospecha de lesión axonal difusa, llega reporte: no hay signos de daño axonal difuso, proceso inflamatorio que compromete celdillas mastoideas, hematomas subdurales frontoparietotemporales bilaterales de predominio izquierdo que ejercen discreto efecto compresivo sobre el parénquima cerebral con algo de borramiento de los surcos cerebrales, por otro lado se observo edema asimétrico en miembro inferior izquierdo por lo que se tomo doppler de vasos venosos (27/11/2016): trombosis venosa profunda comprometiendo la vena tibia posterior en su aspecto superior. También se documenta fenómeno trombotico de la vena muscular gastronemia medial. se inicia anticoagulación con enoxaparina 60g cada 12 horas. Valora infectología ya que paciente persistía con episodios febriles a pesar de manejo antibiótico, se vuelve a policultivar (negativos) y adiciona al manejo caspufungina, llega reporte de tomografía de tórax que dice en proyección del campo pulmonar derecho a predominio de los segmentos del lóbulo inferior existen varias consolidaciones neumónicas asociadas a brocograma aéreo y derrame pleural impresionando formar una de esas consolidaciones neumónicas una caverna de paredes gruesas que a la ventana del pulmón impresiona no existir parénquima pulmonar interno por lo que sugerimos descartar afectación tuberculosa vs complicación abscedada de una bronconeumonía y abdomen el cual dice que no se observa líquido libre abdominal, es valorado por neumología quien considera neumonía cavitada decide sus pender vancomicina y adicionar linezolid por 14 días. Medicamento oral para culminar tratamiento en casa.

ANTECEDENTES: Médico legales: niega. Familiares: niega. Patológicos: niega. Quirúrgicos: niega. Traumáticos: niega. Hospitalarios: niega. Psiquiátricos: niega. Toxicológicos: niega.

REVISIÓN POR SISTEMAS  
en regulares condiciones

### EXAMEN MÉDICO LEGAL

DATOS ANTROPOMÉTRICOS: Peso: 70 kg. Talla: 176 cm.

SIGNOS VITALES: T/A: 100/60. FC: 70 por min. FR: 20 por min. Temp: 36°C.

Aspecto general: ingresa cargado por su hermano, no camina,

Descripción de hallazgos

- Examen mental: desorientado, no se comunica,
- Neurológico: responde a estímulos verbales, no obedece órdenes, desviación de la mirada a la derecha, pupilas isocóricas hiporeactivas.
- Organos de los sentidos: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Cara, cabeza, cuello: cicatriz discromica, deprimida, ostensible, #2 de 1x0.5 cm, otra de 4x0.

EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**No.: UBSTQLCH-DSCAUC-01316-2016**

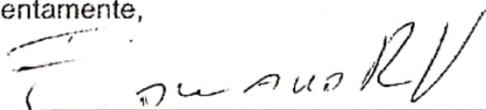
- 5 cm de diametro en region periorbitaria parpado inferior izquierdo. cicatriz discromica plana de 1x0.5 cm de diametro en region dorso nasal, no ostensible.
- Cavidad oral: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - ORL: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Tórax: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Abdomen: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Espalda: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Región glutea: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Axilas: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Miembros superiores: Sin lesiones aparentes al momento del examen
  - Miembros inferiores: cicatriz discromica, lineal, sentido horizontal, ostensible, de 7x1 cm de diametro en region pierna derecha tercio distal cara anterolateralmedial. cicatriz discromica, lineal, sentido vertical de 4x0.8 cm de diametro en region pierna izquierda tercio medio.
  - Osteomuscular: atrofia muscular generalizada, arcos de movilidad no valorables por estado neurológico actual.
  - Piel y Faneras: ya descritos

**ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES**

accidente de transito con trauma craneo encefalico severo con compromiso neurologico que requirio hospitalizacion en unidad de cuidados intensivos, intubacion orotraqueal con neumonia secundaria, herida compleja en cara con compromiso de lagrimal ojo derecho, heridas en miembros inferiores con heridas cicatrizadas ostensibles. Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Incapacidad médico legal PROVISIONAL SESENTA Y CINCO (65) Dias a partir de la fecha de los hechos. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; Deformidad física que afecta el rostro de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano sistema nervioso central de carácter por definir; Para determinar el carácter de la Secuela Médico Legal, se requiere una nueva valoración en 3 meses (90 días), debe aportar copia completa y actualizada de la historia clínica de atención de los hechos y nuevo oficio petitorio emitido por la autoridad concedora del caso

Se entrega original del informe pericial realizado como lo solicita en su oficio petitorio, para que sea entregado en su despacho, una copia reposa en nuestros archivos

Atentamente,



**EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS**  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

**SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ**

NOTA: Al solicitar cualquier información relacionada con el presente informe pericial, cite el número de caso interno. Este informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral. Para un próximo reconocimiento es indispensable traer nuevo oficio petitorio.



**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**  
**UNIDAD BASICA SANTANDER DE QUILICHAO**

DIRECCIÓN: Carrera 9 No. 2-118. SANTANDER DE QUILICHAO, CAUCA  
 TELEFONO: 8261145

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**

**No.: UBSTQLCH-DSCAUC-00301-2017**

CIUDAD Y FECHA: SANTANDER DE QUILICHAO. 14 de marzo de 2017  
 NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBSTQLCH-DSCAUC-00299-C-2017**  
 OFICIO PETITORIO: No. SIN N° - 2017-03-13. Ref: Noticia criminal  
 1957360000631201600954  
 AUTORIDAD SOLICITANTE: S.A.U  
 AUTORIDAD DESTINATARIA: FISCALIA GENERAL DE LA NACION  
 S.A.U  
 FISCALIA GENERAL DE LA NACION  
 CALLE 17 No. 18-67 PISO 2 CASA DE JUSTICIA  
 PUERTO TEJADA, CAUCA  
 NOMBRE EXAMINADO: **DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN**  
 IDENTIFICACIÓN: CC 1130946150  
 EDAD REFERIDA: 27 años  
 ASUNTO: Lesiones

**FISCALIA**  
 DE LA NACIÓN  
 PUERTO TEJADA CAUCA

14 MAR 2017

UNIDAD DE FISCALÍAS  
 OFICINA SALI  
 DAVID PALACIOS M.

Examinado hoy martes 14 de marzo de 2017 a las 12:41 horas en Segundo Reconocimiento Médico Legal. Previa explicación de los procedimientos a realizar en la valoración, la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, se diligencia el consentimiento informado, se toma firma y huella dactilar del índice derecho del examinado en el consentimiento informado

INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE: Aporta OFICIO PETITORIO Según primer reconocimiento médico legal el relato de los hechos: Juan Manuel Reyes, Hermano (a) refiere que " Fue el 13 de noviembre de 2016, a las 9: 30 pm, cerca a la primavera, Mi hermano Diego se dirigía en la moto de villa rica hacia la primavera y en eso venia un carro del puerto hacia la primavera, el carro que venia se paso un cruce y el para devolverse no miro, y cruzo de una, ahí fue que atropello a mi hermano." . ATENCIÓN EN SALUD: Fue atendido en clinica santa clara . Aporta copia de historia clínica número 1130946150, que refiere en sus partes pertinentes lo siguiente: 14/11/2016. 01:58 Valoracion Neurocirugia. Dr Trujillo. paciente con 12 horas de evolución de trauma cráneo encefálico con aliento alcohólico, no valorable columna cervical por no respuesta de paciente. Tomografía con fecha de hoy con hematoma fronto parietal laminar cisterna parcialmente apretada no efecto de masa ni patología quirurgica. Análisis: por el tipo de crecimiento de las contusiones y hematoma intracerebral se debe repetir tomografía en 6 horas, por lo que el manejo se considera debe ser en unidad de cuidados intensivos. 14/11/2013. 17+21. Clínica cristo rey. Dr Mario Andres Guerra Zambrano. intensivista. Examen fisico: herida en parpado inferior izquierdo con equimosis periorbitaria, edema en labio superior. Torax: escoriacion en parte superior de hemitorax derecho. Extremidades: miembro inferior izquierdo herida suturada en 1/3 medio de pierna, miembro inferior derecho herida en tobillo con edema asociado. Diagnostico: 1. politraumatismo. 2. trauma craneoencefalico severo. A. hematoma subdural frontotemporal derecho. 3. trauma en cara A. herida en parpado inferior izquierdo. 4. trauma cerrado de tórax. 5. trauma en extremidades. A. trauma de tobillo derecho, B. herida en ambas piernas suturadas. Dra Rosalba Bejarano Arana. cirugía plástica. herida en parpado inferior izquierdo con compromiso del borde libre, conjuntival y region de puntum lacrimal de aproximadamente 1.5 cm , limpia sin signos de infección ni sangrado considero paciente en condiciones critica con herida en parpado inferior izquierdo que compromete vía lacrimal por lo que el manejo debe ser por oftalmológica para recanalizacion del conducto y reparo del borde libre palpebral, dada su condición neurología se puede diferir procedimiento segun evolución, alta por cirugía plástica.

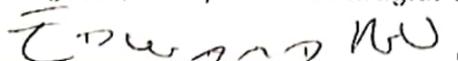
EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS *Edward Fabian Rivera Vargas*

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBSTQLCH-DSCAUC-00301-2017

Clínica nuestra. 12/12/2016 12+30 pm. paciente quien sufre accidente de tránsito el día 13/11/2016 moto vs carro, con posterior trauma en cabeza y extremidades inferiores, (según reporta la historia clínica de Cristo Rey bajo efecto de alcohol). Es llevado a hospital de Villa Rica (nivel I), donde estabilizan y remiten a Clínica Santa Sofía donde toman Tomografía cerebral que evidencia hematoma subdural laminar temporofrontal derecho, con deterioro de su Glasgow hasta 7/15, por lo que deciden intubar, remitido a Clínica Cristo Rey. Es valorado por el servicio de Neurocirugía quien considera no es candidato a procedimiento quirúrgico y se deja medidas anti-edema en unidad de cuidados intensivos. Al parecer presenta broncoaspiración previo a la intubación y durante la hospitalización en unidad de cuidados intensivos desarrolla neumonía broncoaspirativa manejada con pip/tazo desde 20/11/2016 con adecuada evolución clínica, logra extubar con mejoría de la respuesta neurológica. Valoro cirugía plástica por laceraciones en cara, detecta lesión en conducto lagrimal que requiere manejo por oftalmología en cual valora el 3/12/2016 quien decide que valora el paciente en 2 meses cuando se encuentre más despierto, paciente presenta picos febriles por lo que policultivan, radiografía muestra consolidación basal derecha, se rota antibiótico a meropenem vancomicina, llama la atención compromiso neurológico con nula interacción por lo que solicitan resonancia magnética nuclear cerebral por sospecha de lesión axonal difusa, llega reporte: no hay signos de daño axonal difuso, proceso inflamatorio que compromete celdillas mastoideas, hematomas subdurales frontoparietotemporales bilaterales de predominio izquierdo que ejercen discreto efecto compresivo sobre el parénquima cerebral con algo de borramiento de los surcos cerebrales, por otro lado se observó edema asimétrico en miembro inferior izquierdo por lo que se tomó doppler de vasos venosos (27/11/2016): trombosis venosa profunda comprometiendo la vena tibia posterior en su aspecto superior. También se documenta fenómeno trombotico de la vena muscular gastronemia medial. se inicia anticoagulación con enoxaparina 60g cada 12 horas. Valora infectología ya que paciente persistía con episodios febriles a pesar de manejo antibiótico, se vuelve a policultivar (negativos) y adiciona al manejo caspufungina, llega reporte de tomografía de tórax que dice en proyección del campo pulmonar derecho a predominio de los segmentos del lobulillo inferior existen varias consolidaciones neumónicas asociadas a brocograma aéreo y derrame pleural impresionando formar una de esas consolidaciones neumónicas una caverna de paredes gruesas que a la ventana del pulmón impresiona no existir parénquima pulmonar interno por lo que sugerimos descartar afectación tuberculosa vs complicación abscedada de una bronconeumonía y abdomen el cual dice que no se observa líquido libre abdominal, es valorado por neumología quien considera neumonía cavitada decide suspender vancomicina y adicionar linezolid por 14 días. Medicamento oral para culminar tratamiento en casa.

ATENCIÓN EN SALUD: Fue atendido en Instituto de Ciegos y Sordos del Valle del Cauca. Aporta copia de historia clínica número 1130946150, que refiere en sus partes pertinentes lo siguiente: 25/01/2017. Examen físico: endotropía. Remisión para valoración por neurooftalmología. Dra Luisa Boca Negra. Oftalmóloga. 06/02/2017. Clínica oftalmológica. Dr Raul Adrian Arango, Neurooftalmología. observaciones: endotropía bilateral, ojo derecho con nistagmus de fase rápido. Diagnóstico: oftalmoplejía total. paciente con trauma craneoencefálico severo y hemorragia intracerebral y hematoma intracraneal se observan cambios compatibles con lesión central en ojo derecho potencial visuales evocados ver integridad de vía central. 30/01/2017. Clínica nuestra señora del rosario. Dr Joger Ivan Holguin, Neurocirujano. Enfermedad actual: accidente el 13 de noviembre de 2016 en moto manejo en Cristo Rey y luego manejo en clínica nuestra. Ahora con secuelas neurológicas, manejo por estrabismo traumático, manejo por oftalmología, ahora con secuelas de lesión axonal, trastorno cognitivos. Análisis: paciente con secuelas por trauma craneoencefálico, estrabismo traumático debe de mantener incapacitado, resonancia magnética diciembre secuelas, considero que no es de manejo quirúrgico, alta por neurocirugía.

  
EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS

## INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBSTQLCH-DSCAUC-00301-2017

ANTECEDENTES: Médico legales: niega. Familiares: niega. Patológicos: niega. Quirúrgicos: niega. Traumáticos: niega. Hospitalarios: niega. Psiquiátricos: niega. Toxicológicos: niega.

### REVISIÓN POR SISTEMAS

no veo bien, se me olvidan las cosas

### EXAMEN MÉDICO LEGAL

SIGNOS VITALES: T/A: 110/70. FC: 80 por min. FR: 20 por min. Temp:36°C.

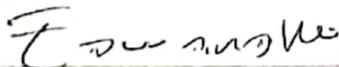
Aspecto general: ingresa por sus propios medios en buenas condiciones aparentes.

#### Descripción de hallazgos

- Examen mental: orientado en tiempo , lugar y persona
- Neurológico: con amnesia retrograda y anterograda del accidente
- Organos de los sentidos: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Cara, cabeza, cuello: cicatriz discromica , deprimida, ostensible , #2 de 1x0.5 cm , otra de 4x0.5 cm de diametro en region periorbitaria parpado inferior izquierdo. cicatriz discromica plana de 1x0.5 cm de diametro en region dorso nasal, no ostensible. con permanente endotropia ambos ojos.
- Cavidad oral: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- ORL: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Tórax: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Abdomen: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Espalda: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Región glutea: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Axilas: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Miembros superiores: Sin lesiones aparentes al momento del examen
- Miembros inferiores: cicatriz discromica, lineal, sentido horizontal, ostensible, de 7x1 cm de diametro en region pierna derecha tercio distal cara anterolateralmedial. cicatriz discromica, lineal , sentido vertical de 4x0.8 cm de diametro en region pierna izquierda tercio medio.
- Osteomuscular: arcos de movilidad conservadas en las 4 extremidades
- Piel y Faneras: ya descritas

### ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

se trata de accidente de transito con trauma craneo encefalico severo con compromiso neurologico que requirio hospitalizacion en unidad de cuidados intensivos, intubacion orotraqueal con neumonia secundaria, herida compleja en cara con compromiso de lagrimal ojo derecho, heridas en miembros inferiores con heridas cicatrizadas ostensibles, endotropia en ambos ojos y amnesia retrograda y anterograda. Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Incapacidad médico legal DEFINITIVA CIENTO CUARENTA (140) Dias a partir de la fecha de los hechos. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; Deformidad física que afecta el rostro de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano sistema nervioso central de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano sistema nervioso periferico de carácter permanente. Atentamente,



EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

### SERVICIO FORENSE PARA UNA COLOMBIA DIVERSA Y EN PAZ

NOTA: Al solicitar cualquier información relacionada con el presente informe pericial, cite el número de caso interno. Este informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral. Para un próximo reconocimiento es indispensable traer nuevo oficio petitorio.



Servicio Occidental de Salud

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Empleador: IDEAS ASESORIAS EMPRESARIALES I A E SAS CR 26 15 05 LC 1		NI 90061311 3148537170	Fecha y Oficina de Radicación: 2017/01/20 VERSALLES		
Número de folio a reportar en el cobro de la Prestación:			1966614 - 01 - 2		
Trabajador: DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN		CC 1130946150	Tipo Cotizante: TELÉFONO:	DEPENDIENTE 3104280929	
Diagnóstico:	S007	Fecha Inicio:	2016/11/25	Fecha Terminación:	2016/11/30
Clase de Atención:	AMB - ELEC	Prórroga:	Si	Contingencia	ENFERMEDAD GENERAL
Días Solicitados:	29	Días a Liquidar por SOS:	6	Días Acumulados:	40
Ingreso Base de Cotización (IBC):			\$ 689,455	A. Valor Incapacidad:	\$ 137,891
B. Valor 8,5% Aporte (Art. 40 Dec. 1406 de 1999):			\$ 0	Total A Pagar (A+B):	\$ 137,891
Valor en Letras: CIENTO TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UNO PESOS MCTE					
Médico Solicitante: CC 1097037161 DANIELA ISABEL BEZANCUR HERRERA				Cod. IPS: 91947	
Observación:		Firma y Fecha Recibido:			
Se ha liquidado al 100 %, 6 días sentencia C-543/2007					

Para Empleador

Emitido SOS por administrador

Señor Empleador, si la incapacidad o licencia ya ha sido pagada, el certificado pierde toda validez como soporte para el cobro de la misma.

FTAIU 159-0





# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

<b>Empleador:</b> IDEAS ASESORIAS EMPRESARIALES I A E SAS CR 26 15 05 LC 1 3148537170		<b>Fecha y Oficina de Radicación:</b> 2017/01/25 VERSALLES
<b>Número de folio a reportar en el cobro de la Prestación:</b>		1970106 - 01 - 1
<b>Trabajador:</b> DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN CC 1130946150		<b>Tipo Cotizante:</b> DEPENDIENTE <b>Teléfono:</b> 3104280929
<b>Diagnóstico:</b> S008	<b>Fecha Inicio:</b> 2017/01/23	<b>Fecha Terminación:</b> 2017/01/29
<b>Clase de Atención:</b> AMB - ELEC	<b>Prórroga:</b> Si	<b>Contingencia:</b> ENFERMEDAD GENERAL
<b>Días Solicitados:</b> 7	<b>Días a Liquidar por SOS:</b> 7	<b>Días Acumulados:</b> 77
<b>Ingreso Base de Cotización (IBC):</b> \$ 689,455		<b>A. Valor Incapacidad:</b> \$ 172,134
<b>B. Valor 8,5% Aporte (Art. 40 Dec. 1406 de 1999):</b> \$ 0		<b>Total A Pagar (A+B):</b> \$ 172,134
<b>Valor en Letras:</b> CIENTO SETENTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS MCTE		
<b>Médico Solicitante:</b> CC 10553691 LUIS ALONSO PELAEZ HERNANDEZ		<b>Cod. IPS:</b> 80066
<b>Observación:</b> Se ha liquidado al 100 %, 7 días sentencia C-543/2007	<b>Firma y Fecha Recibido:</b>	

Para Empleador

Emitido SOS por administrador

Señor Empleador, si la Incapacidad o Licencia ya ha sido pagada, el certificado pierde toda validez como soporte para el cobro de la misma.

FTAIU 159-0



Servicio Occidental de Salud

### CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Empleador: IDEAS ASESORIAS EMPRESARIALES I A E SAS CR 26 15 05 LC 1 3148537170		NI 90061311		Fecha y Oficina de Radicación: 2017/02/01 VERSALLES	
Número de follo a reportar en el cobro de la Prestación:				1974854 - 01 - 2	
Trabajador: DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN		CC 1130946150		Tipo Cotizante: DEPENDIENTE Teléfono: 3104280929	
Diagnóstico: S099		Fecha inicio: 2017/01/30		Fecha Terminación: 2017/01/31	
Clase de Atención: AMB - ELEC		Prórroga: Si		Contingencia ENFERMEDAD GENERAL	
Días Solicitados: 30		Días a Liquidar por SOS: 2		Días Acumulados: 107	
Ingreso Base de Cotización (IBC): \$ 689,455				A. Valor Incapacidad: \$ 49,181	
B. Valor 8,5% Aporte (Art. 40 Dec. 1406 de 1999): \$ 0				Total A Pagar (A+B): \$ 49,181	
Valor en Letras: CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y UNO PESOS MCTE					
Médico Solicitante: CC 16270178 JORGE ALIRIO HOLGUIN RUIZ				Cod. IPS: 01477	
Observación: Se ha liquidado al 100 %, 2 días sentencia C-543/2007		Firma y Fecha Recibido:			

Para Empleador

Emitido SOS por administrador

Señor Empleador, si la incapacidad o licencia ya ha sido pagada, el certificado pierde toda validez como soporte para el cobro de la misma.

FTAIU 159-0



Servicio Occidental de Salud



### CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Empleador: IDEAS ASESORIAS EMPRESARIALES I A E SAS CR 26 15 05 LC 1 3148537170		NI 90061311	Fecha y Oficina de Radicación: 2017/04/11 VERSALLES	
Número de folio a reportar en el cobro de la Prestación:			2026702 - 01 - 1	
Trabajador: DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN CC 1130946150		Tipo Cotizante: DEPENDIENTE Teléfono: 3104280929		
Diagnóstico: S099	Fecha Inicio: 2017/03/01	Fecha Terminación: 2017/03/30		
Clase de Atención: AMB - ELEC	Prórroga: SI	Contingencia ENFERMEDAD GENERAL		
Días Solicitados: 30	Días a Liquidar por SOS: 30	Días Acumulados: 137		
Ingreso Base de Cotización (IBC):		\$ 689,455	A. Valor Incapacidad: \$ 737,717	
B. Valor 8,5% Aporte (Art. 40 Dec. 1406 de 1999):		\$ 0	Total A Pagar (A+B): \$ 737,717	
Valor en Letras: SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIEZ Y SIETE PESOS MCTE				
Médico Solicitante: CC 10553691 LUIS ALONSO PELAEZ HERNANDEZ		Cod. IPS: 80066		
Observación: Se ha liquidado al 100 %, 30 días sentencia C-543/2007	Firma y Fecha Recibido:			

Para Empleador

Señor Empleador, si la incapacidad o Licencia ya ha sido pagada, el certificado pierde toda validez como soporte para el cobro de la misma.

Emitido SOS por administrador

FTAIU 159-0



Servicio Occidental de Salud

### CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

<b>Empleador:</b> IDEAS ASESORIAS EMPRESARIALES I A E SAS CR 26 15 05 LC 1		NI 90061311 3148537170	<b>Fecha y Oficina de Radicación:</b> 2017/04/11 VERSALLES	
<b>Número de folio a reportar en el cobro de la Prestación:</b>			2026706 - 01 - 2	
<b>Trabajador:</b> DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN		CC 1130946150	<b>Tipo Cotizante:</b> DEPENDIENTE	<b>Teléfono:</b> 3104280929
<b>Diagnóstico:</b> H493	<b>Fecha Inicio:</b> 2017/03/31	<b>Fecha Terminación:</b> 2017/03/31		
<b>Clase de Atención:</b> AMB - ELEC	<b>Prórroga:</b> Si	<b>Contingencia:</b> ENFERMEDAD GENERAL		
<b>Días Solicitados:</b> 30	<b>Días a Liquidar por SOS:</b> 1	<b>Días Acumulados:</b> 167		
<b>Ingreso Base de Cotización (IBC):</b> \$ 689,455		<b>A. Valor Incapacidad:</b> \$ 24,591		
<b>B. Valor 8,5% Aporte (Art. 40 Dec. 1406 de 1999):</b> \$ 0		<b>Total A Pagar (A+B):</b> \$ 24,591		
<b>Valor en Letras:</b> VEINTE Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UNO PESOS MCTE				
<b>Médico Solicitante:</b> CC 10553691 LUIS ALONSO PELAEZ, HERNANDEZ			<b>Cod. IPS:</b> 80066	
<b>Observación:</b> Se ha liquidado al 100 %, 1 días sentencia C-543/2007				
<b>Firma y Fecha Recibido:</b>				

Para Empleador

Emilito SOS por administrador

Señor Empleador, si la Incapacidad o Licencia ya ha sido pagada, el certificado pierde toda validez como soporte para el cobro de la misma.

FTAIU 159-0

# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

No. 0049844

Diligencie completamente la solicitud de forma legible, clara y sin enmendaduras

Fecha de solicitud 29 de JULIO de 2017

Ciudad: \_\_\_\_\_

## 1. INFORMACION DEL COTIZANTE

Tipo Documento	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	No:	1130946150
Primer Apellido	Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
REYES	ITUYAN		DIEGO		ARMANDO	

## 2. INFORMACION SOBRE LA INCAPACIDAD

Tipo Contingencia:	Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Enfermedad General <input type="checkbox"/>	Licencia de Maternidad <input checked="" type="checkbox"/>	EVENTO SOAT <input type="checkbox"/>						
Clase Atencion:	Ambulatoria Efectiva <input checked="" type="checkbox"/>	Ambulatoria Urgencias <input type="checkbox"/>	Ambulatoria Quirúrgica <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Efectiva <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Urgencias <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Quirúrgica <input type="checkbox"/>					
Diagnósticos y Dias de incapacidad:	DIAGNOSTICOS FRECUENTES										
<input type="checkbox"/> M545 (3)	<input type="checkbox"/> J029 (2)	<input type="checkbox"/> N390 (3)	<input type="checkbox"/> J00X (3)	<input type="checkbox"/> R51X (2)	<input type="checkbox"/> H669 (3)	<input type="checkbox"/> S525 (30)	<input type="checkbox"/> S501 (3)	<input type="checkbox"/> S934 (20)	<input type="checkbox"/> O470 (10)	<input type="checkbox"/> A90X (3)	<input checked="" type="checkbox"/> H493 (3)
<input type="checkbox"/> A09X (2)	<input type="checkbox"/> J311 (2)	<input type="checkbox"/> J039 (2)	<input type="checkbox"/> G441 (2)	<input type="checkbox"/> J019 (3)	<input type="checkbox"/> H109 (3)	<input type="checkbox"/> S400 (3)	<input type="checkbox"/> S835 (20)	<input type="checkbox"/> O200 (15)	<input type="checkbox"/> N760 (5)	<input type="checkbox"/> B349 (3)	
DIAGNOSTICOS QUIRURGICOS											
<input type="checkbox"/> H101(15)	<input type="checkbox"/> H269(30)	<input type="checkbox"/> T028(30)	<input type="checkbox"/> M751(30)	<input type="checkbox"/> D259(25)	<input type="checkbox"/> K808(20)	<input type="checkbox"/> N971(7)	<input type="checkbox"/> N46X(7)	<input type="checkbox"/> N819(15)	<input type="checkbox"/> L600(5)	<input type="checkbox"/>	(3)
<input type="checkbox"/> K409(20)	<input type="checkbox"/> K359(20)	<input type="checkbox"/> G560(15)	<input type="checkbox"/> I848(15)	<input type="checkbox"/> K810(20)	<input type="checkbox"/> I878(5)	<input type="checkbox"/> I868(20)	<input type="checkbox"/> M238(20)	<input type="checkbox"/> J343(15)	<input type="checkbox"/> O069(28)	<input type="checkbox"/>	
Fecha de Inicio	29/07/2017	Fecha de Fin	27/08/2017	Prorroga	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					

## 3. INFORMACION DE LA IPS Y DEL MEDICO

Nombre de la IPS:	IPS FUNDACION PROPAL	Nombre del Médico:	CUCALON GOMEZ LEONOR	C.C.:	1130608200
Certifico que la informacion Registrada es veridica y libre de ser confirmada	Firma y Sello del Médico, Tratante		R.M. 1910198	Código	
Al firmar como cotizante acepto las condiciones impuestas para mi recuperacion			Firma del Cotizante		

NOTA: 1: Documento no válido para descuento en planillas de autoliquidacion de aportes, favor acercarse a S.O.S. para su liquidacion.  
2: La solicitud de licencia de maternidad requiere el certificado de nacido vivo, favor solicitarlo a su médico y adjuntarlo para su respectivo tramite.



**HISTORIA CLINICA**  
**No. 1130946150**

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre	REYES ITUYAN DIEGO ARMANDO		Documento No.	1130946150
Fecha de Nacimiento	24/08/1989	Edad 27 años, 11 meses y 5 días	Sexo	Masculino
Direccion	VEREDA LA PRIMAVERA		Telefono	3104280929
Estado Civil			Ocupacion	CHOFER
EPS SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD		ENTIDAD : S.O.S. CAPITACION		
MOTIVO DE CONSULTA			Fecha de Consulta : 29/07/2017 08:33:13 AM	

POR INCAPACIDAD

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE CON AP: ACC TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON PARALISIS DE VI PAR CRANEAL - N ERVIO MOTOR OCULAR EXTERNO CON EXTRAVISMO CONVERGENTE PARALISIS OCULOMOTORA // CIRUGIA DE ESTRIVISMO CON RETROINSERCCION DE AMBOS RECTOS MEDIOS Y TRANSPOSICION DE RECTO SUPERIOR A RECTO LATERAL DE AMBOS OJOS  
DX: ATROFIA OPTICA + PARALISIS DEL VI PAR CRANEAL  
NO POSIBILIDAD DE TERAPIA POR DAÑO NERVIOSO  
VALORADO POR OFTALMOLOGIA DRA ALEJANDRA ARIAS QUIEN INDICA REPOSO ABSOLUTO  
PACIENTE REFIERE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL DE PREDOMINIO DERECHO.  
PENDIENTE : CALIFICACION POR PARTE DE MEDICINA LABORAL

\*\*\*\*\*TRABAJA: TERRANOVA - MANEJA CAMION\*\*\*\*\*

**AP NEGATIVOS**

<b>ANTECEDENTES</b>	
Quirurgicos	NO REFIERE
Patologicos	NO REFIERE
Medicos	NO REFIERE
Traumaticos/Ortopedicos	TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON SECUELAS DE OFTALMOPLEJIA TOTAL
Familiares	NO REFIERE
Alergias	NO REFIERE
Laborales	NO REFIERE
Habitos	NO REFIERE
Hospitalizaciones	NO REFIERE
Andrologicos	NO REFIERE
Otros	
<b>REVISION POR SISTEMA</b>	
Fiebre	NO REFIERE
Cambios de Peso	NO REFIERE
Malestar General	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE
Alteracion en el Apetito	NO REFIERE
Anorexia	NO REFIERE
Sudoracion Nocturna	NO REFIERE
Alteraciones del Sueño	NO REFIERE
Alteraciones	NO REFIERE
Ojos	LO DESCRITO EN HC
ORL	NO REFIERE
Cardiovascular	NO REFIERE
Respiratorio	NO REFIERE
Digestivo	NO REFIERE
Genito Urinario	NO REFIERE
Endocrino	NO REFIERE



**IPS  
FUNDACION PROPAL**

PUERTO TEJADA - CAUCA  
Carrera 26 Calle 13 Tel.: (092) 828 3028 / 3647 Fax: (092) 828 2083  
E-mail: info@fundacionpropal.org www.fundacionpropal.org

**HISTORIA CLINICA  
No. 1130946150**

Continua.....

Hematologico/Inmunologico	NO REFIERE
Piel	NO REFIERE
Neurologico	NO REFIERE
Otros	
<b>EXAMEN FISICO</b>	
Signos Vitales	Presion Arterial :110/70    Temperatura :36.7    IMC : 21.9100000 Frecuencia Cardiaca :80    Peso (Kg) :71    Perimetro Abdominal : Frecuencia Respiratoria :20    Talla (Cms/Mts) :1.80
Estado General	ALERTA AFEBRIL HIDRATADO SIN SDR SIN SIRS DEAMBULANDO
Cabeza	NORMOCEFALICO, SIN MASAS
Cara	SIN ALTERACIONES
Ojos	ESTRAVISMO - HIPEREMIA CONJUNTIVAL EPIFORA NO SECRECION PIFR
Oidos	SE OMITI
Nariz	SE OMITI
Orofaringe	SE OMITI
Boca	SE OMITI
Cuello	SE OMITI
Torax	SE OMITI
Corazon	SE OMITI
Pulmones	SE OMITI
Abdomen	SE OMITI
Genitourinario	SE OMITI
Perine/Ano	SE OMITI
Osteoarticular	SE OMITI
Linfaticos	SE OMITI
Neurologico	SE OMITI
Piel/Faneras	SE OMITI
Otros	
DIAGNOSTICO	Dx Ppal : H493 OFTALMOPLEJIA TOTAL (EXTERNA) Dx Rel 1: Dx Rel 2: Dx Rel 3:
CONDUCTAS	INCAPACIDAD SE DA INCAPACIDAD Desde 29-JUL-2017 Hasta 27-AGO-2017 PRORROGA
EVOLUCION	PACIENTE CON AP: ACC TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON PARALISIS DE VI PAR CRANEAL - N ERVIO MOTOR OCULAR EXTERNO CON EXTRAVISMO CONVERGENTE PARALISIS OCULOMOTORA // CIRUGIA DE ESTRAVISMO CON RETROINSERCCION DE AMBOS RECTOS MEDIOS Y TRANSPOSICION DE RECTO SUPERIOR A RECTO LATERAL DE AMBOS OJOS DX: ATROFIA OPTICA + PARALISIS DEL VI PAR CRANEAL NO POSIBILIDAD DE TERAPIA POR DAÑO NERVIOSO VALORADO POR OFTALMOLOGIA DRA ALEJANDRA ARIAS QUIEN INDICA REPOSO ABSOLUTO PACIENTE REFIERE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL DE PREDOMINIO DERECHO.  *****TRABAJA: TERRANOVA - MANEJA CAMION*****  AP NEGATIVOS  VER EF EN HC  PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO SE DA PRORROGA DE INCACACIDAD X 30 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES YSIGNOS DE ALARMA EDUCACION A PACIENTE Y FAMILAR REFIRE ENTENDER



**IPS**  
**FUNDACION PROPAL**

PUERTO TEJADA - CAUCA  
Carrera 26 Calle 13 Tel.: (092) 828 3028 / 3647 Fax: (092) 828 2083  
E-mail: info@fundacionpropal.org www.fundacionpropal.org

## HISTORIA CLINICA

No. 1130946150

Continua.....

PACIENTE		SINTOMATICO DE PIEL (NO)	
		SINTOMATICO RESPIRATORIO (NO)	
<b>MEDICO QUE REALIZO LA ATENCION:</b>		Dra CUCALON GOMEZ LEONOR	
<b>REGISTRO MEDICO:</b> R.M. 1910198  <i>Leonora Gomez</i> LEONOR CUCALON GOMEZ MEDICO GENERAL PM 1910198 USM	<b>CONSULTORIO:</b>	10	
	<b>ESPECIALIDAD:</b>	MEDICINA GENERAL	
	<b>Fecha de Consulta :</b>	29-JUL-2017	
	<b>FECHA Y HORA DE IMPRESION</b>	29-JUL-2017	08:41:46

# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

No. 0050519

Diligencie completamente la solicitud de forma legible, clara y sin enmendaduras

Fecha de solicitud  Ciudad: \_\_\_\_\_

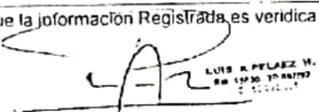
## 1. INFORMACION DEL COTIZANTE

Tipo Documento	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	No:	1130946150
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
REYES	ITUYAN	DIEGO	ARMANDO			

## 2. INFORMACION SOBRE LA INCAPACIDAD

Tipo Contingencia:	Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Enfermedad General <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de Maternidad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EVENTO SOAT	
Clase Atencion:	Ambulatoria Efectiva <input checked="" type="checkbox"/>	Ambulatoria Urgencias <input type="checkbox"/>	Ambulatoria Quirúrgica <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Efectiva <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Urgencias <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Quirúrgica <input type="checkbox"/>
Diagnósticos y Dias de Incapacidad:	DIAGNOSTICOS FRECUENTES					
<input type="checkbox"/> M545 (3) <input type="checkbox"/> J029 (2) <input type="checkbox"/> N390 (3) <input type="checkbox"/> J00X (3) <input type="checkbox"/> R51X (2) <input type="checkbox"/> H669 (3) <input type="checkbox"/> S525 (30) <input type="checkbox"/> S501 (3) <input type="checkbox"/> S934 (20) <input type="checkbox"/> O470 (10) <input type="checkbox"/> A90X (3) <input checked="" type="checkbox"/> H493 (3)						
<input type="checkbox"/> A09X (2) <input type="checkbox"/> J311 (2) <input type="checkbox"/> J039 (2) <input type="checkbox"/> G441 (2) <input type="checkbox"/> J019 (3) <input type="checkbox"/> H109 (3) <input type="checkbox"/> S400 (3) <input type="checkbox"/> S835 (20) <input type="checkbox"/> O200 (15) <input type="checkbox"/> N760 (5) <input type="checkbox"/> B349 (3)						
DIAGNOSTICOS QUIRURGICOS						
<input type="checkbox"/> H101(15) <input type="checkbox"/> H269(30) <input type="checkbox"/> T028(30) <input type="checkbox"/> M751(30) <input type="checkbox"/> D259(25) <input type="checkbox"/> K808(20) <input type="checkbox"/> N971(7) <input type="checkbox"/> N46X(7) <input type="checkbox"/> N819(15) <input type="checkbox"/> L600(5) <input type="checkbox"/> _____ (3)						
<input type="checkbox"/> K409(20) <input type="checkbox"/> K359(20) <input type="checkbox"/> G560(15) <input type="checkbox"/> I848(15) <input type="checkbox"/> K810(20) <input type="checkbox"/> I878(5) <input type="checkbox"/> I868(20) <input type="checkbox"/> M238(20) <input type="checkbox"/> J343(15) <input type="checkbox"/> O069(28) <input type="checkbox"/> _____ (3)						
Fecha de Inicio	<input type="text" value="28/08/2017"/>	Fecha de Fin	<input type="text" value="29/08/2017"/>	Prorroga	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

## 3. INFORMACION DE LA IPS Y DEL MEDICO

Nombre de la IPS:	IPS FUNDACION PRONAL	Nombre del Médico:	PELAEZ HERNANDEZ LUIS	C.C.:	
Certifico que la información Registrada es verídica y libre de ser confirmada			Al firmar como cotizante acepto las condiciones impuestas para mi recuperacion		
Firma y Sello del Médico Tratante		Código	Firma del Cotizante		
		R. M. 18630			



**IPS  
FUNDACION PROPAL**

PUERTO TEJADA - CAUCA  
Carrera 26 Calle 13 Tel.: (092) 828 3028 / 3647 Fax: (092) 828 2083  
E-mail: info@fundacionpropal.org www.fundacionpropal.org

## HISTORIA CLINICA

**No.** 1130946150

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	REYES ITUYAN DIEGO ARMANDO	Documento No.	1130946150
Fecha de Nacimiento	24/08/1989	Edad	28 años, 0 meses y 4 días
Direccion	VEREDA LA PRIMAVERA	Sexo	Masculino
Estado Civil		Telefono	3104280929
		Ocupacion	CHOFER
EPS SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD		ENTIDAD : S.O.S. CAPITACION	

### MOTIVO DE CONSULTA

Fecha de Consulta : 28/08/2017 03:29 22 PM

SE ME TERMINO LA INCAPACIDAD

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON INCAPACIDAD PROLONGADA CON ANTECEDENTE DE TRSUMA CRANEOEN;CEFALICO CON PARALISIS DEL VIU PAR CRANEAL NERVIIO MOTOR OCULAR EXTERNO CON ESTRAVISMÓ COMVERGENTE Y PARALISIS OCULOMOTORA

### ANTECEDENTES

Quirurgicos	NO REFIERE
Patologicos	NO REFIERE
Medicos	NO REFIERE
Traumaticos/Ortopedicos	TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON SECUELAS DE OFTALMOPLAJIA TOTAL
Familiares	NO REFIERE
Alergias	NO REFIERE
Laborales	NO REFIERE
Habitos	NO REFIERE
Hospitalizaciones	NO REFIERE
Andrologicos	NO REFIERE
Otros	

### REVISION POR SISTEMA

Fiebre	
Cambios de Peso	
Malestar General	
<b>OSTEOMUSCULAR</b>	
Alteracion en el Apetito	
Anorexia	
Sudoracion Nocturna	
Alteraciones del Sueño	
Alteraciones	
Ojos	
<b>ORL</b>	
Cardiovascular	
Respiratorio	
Digestivo	
Genito Urinario	
Endocrino	
Hematologico/Inmunologico	
Piel	
Neurologico	
Otros	

### EXAMEN FISICO

Signos Vitales	Presion Arterial 120/80	Temperatura 37	IMC 22.8600000
	Frecuencia Cardíaca 80	Peso (Kg) 70	Perimetro Abdominal 0
	Frecuencia Respiratoria 18	Talla (Cms/Mts) 1.75	

Estado General



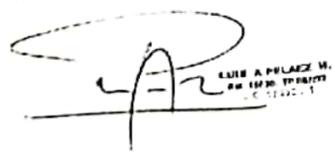
**IPS  
FUNDACION PROPAL**

**PUERTO TEJADA - CAUCA**  
Carrera 26 Calle 13 Tel. (092) 828 3028 / 3647 Fax (092) 828 2083  
E-mail: info@fundacionpropal.org www.fundacionpropal.org

**HISTORIA CLINICA**  
**No. 1130946150**

Continua.....

Cabeza	NORMOCEFALICO, SIN MASAS
Cara	SIN ALTERACIONES
Ojos	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, NI ICTERICIA, NI HEMORRAGIAS
Oidos	MEMBRANA TIMPANICA PERLADA, NO SECRECIONES
Nariz	TABIQUE CENTRAL COANAS PERMEABLES, CORNETE MEDIO EUTROFICOS
Orofaringe	UVULA CENTRAL, PALADAR SIN ALTERACIONES, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN PLACAS
Boca	LABIOS SIN LESIONES, LENGUA SIN LESIONES
Cuello	CILINDRICO, SIN MASAS, SIN ADENOPATIAS, TIROIDES EUTROFICA, SIMETRICA Y MOVIL
Torax	SIMETRICO, SIN TIRAJES
Corazon	RUIDOS RITMICOS REGULARES, DE BUEN TIMBRE, SIN SOPLOS, SIN CABALGAMIENTOS
Pulmones	MURMULLO VESICULAR LIMPIO, PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREGREGADOS
Abdomen	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Genitourinario	NORMOCONFIGURADO, SIN LESIONES
Perine/Ano	ZONA PERINEAL SIN ALTERACIONES
Osteoarticular	EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES, AMAS CONSERVADOS, ROT NORMALES
Linfaticos	NO ADENOMEGALIAS
Neurologico	GLASGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZACIONES
Piel/Faneras	SIN LESIONES
Otros	
DIAGNOSTICO	Dx Ppal : H493 OFTALMOPLEJIA TOTAL (EXTERNA) Dx Rel 1 : Dx Rel 2 : Dx Rel 3 :
CONDUCTAS	INCAPACIDAD SE DA INCAPACIDAD Desde 28-AGO-2017 Hasta 29-AGO-2017 PRORROGA
PACIENTE	SINTOMATICO DE PIEL (NO) SINTOMATICO RESPIRATORIO (NO)

<b>MEDICO QUE REALIZO LA ATENCION:</b>	Dr. PELAEZ HERNANDEZ LUIS ALONSO	
<b>REGISTRO MEDICO:</b> R.M. 18630	<b>CONSULTORIO:</b>	07
 <small>LUIS A. PELAEZ M. DR. EN MEDICINA GENERAL C. 1000001</small>	<b>ESPECIALIDAD:</b>	MEDICINA GENERAL
	<b>Fecha de Consulta :</b>	28-AGO-2017
	<b>FECHA Y HORA DE IMPRESION</b>	28-AGO-2017 15:34:45

# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

No. 0050576

Diligencie completamente la solicitud de forma legible, clara y sin enmendaduras

Fecha de solicitud

Ciudad: \_\_\_\_\_

## 1. INFORMACION DEL COTIZANTE

Tipo Documento	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PAS. <input type="checkbox"/>	No:	1130946150
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
REYES	ITUYAN	DIEGO	ARMANDO			

## 2. INFORMACION SOBRE LA INCAPACIDAD

Tipo Contingencia:	Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Enfermedad General <input type="checkbox"/>	Licencia de Maternidad <input checked="" type="checkbox"/>	EVENTO SOAT <input type="checkbox"/>						
Clase Atencion:	Ambulatoria Efectiva <input checked="" type="checkbox"/>	Ambulatoria Urgencias <input type="checkbox"/>	Ambulatoria Quirúrgica <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Efectiva <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Urgencias <input type="checkbox"/>	Hospitalaria Quirúrgica <input type="checkbox"/>					
Diagnósticos y Días de Incapacidad:	DIAGNOSTICOS FRECUENTES										
<input type="checkbox"/> M545 (3)	<input type="checkbox"/> J029 (2)	<input type="checkbox"/> N390 (3)	<input type="checkbox"/> J00X (3)	<input type="checkbox"/> R51X (2)	<input type="checkbox"/> H669 (3)	<input type="checkbox"/> S525 (30)	<input type="checkbox"/> S501 (3)	<input type="checkbox"/> S934 (20)	<input type="checkbox"/> O470 (10)	<input type="checkbox"/> A90X (3)	<input checked="" type="checkbox"/> H493 (3)
<input type="checkbox"/> A09X (2)	<input type="checkbox"/> J311 (2)	<input type="checkbox"/> J039 (2)	<input type="checkbox"/> G441 (2)	<input type="checkbox"/> J019 (3)	<input type="checkbox"/> H109 (3)	<input type="checkbox"/> S400 (3)	<input type="checkbox"/> S835 (20)	<input type="checkbox"/> O200 (15)	<input type="checkbox"/> N760 (5)	<input type="checkbox"/> B349 (3)	
DIAGNOSTICOS QUIRURGICOS											
<input type="checkbox"/> H101(15)	<input type="checkbox"/> H269(30)	<input type="checkbox"/> T028(30)	<input type="checkbox"/> M751(30)	<input type="checkbox"/> D259(25)	<input type="checkbox"/> K808(20)	<input type="checkbox"/> N971(7)	<input type="checkbox"/> N46X(7)	<input type="checkbox"/> N819(15)	<input type="checkbox"/> L600(5)	<input type="checkbox"/> _____ (3)	
<input type="checkbox"/> K409(20)	<input type="checkbox"/> K359(20)	<input type="checkbox"/> G560(15)	<input type="checkbox"/> I848(15)	<input type="checkbox"/> K810(20)	<input type="checkbox"/> I878(5)	<input type="checkbox"/> I868(20)	<input type="checkbox"/> M238(20)	<input type="checkbox"/> J343(15)	<input type="checkbox"/> O069(28)	<input type="checkbox"/> _____ (3)	
Fecha de Inicio	<input type="text" value="30/08/2017"/>	Fecha de Fin	<input type="text" value="28/09/2017"/>	Prorroga	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					

## 3. INFORMACION DE LA IPS Y DEL MEDICO

Nombre de la IPS:	IPS FUNDACION PROPAL	Nombre del Médico:	CUCALON GOMEZ LEONOR	C.C.:	1130608200
Certifico que la informacion Registrada es verdadera y libre de ser confirmada	Al firmar como cotizante acepto las condiciones impuestas para mi recuperacion				
	R.M. 1910198				
Firma y Sello del Médico Tratante	Código	Firma del Cotizante			

NOTA: 1: Documento no válido para descuento en planillas de autoliquidacion de aportes, favor acercarse a S.O.S. para su liquidacion.  
2: La solicitud de licencia de maternidad requiere el certificado de nacido vivo, favor solicitarlo a su médico y adjuntarlo para su respectivo tramite.



**HISTORIA CLINICA**

**No.** 1130946150

**DATOS DE IDENTIFICACION**

<b>Nombre</b>	REYES ITUYAN DIEGO ARMANDO	<b>Documento No.</b>	1130946150
<b>Fecha de Nacimiento</b>	24/08/1989	<b>Edad</b>	28 años, 0 meses y 6 días
<b>Dirección</b>	VEREDA LA PRIMAVERA	<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Estado Civil</b>		<b>Telefono</b>	3104280929
		<b>Ocupación</b>	CHOFER
<b>EPS</b> SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD		<b>ENTIDAD</b> : S.O.S. CAPITACION	
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>		<b>Fecha de Consulta</b> : 30/08/2017 10:35:09 AM	

POR INCAPACIDAD

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE CON CUADRO DESCRITO ANTERIORMENTE:  
(ACC TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON PARALISIS DE VI PAR CARNEAL - N ERVIO MOTOR OCULAR EXTERNO CON EXTRAVISMO CONVERGENTE PARALISIS OCULOMOTORA // CIRUGIA DE ESTRAVISMO CON RETROINSERCCION DE AMBOS RECTOS MEDIOS Y TRANSPOSICION DE RECTO SUPERIOR A RECTO LATERAL DE AMBOS OJOS)  
DX: ATROFIA OPTICA + PARALISIS DEL VI PAR CRANEAL  
NO POSIBILIDAD DE TERAPIA POR DAÑO NERVIOSO  
VALORADO POR OFTALMOLOGIA DRA ALEJANDRA ARIAS QUIEN INDICA REPOSO ABSOLUTO  
PACIENTE REFIERE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL DE PREDOMINIO DERECHO.  
PENDIENTE : CALIFICACION POR PARTE DE MEDICINA LABORAL LA CUAL ESTA EN TRAMITE

\*\*\*\*\*TRABAJA: TERRANOVA - MANEJA CAMION\*\*\*\*\*

**AP NEGATIVOS**

<b>ANTECEDENTES</b>	
Quirurgicos	NO REFIERE
Patologicos	NO REFIERE
Medicos	NO REFIERE
Traumaticos/Ortopedicos	TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON SECUELAS DE OFTALMOPLEJIA TOTAL
Familiares	NO REFIERE
Alergias	NO REFIERE
Laborales	NO REFIERE
Habitos	NO REFIERE
Hospitalizaciones	NO REFIERE
Andrológicos	NO REFIERE
Otros	
<b>REVISION POR SISTEMA</b>	
Fiebre	NO REFIERE
Cambios de Peso	NO REFIERE
Malestar General	NO REFIERE
<b>OSTEOMUSCULAR</b>	NO REFIERE
Alteracion en el Apetito	NO REFIERE
Anorexia	NO REFIERE
Sudoracion Nocturna	NO REFIERE
Alteraciones del Sueño	NO REFIERE
Alteraciones	NO REFIERE
Ojos	NO REFIERE
ORL	NO REFIERE
Cardiovascular	NO REFIERE
Respiratorio	NO REFIERE
Digestivo	NO REFIERE
Genito Urinario	NO REFIERE
Endocrino	NO REFIERE



**HISTORIA CLINICA**  
**No. 1130946150**

Continua.....

Hematologico/Inmunologico	NO REFIERE
Piel	NO REFIERE
Neurologico	NO REFIERE
Otros	
<b>EXAMEN FISICO</b>	
Signos Vitales	Presion Arterial :120/70 Temperatura :36.7 IMC : 22.8600000 Frecuencia Cardiaca :78 Peso.(Kg) :70 Perimetro Abdominal : Frecuencia Respiratoria :19 Talla (Cms/Mts) :1.75
Estado General	ALERTA AFEBRIL HIDRATADA SIN SDR SIN SIRS DEAMBULANDO
Cabeza	NORMOCEFALICO, SIN MASAS
Cara	SIN ALTERACIONES
Ojos	EXTRAVISMO CONVERGENTE
Oidos	MEMBRANA TIMPANICA PERLADA, NO SECRECIONES
Nariz	TABIQUE CENTRAL, COANAS PERMEABLES, CORNETE MEDIO EUTROFICOS
Orofaringe	UVULA CENTRAL, PALADAR SIN ALTERACIONES, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN PLACAS.
Boca	LABIOS SIN LESIONES, LENGUA SIN LESIONES
Cuello	CILINDRICO, SIN MASAS, SIN ADENOPATIAS, TIROIDES EUTROFICA, SIMETRICA Y MOVIL
Torax	SIMETRICO, SIN TIRAJES
Corazon	RUIDOS RITMICOS REGULARES, DE BUEN TIMBRE, SIN SOPLOS, SIN CABALGAMIENTOS
Pulmones	MURMULLO VESICULAR LIMPIO, PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREGREGADOS
Abdomen	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Genitourinario	SE OMITE
Perine/Ano	SE OMITE
Osteoarticular	EXTREMIDADES SIMETRICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, PULSOS PRESENTES, AMAS CONSERVADOS, ROT NORMALES
Linfaticos	NO ADENOMEGALIAS
Neurologico	GLASGOW 15/15 NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO FOCALIZACIONES
Piel/Faneras	SE OMITE
Otros	
<b>DIAGNOSTICO</b>	Dx Ppal : H493 OFTALMOPLEJIA TOTAL (EXTERNA) Dx Rel 1: Dx Rel 2: Dx Rel 3:
<b>CONDUCTAS</b>	INCAPACIDAD SE DA INCAPACIDAD Desde 30-AGO-2017 Hasla 28-SEP-2017 PRORROGA
<b>EVOLUCION</b>	PACIENTE CON CUADRO DESCRITO ANTERIORMENTE: (ACC TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO CON PARALISIS DE VI PAR CARNEAL - N ERVIO MOTOR OCULAR EXTERNO CON EXTRAVISMO CONVERGENTE PARALISIS OCULOMOTORA // CIRUGIA DE ESTRAVISMO CON RETROINSERCCION DE AMBOS RECTOS MEDIOS Y TRANSPOSICION DE RECTO SUPERIOR A RECTO LATERAL DE AMBOS OJOS) DX: ATROFIA OPTICA + PARALISIS DEL VI PAR CRANEAL NO POSIBILIDAD DE TERAPIA POR DAÑO NERVIOSO VALORADO POR OF TALMOLOGIA DRA ALEJANDRA ARIAS QUIEN INDICA REPOSO ABSOLUTO PACIENTE REFIERE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL DE PREDOMINIO DERECHO. PENDIENTE : CALIFICACION POR PARTE DE MEDICINA LABORAL LA CUAL ESTA EN TRAMITE  *****TRABAJA TERRANOVA - MANEJA CAMION*****  AP NEGATIVOS  VER EF EN HC



**IPS**  
**FUNDACION PROPAL**

**PUERTO TEJADA - CAUCA**  
Carrera 26 Calle 13 Tel.: (092) 828 3028 / 3647 Fax: (092) 828 2083  
E-mail: info@fundacionpropal.org www.fundacionpropal.org

**HISTORIA CLINICA**  
**No. 1130946150**

Continua.....

EVOLUCION	PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO: SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD X 30 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EDUCACION A PACIENTE Y MADRE: REFIERE ENTENDER
PACIENTE	SINTOMATICO DE PIEL (NO)
SINTOMATICO RESPIRATORIO (NO)	

<b>MEDICO QUE REALIZO LA ATENCION:</b>	Dra CUCALON GOMEZ LEONOR	
<b>REGISTRO MEDICO:</b> R.M. 1910198	<b>CONSULTORIO:</b>	10
 LEONOR CUCALON GOMEZ MEDICO GENERAL RM 1910198 FUSM	<b>ESPECIALIDAD:</b>	MEDICINA GENERAL
	<b>Fecha de Consulta :</b>	30-AGO-2017
<b>FECHA Y HORA DE IMPRESION</b>		30-AGO-2017 10:46:57


 FECHA DE NACIMIENTO: 24-AGO-1989  
 SANTANDER DE QUILICHAO  
 (CAUCA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
 1.76 AB+ M  
 ESTATURA G S RH SEXO  
 07-SEP-2007 VILLA RICA  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
 REGISTRO NACIONAL  
 JURISDICCION DE LA VILLA

INDICE DERECHO



P-1100900-38105251-M-1130046150-20071129 0144207333A 02 278908804

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA  
 7.130.046.150

Nombres:  
 REYES ITUYAN  
 APELLIDOS  
 DIEGO ARMANDO  
 Firma:  
 DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN



TITULO



Programa  
**SERVICIOS DE TRÁNSITO**  
de la Secretaría de Tránsito y Transporte  
Municipal de Santiago de Cali

29

MWU241 - Pág 1 de 2

**SECRETARIA DE TRANSITO Y TRANSPORTE  
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**

Santiago de Cali, 9 de Febrero de 2017

OFICIO No. UL 00223578

**SEÑORES**

**FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN  
FISCALIA DELEGADA ANTE EL JUZGADO  
PENAL MUNICIPAL DE PUERTO-TEJADA  
ATN. ANGEL DAVID PALACIOS MOSQUERA  
ASISTENTE DE FISCAL I  
CALLE 21 # 18-62 PISO 1°  
PUERTO-TEJADA CAUCA**

**REFERENCIA: SOLICITUD CERTIFICADO DE TRADICIÓN**

El vehículo de placas **MWU241** tiene las siguientes características:

Clase:	AUTOMOVIL	Serie:	9GASA58M7DB041207
Marca:	CHEVROLET	Chasis	9GASA58M7DB041207
Carrocería:	SEDAN	Cilindraje:	1399
Línea:	SAIL	Toneladas:	0
Color:	ROJO VELVET	Pasajeros:	5
Modelo:	2013	Servicio:	PARTICULAR
Motor:	LCU*121890206*	Afiliado a:	
Estado vehículo:	Activo	F. Ingreso:	24/01/2013
Aduana:	BOGOTA (DISTRITO CAPITAL)	Manifiesto:	32012001400682
		Fecha:	28/09/2012

Certificado de movilización 333919, 01/2013

**PIGNORACIONES**

24/01/2013 a favor de: CHEVYPLAN S A Tipo de Alerta: PRENDA

VEHICULO NO TIENE FIDEICOMISOS REGISTRADAS.

NO TIENE PENDIENTES JUDICIALES REGISTRADOS

**PROPIETARIO ACTUAL**

DADIER ENRIQUE OLIVEROS ESTUPIZAN con N° 94508024, CR 4C 45 A 29 de CALI, tel.0000000,

**Contrato Interadministrativo Municipio de Santiago de Cali (STTM) - CDAV LTDA.**

**CALI: Salomía: Calle 56 No. 3-45**

**Sameco: Centro de Diagnóstico Automotor del Valle Calle 70 No. 3BN-200 • Centro Comercial Aventura Plaza: Local 204**

**Centro Comercial Carrera: Calle 52 No. 1B-160 Local 113 • BOGOTÁ: Carrera 13 No. 96-82 Of. 302**

**Contact Center: 445 9000**

30



**Programa  
SERVICIOS DE TRÁNSITO**  
de la Secretaría de Tránsito y Transporte  
Municipal de Santiago de Cali

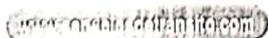
MWU241 - Pág 2 de 2

celular:3146192207

LA INFORMACION ES LA QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS DEL PROGRAMA  
SERVICIOS DE TRANSITO AL MOMENTO DE LA FECHA Y HORA DE EXPEDICION

STELLA SALAZAR TORO

**ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHONES Y/O ENMENDADURAS**  
**SEDE PRINCIPAL SALOMIA Calle 56 No. 3-45 PBX: 429 19 55 Santiago de Cali**



**Contrato Interadministrativo Municipio de Santiago de Cali (STTM) - CDAV LTDA.**

**CALI: Salomia: Calle 56 No. 3-45**

**Sameco: Centro de Diagnóstico Automotor del Valle Calle 70 No. 3BN-200 • Centro Comercial Aventura Plaza: Local 204**

**Centro Comercial Carrera: Calle 52 No. 1B-160 Local 113 • BOGOTÁ: Carrera 13 No. 96-82 Of. 302**

**Contact Center: 445 9000**

	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FCN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 1 de 14

Departamento Cauca Municipio Villa Rica Fecha 2021/04/30 Hora:

1. Código único de la investigación:

<b>19</b>	<b>573</b>	<b>60</b>	<b>00631</b>	<b>2016</b>	<b>00954</b>
Lpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

2. Delitos:

Delito	Artículo
LESIONES CULPOSAS	ART. 120 CP

3. \*Datos del imputado(s)/acusado(s) y defensa:

ACUSADO												
Tipo de documento:	C.C.	Pas.	C.E.	Otro	No.	1.086.194.579						
Expedido	País: COLOMBIA		Departamento: NARIÑO			Municipio: SANTA BARBARA						
Primer Nombre	SILVIO			Segundo Nombre		ALENIO						
Primer Apellido	OLIVEROS			Segundo Apellido		SANCHEZ						
Fecha de Nacimiento	Día	10	Mes	12	Año	1988	Edad	31	Sexo	MASCULINO		
Lugar de Nacimiento												
País	COLOMBIA		Departamento			NARIÑO			Municipio			SANTA BARBARA
Alias o apodo	N/A			Profesión u ocupación								
Nombre de la madre				Apellidos								
Nombre del padre				Apellidos								
Rasgos Físicos												
Estatura	1.68	Color de piel	TRIGUENA		Contextura	GRUESA		Limitaciones físicas				
Otras características físicas (cicatrices, tatuajes, deformación, amputación, etc.).												
Lugar de residencia												
Dirección	CRA 33 A # 34 B-14				Barrio							
Municipio	CALI		Departamento			VALLE			Teléfono			313-536-0498
Correo Electrónico			silvooliveros@gmail.com									

\* DATOS DE LA DEFENSA

Tiene asignado defensor?	NO	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Público</u>	Privado	XXX	LT	TP No. 238 026				
Tipo de documento:	C.C.	X	Pas.	C.E.	Otro	No.	76.043 886					
Expedido en	Departamento			CAUCA			Municipio: PUERTO TEJADA					
Nombres:	IVER ANDRES				Apellidos: SANCHEZ KLINGER							
Lugar de notificación												
Dirección:	CARRERA 28 # 22-38				Barrio:		LOS SAUCES					
Departamento:	CAUCA			Municipio: PUERTO TEJADA								
Teléfono:	301-386-9130			Correo electrónico:				kamiloklin18@hotmail.com				

 <b>FISCALÍA</b> GENERAL DE LA NACIÓN	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 2 de 14

#### 4. Datos de la víctima (s) y apoderado (s)

VICTIMA 1										
Tipo de documento:	C.C.		Pas.		C.E.		Otro		No.	1.130.946.150
Expedido	Departamento:			Cauca			Municipio:	Villa Rica		
Nombres:	DIEGO ARMANDO				Apellidos:	REYES IYUTAN				
Lugar de residencia										
Dirección:	VEREDA LA PRIMAVERA				Barrio:	3 casas antes de la 1° barra				
Departamento:	CAUCA				Municipio:	VILLA RICA				
Teléfono:	314-886-8784		313-349-0750		Correo electrónico:	blancaiyutan7@gmail.com				
DATOS APODERADOS DE LA VICTIMA										
Nombres:	LILIAN YADIRA				Apellidos:	BENITEZ GONZALEZ				
C.C.	29.350.999		T.P.	126.489		Dirección	CARRERA 20 # 14-17 B/ LAS 2 AGUAS			
Departamento:	CAUCA				Municipio:	PUERTO TEJADA				
Teléfono:	311-300-3119				Correo electrónico:	lilo0324@gmail.com				

Previamente a cualquier consideración, la Fiscal Delegada advirtió a los imputados/acusados, en presencia de su defensor, los derechos y garantías fundamentales que les asisten y que se hallan consagrados en el Artículo 8° del Código de Procedimiento Penal. Después de hacer una lectura de la disposición en cita se les explicaron los alcances de la autoincriminación, del derecho a tener un juicio público, oral, contradictorio, concentrado, imparcial, con inmediación de las pruebas y sin dilaciones injustificadas, y de las consecuencias de renunciar a ellos al hacer alegaciones de culpabilidad por virtud de un preacuerdo.

Así mismo les informó que de hacerlo, como único beneficio como contraprestación, dentro del marco de la naturaleza premial del procedimiento penal con tendencia acusatoria, obtendrán que se tipifique de otra forma la conducta, con el propósito de aminorar la pena, eventos en los cuales no habrá lugar a ninguna otra rebaja. Finalmente se les advirtió que en ningún caso tendrán valor probatorio alguno las conversaciones que se adelanten con el propósito de este preacuerdo.

Acto seguido procede a exponer los siguientes:

#### 5. Hechos:

Mediante querrela interpuesta por la Sra. BLANCA DORIS ITUYAN ASTUDILLO, da a conocer a la Fiscalía la ocurrencia del delito de LESIONES CULPOSAS, donde resultó lesionado su hijo DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN, en hechos ocurridos el 13 de Noviembre de 2016, en la Vereda La Primavera- municipio de Villa Rica, entrada a la Vereda Cabito; Según BLANCA DORIS cuando su hijo iba de regreso para la casa, frente de la fábrica de ladrillo iba subiendo un carro y el carro no espero e inmediatamente dio el giro, el carro iba en el sentido Puerto Tejada- Villa Rica, y su hijo venia en sentido Villa Rica – Puerto Tejada, cuando el carro le invadió el carril dando un giro brusco y colisionando con su hijo que venia en una motocicleta YAMAHA DT-125, de placa LFJ-67, modelo 1996.

 <b>FISCALÍA</b> GENERAL DE LA NACIÓN	PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN	Código: FGN-20-F-06
	ACTA DE PREACUERDO	Versión: 01 Página 3 de 14

Que el carro se estrelló y no paro ni nada, y se desvió por el motel vía hacia Cabito; como el carro empezó a votar liquido lo siguieron por el líquido y se le desprendió parte del carro lo iba dejando por la carretera y llegaron allá porque en la Vereda Cabito había un concierto en villa la torre y al lado habían colocado un parqueadero, ahí habían dejado el carro involucrado parqueado; su otro hijo JUAN MANUEL REYES fue que le tomo las fotos al carro y le hizo hasta un video que más adelante lo aportarán, hicieron llamar al dueño del vehículo, pero éste no apareció.

Ellos de inmediato llamaron a la Policía de Villa Rica, quienes dijeron que eso era zona roja que la guerrilla había amenazado y que no iban para allá, además que le pertenecía a Guachené y que llamaran allá; cuando amaneció fueron con su hijo Juan Manuel y el carro ya se lo habían llevado, el vigilante dijo que se habían ido a las cinco de la mañana el carro era un Chevrolet de color vino tinto, el carro tenía dañado la parte derecha del bomper y el capo, el carro es de placas MWU-241 placas de Cali y aparece a nombre de DADIER ENRIQUE OLIVEROS ESTUPIÑAN con CC. 94.508.024.

//Primer Reconocimiento Médico Legal a la víctima DIEGO ARMANDO REYES IYUTAN el 14 de Diciembre de 2016, EL LEGISTA concluye "accidente de tránsito con trauma craneo encefálico severo con compromiso neurológico que requirió hospitalización en unidad de cuidados intensivos, intubación orotraqueal con neumonía secundaria, herida compleja en cara con compromiso de lagrimal ojo derecho, heridas en miembros inferiores con heridas cicatrizadas ostensibles. Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Incapacidad médico legal PROVISIONAL SESENTA Y CINCO (65) días a partir de la fecha de los hechos. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; Deformidad física que afecta el rostro de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano sistema nervioso central de carácter por definir".

\*\*La Fiscalía realiza programa metodológico y orden a policía judicial, recibiendo respuesta el 23 de Diciembre de 2016, así:

//El 12 de Diciembre de 2016, entrevistan al Sr. JUAN MANUEL REYES ITUYAN, CC. 4.759.636 de Villa Rica, en la cual manifiesta que el día 13/11/2016, siendo las 21:30 horas, se encontraba en su casa de residencia ubicada en la Vereda La Primavera de Villa Rica, cuando llega un amigo de nombre ANDRES ROJAS quien le manifestó que su hermano DIEGO ARMANDO REYES, había sufrido un accidente por los lados de la ladrillera la Sultana de Villa Rica; al llegar al lugar observo una multitud de personas que se encontraban alrededor de el quien estaba en una zanja sin sentido y la motocicleta sobre el carril derecho ya que el venia de Villa Rica hacia la vereda la primavera, al ver que nadie lo auxiliaba lo saco de la zanja y paro un carro y lo traslado al centro de salud de Villa Rica.

Estando allí su amigo ANDRES ROJAS le informo que encontraron el vehículo en el centro recreacional Villa de las torres en Cabito- Guachené, lugar al que ingreso y observo un vehículo de placa **MWU-241** tipo automóvil, marca CHEVROLET SPART, color rojo, que se encontraba recientemente golpeado ya que estaba desprendido el bomper, la farola y la parte del capot hundida, que no puede reconocer a las personas que iban en el vehículo porque no lo presencio pero que la gente no lo alcanzo a mirar porque salió a toda velocidad dejando abandonado y mal herido a su hermano, aporta fotografías del vehículo involucrado en el accidente.

 <b>FISCALÍA</b> <small>GENERAL DE LA NACIÓN</small>	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 4 de 14

// Declaración del testigo ANDRES ROJAS BERMUDEZ, CC. 94.269.861 de Restrepo Valle, testigo de los hechos materia de investigación quien manifestó que el día 13/11/2016, él iba en su motocicleta hacia el municipio de Puerto Tejada y más adelante por el mismo carril derecho, con destino de Villarrica- hacia Puerto Tejada como a unos 10 metros, iba el señor DIEGO ARMANDO REYES en su motocicleta con destino su casa que queda en la Vereda la Primavera, y en sentido contrario Puerto Tejada Villarrica venia un automóvil por el carril que le corresponde y de un momento a otro dio la vuelta para devolverse y no vio que venía el señor DIEGO ARMANDO y lo impactó de tado, arrojándolo hacia la grama y este vehículo por un momento se detiene y arranca otra vez y cruza para tomar la respapada que conduce a la vereda el Cabito.

Al ver que había cometido la imprudencia de cruzar e invadir el carril por donde se desplazaba la motocicleta y atropellarlo, se voló del sitio, inclusive el como venía atrás lo que hizo fue esquivarlo porque si no, también lo atropella, como el carro alcanzó a parar lo que hizo fue tomarle una foto, trato de seguirlo, pero se devolvía porque el señor se metió por esa vía y lo que hizo fue llamar al hermano de la víctima, llamado MANUEL REYES para contarle lo sucedido, luego su hermano y lo monto en un carro y lo condujo hasta el hospital. La vía estaba en buen estado, seco no había llovido, buena señalización de tránsito y buena visibilidad, los hechos sucedieron en una recta larga.

El vehículo tipo automóvil crucó imprudentemente invadiendo el carril por donde se desplazaba la motocicleta y no colocó direccionales y dio la vuelta de una. Las imágenes se las paso a la familia del lesionado para que hicieran parte del proceso, después que se llevaron a DIEGO ARMANDO al hospital el testigo manifestó que se fue hacia la vereda cabito donde funciona un balneario en donde había un concierto al llegar le comento al vigilante lo que había pasado y este le manifestó que si había un carro con las características del accidente y que se encontraba adentro del establecimiento, pero nadie salió a dar la cara.

//El día 12 de Diciembre de 2016 en las Instalaciones de C.T.I de Puerto Tejada, hace entrega la señora BLANCA DORIS ITUYAN, fotografías de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito fotografía del vehículo de placas MWU-241, según fue el vehículo involucrado en este accidente. La señora BLANCA DORIS. hace entrega de un video fotográfico el cual se recibe embalado, rotulado y con cadena custodia y se ingresa al SPOA y reposara en el almacén de evidencias de la Fiscalía de esta localidad

//Se solicita certificado de tradición del vehículo de placa MWU-241, certificado emitido por la secretaria de tránsito y transporte de Cali en el cual se certifica que el propietario es el Sr. DADIER ENRIQUE OLIVEROS ESTUPIÑAN con C.C 94.508.024.

//El día 21 de Diciembre de 2015 siendo las 10.30 horas, se realiza desplazamiento hasta el sector de la vereda la primavera, el fin ubicar cámara de video que pudieran haber grabado el accidente de tránsito ocurrido el día 13 de noviembre de 2016, pero se verifica que en este sector no existen estos dispositivos de seguridad.

//Se realizan labores de vecindario por este tramo, pero las personas no recuerdan este accidente, manifestando que han ocurrido ya varios accidentes entre vehículos y motocicletas, que en muchos casos salen cuando ya han pasado los hechos.

 <b>FISCALÍA</b> GENERAL DE LA NACIÓN	PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN	Código: FGN-20-F-06
	ACTA DE PREACUERDO	Versión: 01 Página 5 de 14

//Segundo reconocimiento médico legal de 14 de Marzo de 2017, en el cual concluye que se trata de accidente de tránsito con trauma cráneo encefálico severo con compromiso neurológico que requirió hospitalización en unidad de cuidados intensivos, intubación orotraqueal con neumonía secundaria, herida compleja en cara con compromiso de lagrimal ojo derecho, heridas en miembros inferiores con heridas cicatrizadas ostensibles, entropía en ambos ojos y amnesia retrograda y anterógrada. Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Incapacidad médico legal DEFINITIVA CIENTO CUARENTA (140) Días a partir de la fecha de los hechos.

SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; Deformidad física que afecta el rostro de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano sistema nervioso central de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano sistema nervioso periférico de carácter permanente.

//El 15 de Marzo de 2017, se recibe denuncia penal de la víctima Sr. DIEGO ARMANDO REYES ITUYAN quien dice denunciar un accidente que ocurrió el día domingo cuando venia bajando de regreso para la casa y en frente de la ladrillera de la fábrica de ladrillo iba subiendo un carro y el carro no espero e inmediatamente dio el giro el carro iba en el sentido Puerto Tejada - villa rica y el viajaba en el sentido villa rica - puerto tejada cuando el carro le invadió el carril y dio un giro brusco colisionando la motocicleta de placas LFJ-67,DT Yamaha 125, MODELO 1996 en la que venía la víctima cuando el carro se estrelló no paro ni nada y se desvió por el motel vía hacia Cabito.

//Se realizó nuevo programa metodológico y orden a policía judicial la cual fue contestada en la fecha 26 de Abril de 2017, en la cual se realiza entrevista al Sr. ANDRES ROJAS BERMUDEZ como testigo directo de los hechos, y a JUAN MANUEL REYES, quien refirió que el testigo directo de los hechos fue el Sr. ANDRES ROJAS.

//El 25 de Abril de 2017 la Sra. BLANCA DORIS ITUYAN aporta a esta fiscalía conversaciones con los Sres. DADIER ENRIQUE ESTUPIÑAN Y SILVIO OLIVEROS los cuales son familia y al parecer involucrados en los hechos, en una ocasión el Sr. DADIER le manifestó que le había dicho el nombre de quien conducía el vehículo de su propiedad y que a él tampoco le estaba respondiendo.

//Por parte de Seguros Bolívar se recibe calificación de pérdida de capacidad laboral del Sr. DIEGO ARMANDO REYES el cual perdió el 54.82% a la fecha 28 de agosto de 2017.

//El 19 de Febrero de 2018 se presentan las partes a fin de realizar audiencia de conciliación la cual termino con un acta de no acuerdo conciliatorio donde la madre de la víctima manifestó que solicita la suma de \$70.000.000 por los daños y perjuicios que sufrió su hijo, pues quedo incapacitado para trabajar, era conductor de volqueta, la aseguradora Bolívar lo califico con porcentaje del 54.82% por tanto tiene derecho a la pensión de invalidez, teniendo como fondo COLFONDOS S.A, que su hijo parece un niño, el daño neurológico fue muy grave y ella debe cuidarlo permanentemente.

Por su parte el indiciado SILVIO OLIVEROS manifestó que el día del accidente iban dentro del vehículo DADIER ENRIQUE OLIVEROS (reside en santa Bárbara Nariño- trabaja en la Alcaldía), quien iba manejando el carro, GERARDO ESTUPIÑAN (Reside por la 14 de Calima en Cali, ahora está fuera del país en

 <b>FISCALÍA</b> GENERAL DE LA NACIÓN	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 6 de 14

Ecuador) iba de copiloto, DAVID CANDELO (reside en Cali. Celular: 310-463-8056), DAVID OBREGON (reside en Buenaventura) ellos dos iban en los asientos de atrás; y que el SILVIO OLIVEROS iba atrás lado derecho del carro. Que él no iba manejando, quien manejaba era DADIER, es primo en 3° grado, además que en ese momento no tenía propuesta para conciliar, no tiene recursos pero que DADIER si tiene forma, el carro está asegurado con la compañía Mundial de Seguros, por lo que se declara fracasada la audiencia.

//El 22 de Marzo de 2019 rinde declaración jurada el Sr. DAVID GILBERTO CANDELO GARCIA quien manifestó que el día 13 de Noviembre de 2016, cuando se dirigían a un concierto en la vereda Cabito del municipio de Guachené, por la vía Cali- Puerto- Villa Rica. textualmente expreso "El 13 de noviembre estábamos en la ciudad de Cali, mis amigos que se llaman SILVIO OLIVEROS SANCHEZ, DADIER OLIVEROS ESTUPIÑAN, DAVID OBREGÓN y yo, en el barrio donde vivimos ubicado en el norte de Cali, estábamos reunidos porque íbamos a salir para una finca ubicada en Villa Rica, ya que en esa finca había un concierto de salsa.

De Cali salieron como a eso de las siete de la noche más o menos, en el trayecto ya llegando a villa rica, en la vía oscura, sentimos que algo nos impactó en el carro, a los que sentimos el golpe en el carro Silvio que venía manejando para el carro y nos bajamos a ver qué era lo que había pasado, como estaba muy oscuro no vimos nada y seguimos hacia la finca, en la cual estuvimos sin contratiempos, como hasta las tres de la mañana más o menos, como a los dos días me llama DADIER propietario del carro, que una muchacha lo había notificado por Facebook, que el carro de él había accidentado aun muchacho en villa rica, eso fue lo que DADIER me conto.

Después de enterarnos de esto nos reunimos en varias ocasiones para afrontar el problema accidente, del cual hicimos una declaración en una notaría, eso es lo que se y tengo que decir del caso. Porque la fiscalía se comunica es con SILVIO, y él es el que está al tanto del tema, cuando hay sucede algo nuevo o hay una notificación SILVIO nos comunica.

Eso fue lo que sucedió, en el carro venían 5 personas SILVIO, DADIER, DAVID, GERARDO y él, Silvio venia como piloto, DADIER copiloto, él venía en la parte de atrás del lado ventana izquierdo GERARDO iba en el medio y DAVID en la ventana del lado derecho; el carro es de propiedad de DADIER ESTUPIÑAN P/ si el vehículo es de propiedad de DADIER ESTUPINAN, porque lo estaba conduciendo el señor SILVIO OLIVEROS C/ creo que DADIER para esos tiempos no tenía licencia para conducir vehículos automóviles, esa es mi versión, yo no les pregunte porque iban a manejar el uno o el otro.

Agrego, el joven accidentado porque anda en una vía tan peligrosa en una moto sin luces, aun sabiendo nosotros que es zona roja bajamos del carro para verificar que había ocurrido y como estaba de noche y no vimos nada decidimos continuar para evitar riesgos contra nuestra integridad.

//Declaración jurada el Sr. GERARDO ANTONIO ESTUPIÑAN identificado con C.C. 8.719.043. Quien manifestó "no me acuerdo de la fecha de lo ocurrido iban para un concierto en la Vereda Cabito, municipio de Guachené, P/ si el vehículo es de Dadier Oliveros, porque lo estaba conduciendo el señor Silvio Oliveros. C/ porque la verdad él es el que siempre le maneja el carro a DADIER. P/ Quien venia conduciendo el vehículo y que posiciones tenían dentro del vehículo ese día

	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 7 de 14

C/ Silvio Oliveros era el conductor Dadier Oliveros el copiloto, yo venía en el lado derecho parte de atrás y los otros dos al lado izquierdo mío, no recuerdo bien quien venía al lado mío. P/ sabe usted si alguno Había consumido bebidas alcohólicas antes de encontrarse para ir al concierto C/ no, la verdad yo venía ya dormido y los demás escuchando música cuando de repente sentí un golpe, no vi con que nos golpeamos porque estaba muy oscuro solo medio baje el vidrio mire pero por la oscuridad no se veía nada, P/ al sentir el golpe alguno se bajó del vehículo y cuanto duro el vehículo estacionado revisando si había ocurrido algo C/ yo solo baje el vidrio y no vi nada, no me fije si alguno de los demás se bajaron a verificar algo y el tiempo la verdad fue muy poco que nos quedamos allí porque no se veía nada de inmediato seguimos el camino para el concierto, llegamos pagamos entrada y seguimos normal.

P/ cuando ustedes llegan a su destino no le ven algún tipo de daño al vehículo C/ yo no vi nada solo abrí la puerta del carro pague mi boleta y entre al evento no me fije para nada en ese carro P/ es en qué momento usted se entera o escucha de que el vehículo en el cual se trasportaban usted y sus amigos el día del concierto había accidentado a una persona C/ yo no me había enterado y no estoy seguro de nada si la persona que están diciendo si se accidento con ese carro por que como digo yo no sé nada porque no vi nada P/ sus amigos no le han comentado algo de lo ocurrido ese día. C/ Pues me llevo una citación a la casa pero yo con ellos no me veo hace rato como repito no vi nada no sé nada".

//El 22 de Marzo de 2019, se realiza interrogatorio al indiciado SILVIO ALENIO OLIVEROS SANCHEZ quien manifestó no querer ser interrogado. ~~Este es uno de los derechos de los indiciados de guardar silencio.-~~

//El el 22 de Marzo de 2019, se realiza interrogatorio al indiciado DADIER ENRIQUE OLIVEROS ESTUPIÑAN quien manifestó que el pasado 13 de noviembre de 2016, en la vía Puerto tejada- Villa Rica, iban a un evento que había, "SILVIO OLIVEROS iba conduciendo, yo iba en el puesto de copiloto al lado de él, y atrás venía GERARDO ESTUPIÑAN, DAVID CANDELO y DAVID N, que me lo presentaron ese día, David dice que nos pasamos de la entrada para dónde íbamos, yo le digo a SILVIO que frene ,que pare y me pare de rodillas sobre mi asiento para mirar mejor atrás y le digo a SILVIO dele reversa que no viene nadie, y ahí fue cuando sentimos el movimiento y el golpe, nos chocaron.

Paramos, miramos por la ventana, David se bajó y miro por todas partes y como no vimos que nos chocó continuamos, nos dirigimos al evento en la finca Villa de las torres que queda en la misma vía y allí había un concierto, de ahí nos metimos a la finca y ya y cuando se acabó nos devolvimos para Cali. Me di cuenta a través de Facebook de una muchacha que me decía que me estaban buscando, por redes sociales pero nunca me contacte con ellos, yo lo que vine fue llegar a aquí a Cali y rendí declaración," manifestó además que la señora blanca Doris por ningún medio se contactó con el refiriéndole lo del accidente de tránsito.

\*\*El 01 de Marzo de 2021 se corrió el Traslado del Escrito de Acusación al indiciado SILVIO ALENIO OLIVEROS SANCHEZ, en presencia de su abogado defensor, quien NO ACEPTÓ CARGOS.-

\*\*El 04 de Marzo de 2021 se realizó la presentación del Escrito de Acusación y el Traslado ante la secretaría del JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL DE VILLA RICA, el cual se encuentra dentro del término de Ley.

	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 8 de 14

El hecho generador de la culpa fue por imprudencia e incumplimiento de las normales legales, del procesado señor SILVIO ALENIO OLIVEROS SANCHEZ, quien para la fecha de los hechos conducía vehículo automotor por la vía Puerto Tejada Villa Rica y a la altura de la Ladrillera La Sulfana, entrada a la Vereda Cabito, realizó un giro imprudente, invadió el carril contrario que llevaba la vía, sin cerciorarse que la vía la tenía el motociclista que venía de Villa Rica hacia Puerto Tejada, ocasionando el accidente de tránsito y sus consecuencias; AGRAVADO por el hecho de abandonar a la víctima en el sitio de los hechos y huir, sin ninguna justificación.

**7. Términos de la aceptación de culpabilidad por preacuerdo con la Fiscalía:** Antes de expresar los términos de la aceptación de culpabilidad por parte del SR. **SILVIO ALENIO OLIVEROS SÁNCHEZ, CC. 1.086.194.579 de Santa Bárbara (N)**, la Fiscalía quiere manifestar que el presente Preacuerdo se realiza con base en lo dispuesto por el Código de Procedimiento Penal, Libro III El Juicio, Título II Preacuerdos y Negociaciones entre la Fiscalía y el imputado o acusado.

Sea lo primero señalar que la Honorable Corte Constitucional, en varias oportunidades ha sometido a examen el título mencionado, uno de esos pronunciamientos es la Sentencia C-516 del 11 de julio de 2.007 M.P. Jaime Córdoba Triviño, donde sostuvo:

**3.5.1. La configuración de preacuerdos y acuerdos en la ley 906/ 2004**

Los artículos 348, 350, 351 y 352 objeto de examen hacen parte del título II del Libro III del Código de Procedimiento Penal denominado "*Preacuerdos y Negociaciones entre la Fiscalía y el imputado o acusado*", y se orientan a establecer la naturaleza, las finalidades, el objeto, la oportunidad, los niveles de intervención de los actores procesales, las consecuencias procesales y los controles respecto de esta institución.

En cuanto a la *naturaleza*, los preacuerdos y las negociaciones representan una vía judicial encaminada a la simplificación de los procesos mediante la supresión parcial o total del debate probatorio y argumentativo como producto del consenso entre las partes del proceso.

Los procesos abreviados basados en los preacuerdos y las negociaciones entre las partes involucradas, no son expresión de una renuncia al poder punitivo del Estado<sup>1</sup>, están guiados por el propósito de resolver de manera más expedita el conflicto penal mediante la aceptación, por parte del imputado o acusado de hechos que tengan relevancia frente a la ley penal y su renuncia libre, voluntaria e informada, al juicio oral y público, a cambio de un tratamiento jurídico y punitivo menos severo por parte del órgano jurisdiccional. No incorporan el ejercicio de un poder

<sup>1</sup> El artículo 250 de la Constitución establece que "la Fiscalía General de la Nación está obligada a adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querrela o de oficio, siempre y cuando medien suficientes motivos y circunstancias fácticas que indiquen la posible existencia del mismo".

 <b>FISCALÍA</b> GENERAL DE LA NACIÓN	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 9 de 14

dispositivo sobre la acción penal<sup>2</sup>, sino la búsqueda, a través del consenso, de alternativas que permitan anticipar o abreviar el ejercicio de la acción penal. (Resaltado propio)

La denominada justicia consensuada, fundada en los preacuerdos y las negociaciones debe estar asistida por unas *finalidades* como son la de (i) *humanizar* la actuación procesal y la pena; (ii) la *eficacia* del sistema reflejada en la obtención pronta y cumplida justicia; (iii) propugnar por la solución de los conflictos sociales que genera el delito; (iv) propiciar la *reparación integral* de los perjuicios ocasionados con el injusto; (v) promover la *participación* del imputado en la definición de su caso (Art. 348).

En lo atinente a cuáles aspectos consideró el legislador son susceptibles de ser preacordados, encontramos que en el artículo 348 de la Ley 906 de 2004 se consagró de manera escueta que se trata de convenir lo que "implique la terminación del proceso"; mientras en los artículos 350, 351 y 352 del mismo compendio normativo se concreta el objeto que compromete esa finalización judicial, al establecerse que serán "los hechos imputados y sus consecuencias" sobre los que recaerán los preacuerdos y las negociaciones, lo cual implica la admisibilidad por parte del imputado o acusado en forma libre, consciente, espontánea y voluntaria de situaciones que cuenten con un mínimo de respaldo probatorio.

Respecto de este tópico la Corte pacíficamente ha considerado que deben ser objeto de convenio, habida consideración de los elementos de prueba y evidencias recaudadas:

"el grado de participación, la lesión no justificada a un bien jurídico tutelado, una específica modalidad delictiva respecto de la conducta ejecutada, su forma de culpabilidad y las situaciones que para el caso den lugar a una pena menor, la sanción a imponer, los excesos en las causales de ausencia de responsabilidad a que se refieren los numerales 3, 4, 5, 6 y 7 del artículo 32 del C.P, los errores a que se refieren los numerales 10 y 12 de la citada disposición, las circunstancias de marginalidad, ignorancia o pobreza extremas (artículo 56), la ira o intenso dolor (artículo 57), la comunicabilidad de circunstancias (artículo 62), la eliminación de casuales genéricas o específicas de agravación y conductas posdelictuales con incidencia en los extremos punitivos, pues todas estas situaciones conllevan circunstancias de modo, tiempo y lugar que demarcan los hechos por los cuales se atribuye jurídicamente responsabilidad penal y por ende fijan para el procesado la imputación fáctica y jurídica." (Subrayas por fuera del texto original).

También, en punto de lo que debe ser materia de esos preacuerdos o negociaciones, ha dicho esta Sala que:

<sup>2</sup> Conforme al artículo 250 de la Carta la Fiscalía General de la Nación no podrá suspender, interrumpir, ni renunciar a la persecución penal, salvo en los casos que establezca la ley para la aplicación del principio de oportunidad.

 <b>FISCALÍA</b> <small>GENERAL DE LA NACIÓN</small>	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 10 de 14

"Estas negociaciones entre la fiscalía e imputado o acusado no se refieren únicamente a la cantidad de pena imponible sino, como lo prevé el inciso 2° del artículo 351, a los hechos imputados y sus consecuencias, preacuerdos que «obligan al juez de conocimiento, salvo que ellos desconozcan o quebranten las garantías fundamentales».

Que la negociación pueda extenderse a las consecuencias de la conducta punible imputada, claramente diferenciadas de las relativas propiamente a la pena porque a ellas se refiere el inciso 1° del mismo artículo, significa que también se podrá preacordar sobre la ejecución de la pena (prisión domiciliaria o suspensión condicional) y sobre las reparaciones a la víctima..." (Subrayas fuera del texto original).

Evidente es, entonces, la profunda transformación que se ha producido en el ordenamiento jurídico con la adopción de la institución de los preacuerdos y negociaciones, la cual genera como consecuencia obvia que el acuerdo pueda incidir en los elementos compositivos o estructurales del delito, en los fenómenos amplificadores del tipo, en las circunstancias específicas o genéricas de agravación, en el reconocimiento de atenuantes, la aceptación como autor o como partícipe (cómplice), el carácter subjetivo de la imputación (dolo, culpa, preterintención), penas principales y penas accesorias, ejecución de la pena, suspensión de ésta, privación preventiva de la libertad, la reclusión domiciliaria, la reparación de perjuicios morales o psicológicos o patrimoniales, el mayor o menor grado de la lesión del bien jurídicamente tutelado.

\*\*Realizada la anterior precisión y una vez reunidos: Fiscalía, Defensa, acusado y víctimas, llegamos al siguiente preacuerdo:

Así las cosas, **SR. SILVIO ALENIO OLIVEROS SÁNCHEZ, CC. 1.086.194.579 de Santa Bárbara (N)**; de manera libre, voluntaria y debidamente asistido y orientado por su defensa técnica respecto de los alcances jurídicos del presente PREACUERDO y de las alegaciones de responsabilidad, decide ACEPTAR su responsabilidad penal, como AUTOR responsable de los hechos de los cuales la Fiscalía lo acusa (ART. 120 CP Agravado), que acepta estos cargos, con el compromiso que SE LE REBAJE EL 50% DE LA IMPOSICIÓN DE LA PENA.

Debe señalarse que al no concurrir situaciones genéricas de mayor punibilidad y si confluir la carencia de antecedentes judiciales como circunstancia de menor punibilidad, al acusado **SR. SILVIO ALENIO OLIVEROS SÁNCHEZ, CC. 1.086.194.579 de Santa Bárbara (N)**, se le impondrá la pena mínima del ART. 114 INC. 2 EN CONCURSO ART. 120 INC. 1 Y 2 AGRAVADA ART. 121 Y 110 CP, CONCEDIÉNDOLE LA REBAJA DEL 50%

PENA PRINCIPAL: 7.2 MESES DE PRISION. MULTA: 5.199 S.M.L.M.V. y Privación del derecho de conducir vehículos automotores y motocicletas: 8 meses

PENA ACCESORIA: Inhabilidad de Derechos y Funciones Públicas: 7.2 MESES

	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 11 de 14

### CONCESIÓN DE SUBROGADOS:

En precedencia se anotó el aparte pertinente en el pronunciamiento de la H Corte Suprema de Justicia, fundamento por el cual Fiscalía, defensa y acusado pre acuerdan la concesión del subrogado de la **suspensión de la ejecución de la pena** que trata el artículo 63 del C.P. por considerar que se reúne las exigencias, así:

- La pena de prisión a imponer no excede de cuatro años.
- **SILVIO ALENIO OLIVEROS SÁNCHEZ**, tal como se desprende de la consulta realizada en el sistema misional de información SPOA de la Fiscalía y pagina web de la policía, no presenta antecedentes penales.
- La presente actuación no se adelanta por delitos contenido en el inciso 2° del artículo 68 A de la ley 599 de 2000.

### E.M.P – E.F. – I.L.O en que se sustenta el presente preacuerdo.

#### TESTIGOS DIRECTOS:

A-) NOMBRE: DIEGO ARMANDO REYES IYUTAN- Víctima  
CÉDULA: 1.130.946.150 de Villa Rica  
DIRECCIÓN: VEREDA LA PRIMAVERA  
CELULAR: 314-886-8784 Y 313-349-0750  
CORREO: [blancaiyutan7@gmail.com](mailto:blancaiyutan7@gmail.com)

B-) NOMBRE: ANDRES ROJAS BERMUDEZ- Testigo  
CÉDULA: 94.269.861 de Restrepo Valle  
DIRECCIÓN: VEREDA LA PRIMAVERA  
CELULAR: 314-886-8784 Y 313-349-0750  
CORREO: [blancaiyutan7@gmail.com](mailto:blancaiyutan7@gmail.com)

C-) NOMBRE: DÁDIER ENRIQUE OLIVEROS ESTUPIÑÁN - Testigo  
CÉDULA: 94.508.021 de Cali  
DIRECCIÓN: Carrera 24 B2 Calle 72 D2 -46- Iscuande- Nariño- frente al colegio  
CELULAR: 312-701-8796 y 311-712-5822 (compañera)  
CORREO: [donky1977@hotmail.com](mailto:donky1977@hotmail.com)

D-) NOMBRE: GERARDO ANTONIO ESTUPIÑÁN ESTUPIÑÁN - Testigo  
CÉDULA: 87.790.434 de Santa Bárbara Nariño  
DIRECCIÓN: Carrera 1 A # 58-230 B7 Villa de Veracruz- Cali  
CELULAR: 323-439-7040 / 314-550-6955

E-) NOMBRE: DAVID GILBERTO CANDELO GARCÍA - Testigo  
CÉDULA: 1.086.195..079 de Santa Bárbara Nariño  
DIRECCIÓN: Carrera 1 B 3 # 61 A-14- Urbanización Barranquilla - Cali  
CELULAR: 310-445-1501  
CORREO: [deyvican1989@hotmail.com](mailto:deyvican1989@hotmail.com)

F-) NOMBRE: LUZ ALBA VALENCIA - Testigo  
CÉDULA: 1.64.695.192 de Puerto Tejada  
DIRECCIÓN: Vereda Vuelta Larga- por la ladrillera San Benito- Puerto Tejada  
CELULAR: 317-375-3916

 <b>FISCALÍA</b> GENERAL DE LA NACIÓN	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 12 de 14

**TESTIGOS DE ACREDITACIÓN:**

G-) NOMBRE: JUAN MANUEL REYES ITUYAN, CC.  
 CEDULA: 4.759.636 de Villa Rica  
 DIRECCIÓN: VEREDA LA PRIMAVERA  
 CELULAR: 321-692-6768 y 314-886-8784  
 CORREO: [blancaiyutan7@gmail.com](mailto:blancaiyutan7@gmail.com)

H-) NOMBRE: BLANCA DORIS ITUYAN  
 CÉDULA: 34.600.653 de Santander de Quilichao  
 DIRECCIÓN: VEREDA LA PRIMAVERA  
 CELULAR: 314-886-8784 Y 313-349-0750  
 CORREO: [blancaiyutan7@gmail.com](mailto:blancaiyutan7@gmail.com)

I-) NOMBRE: EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS- Perito o quien haga sus veces  
 DIRECCIÓN: Medicina Legal de Santander de Quilichao  
 FIJO: 826-1145  
 CORREO:

J-) NOMBRE: ALVARO CASTILLO FERNANDEZ- Investigador CTI  
 CÉDULA: 10.542.740  
 DIRECCIÓN: Edificio Celorio- Sede Fiscalía Puerto Tejada  
 CELULAR: 321-625-9366  
 CORREO:

**4.- Documentos**

DOCUMENTO	FECHA	TESTIGO
A-) Querrela de la madre de la víctima 8 Fotografías estado de la víctima en el hospital 14 Pantallazos Facebook de conversaciones sostenidas con Silvio Alenio y Didier Enrique Estupiñan Acta de Conciliación sin acuerdo Poder otorgado a la Dra. Lilian Yadira Benitez	NOV 16 2016 ABR 25 2017 FEB 19 2018 FEB 18 2018	Blanca Doris Iyutan
B-) 1° Reconocimiento médico legal a la víctima 2° Reconocimiento médico legal a la víctima	DIC 14 2016 MAR 14 2017	DR. EDWARD FABIAN RIVERA VARGAS- Legista
C-) Informe de Investigador de Campo-FPJ-11-1992627, contiene: Entrevista a Juan Manuel Reyes Certificado de Tránsito y Transportes de Cali del vehículo MEU-241 (Feb 9 2017) 8 Fotografías de las lesiones sufridas por la víctima y de la placa del carro implicado Video entregado por la madre de la víctima	DIC 23 2016	Alvaro Castillo Fernandez-CTI
D-) Entrevista a Juan Manuel Reyes	DIC 14 2016 ABR 24 2017	Juan Manuel Reyes- Testigo
E-) Entrevista a Andres Rojas Bermudez	DIC 20 2016 ABR 25 2017	Andres Rojas Bermudez- Testigo
F-) Denuncia escrita de la víctima Diego	MAR 15	Diego Armando Reyes

 <b>FISCALÍA</b> <small>GENERAL DE LA NACIÓN</small>	<b>PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN</b>	Código: FGN-20-F-06
	<b>ACTA DE PREACUERDO</b>	Versión: 01 Página 13 de 14

Armando Reyes Iyutan, Cédula e Informe de Pérdida de capacidad laboral	2017 FEB 02 2018	Iyutan- Víctima
G-) Informe de Investigador de Campo FPJ-11, que contiene: Entrevista a Andres Rojas Entrevista a Juan Manuel Iyutan	ABR 26 2017	Alvaro Castillo Fernandez-CTI
Interrogatorio Dadier Enrique Oliveros Estupiñan y Declaración Extrajuicio ante Notario	MAR 11 2019 DIC 27 2016	Dadier Enrique Oliveros Estupiñan- testigo
Entrevista a Gerardo Antonio Estupiñán Estupiñán y Declaración extrajuicio	MAR 22 2019 DIC 27 2016	Gerardo Antonio Estupiñán Estupiñán- Testigo
Declaración de David Gilberto Candelo García	MAR 22 2019	David Gilberto Candelo García- Testigo
Informe Investigador de Campo FPJ-11, contiene: Entrevista a Luz Alba Valencia	FEB 20 2019	Alvaro Castillo Fernandez-CTI
Entrevista de luz Alba Valencia	SEP 07 2017	Luz Alba Valencia- Testigo
Informe de Investigador de Campo FPJ-11, contiene Apoyo investigativo al CTI-Tumaco – Nariño, búsqueda en páginas de acceso al público, respecto al Sr. Dadier Enrique Oliveros Solicitud de información a Minisalud, RUNT vehículo MWU-241 y multas, página de Facebook, web-service de Silvio Oliveros	FEB 22 2019	Alvaro Castillo CTI
Informe de ChevyPlan de Bogotá MVU-241	ABR 05 2019	

## 8. Intervención de la Víctima

La víctima conoce el preacuerdo.

9. Bienes Vinculados SI \_\_\_\_\_ NO

Tipo de Solicitud (respecto al bien)

## 10. DATOS DEL FISCAL:

Nombres y apellidos	MARIA VICTORIA RAMIREZ VIAFARA		
Dirección:	CARRERA 8 # 3-04 3° PISO PARQUE CENTRAL	Oficina:	
Departamento:	CAUCA	Municipio:	VILLA RICA
Teléfono:	323-469-8076	Correo electrónico:	maria_ramirezv@fiscalia.gov.co
Unidad	Unidad Básica de Fiscalías de Villa Rica	No. de Fiscalía	Primera

En constancia, se firma por todos los intervinientes, una vez leída y aprobada integralmente la presente acta.

Firmas, \_\_\_\_\_

Imputado/acusado \_\_\_\_\_

Defensor del Acusado \_\_\_\_\_

Víctima # 1 \_\_\_\_\_

Abogado de Víctimas \_\_\_\_\_

Firma de Servidor:   
Nombre: MARIA VICTORIA RAMIREZ VIAFARA  
Cargo: FISCAL LOCAL DE VILLA RICA

\* En el evento de presentarse más imputados/acusados, víctimas o defensores, proceda a copiar el cuadro completo a continuación del que contiene el formato original, sin alterar su contenido.

20  
/



21



22  
/





24



23





20

27

VID-20161114-WA0065

00:01

09:14 a.m.  
16/11/2016

The image shows a video player window on a Windows desktop. The video content is dark, but a yellow license plate with the text 'MWU-241' is clearly visible. The video player interface includes a progress bar at the bottom of the video area, showing a time of 00:01. The Windows taskbar is visible at the bottom of the screen, with icons for various applications including Internet Explorer, Google Chrome, and Microsoft Word. The system tray in the bottom right corner displays the time as 09:14 a.m. and the date as 16/11/2016. The video player window title bar shows the file name 'VID-20161114-WA0065'.



NUMERO DE GUIA  
PARA SEGUIMIENTO

700079079241

Valor cobrar al destinatario  
al momento de entregar  
0

**DESTINO**

BOGOTA\CUND\COL

**DESTINATARIO**

**GERENCIA DE VIDA ALLIANZ SEGUROS S.A**

Dirección : KR 13 A # 29 - 24 PI 17 A LA NORTE

Correo : ALLIANZSEGUROSSA@GMAIL.COM

Tel : 3143467735

Ni : 6800261825

Cod postal : 0

**REMITENTE**

**FREDY SOLIS NAZARIT**

Dirección : CARRERA 8 # 4-25

Correo :

Tel : 3105139816

CC : 10459937

Peso : 1      Dica Contener DOCUMENTO      Vr Flete 11.700      Vr Imp otros Conceptos 0  
Numero Pzas 1      Vr Seguro Flete 000      Forma de pago Contado  
Vr Comercio 18.000      Vr Otros Conceptos 0

**Valor Total**  
12,000

Observaciones de Admisión : NO DECLARA VALOR COMERCIAL.

**CONTRATO**

MENSAJERÍA EXPRESA: (Ley 1369/09 y Res. 3038/11) Envíos hasta 5 Kilos - El Remitente y/o Destinatario o quien actúa en su nombre con el uso del servicio; ACEPTA las condiciones del contrato publicado en [www.interrapidisimo.com](http://www.interrapidisimo.com) o punto de venta. DECLARA que el envío no contiene dinero efectivo, joyas, valores negociables u objetos prohibidos por ley. El valor comercial declarado es el que se asumirá en caso de siniestro. AUTORIZO notificaciones por medio de llamadas y/o mensajes de datos y el tratamiento demás datos personales (Ley 1581) según política publicada en la página web. AUTORIZO recibir la prueba de admisión y de entrega por medio electrónico. / AUTORIZO a INTER RAPIDÍSIMO para consultar y/o reportar en centrales de riesgo mi comportamiento financiero (ley 1266), por no realizar el pago del servicio ALCOBERO (pago contra entrega) y costos asociados.

**RECIBIDO POR:**

No Identificación : 860026182

**GESTIÓN DE ENTREGA O DEVOLUCIÓN**

1 - Entrega Exitosa	2 - Dirección Errada	3 - Rehusado
2 - Desconocido	4 - No Reclamo	8 - No Reside
7 - Otros		

ALLIANZ SEGUROS

No Gestión	Fecha 1er Intento Gestión			
1	13	07	2022	14:16
No Gestión	Fecha 2do Intento Gestión			
0	04	08	2022	09:00

Mensajero

**DIDIMO AREVALO VARGAS**

Observaciones:

X

ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL  
DEL ESTADO CIVIL  
EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DEL  
ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA  
REGISTRADURIA.  
"VALIDO PARA TRAMITES LEGALES"  
LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN  
VENCIMIENTO ARTICULO 21 DE LA LEY 962 DE 2005  
"VALIDEZ PERMANENTE"

*Manuel Edison Orozco Pino*  
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL  
EXENTO DE SELLO  
ARTICULO 11 DEL DECRETO 2150/95

Serial y Folio: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_\_  
Dado en Santander de Quilichao Cauca,

09 FEB 2018



1	ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	ABRIL	04
2	MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	AGOSTO	08
3	SEPT	09	OCTUBRE	10	NOV	11	DIC	12

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro **REGISTRO DE NACIMIENTO**

14390685

IDENTIFICACION No  
1) Parte basica 2) Parte especial  
8 9 0 8 2 4

Clase (Notaria, Alcaldia, Corregiduria, etc.) **NOTARIA UNICA**

4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaria **SANTANDER DE QUILICHAO CAUCA**

5) Código **2360**

SECCION GENERICA

6) Primer apellido **REYES . -**

7) Segundo apellido **ITUYAN. -**

8) Nombres **DIEGO ARMANDO . -**

Masculino o Femenino **MASCULINO**

10)  Masculino  Femenino

FECHA DE NACIMIENTO 11) Dia **24** 12) Mes **AGOSTO** 13) Año **1989**

14) Pais **COLOMBIA** 15) Departamento, Int., o Com. **/CAUCA** 16) Municipio **SANTANDER . -**

SECCION ESPECIFICA

17) Clinica, Hospital, direccion de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrio el nacimiento **HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER . - - - - -**

18) Hora **930am**

19) Documento presentado: Antecedente (Cert. medico, Acta parroq, etc.) **CERTIFICADO MEDICO. - - - -**

20) Nombre del profesional que certifico el nacimiento **ENF. PILAR PORTILLA. - - - -**

21) No. licencia **0200250**

22) Apellidos (de soltera) **ITUYAN ASTUDILLO . - - - -**

23) Nombres **BLANCA DORIS. - - - - -**

24) Edad actual **19**

25) Identificación (clase y número) **C.C.# 34 600 653 de S/der**

26) Nacionalidad **COLOMBIANA**

27) Profesion u oficio **HOGAR.**

28) Apellidos **REYES . - - - - -**

29) Nombres **OVIDIO . - - - - -**

30) Edad actual **30**

31) Identificación (clase y número) **C.C.# 10 481 464 de S/der Cauca**

32) Nacionalidad **COLOMBIANA**

33) Profesion u oficio **CONSTRUCCION**

34) Identificación (clase y número) **C.C.# 10 481 464 de S/der Cauca**

35) Firma (autógrafa) *Ovidio Reyes M.*

36) Nombre **Ovidio Reyes. - - - -**

37) Dirección postal y municipio **Santander Cauca**

38) Firma (autógrafa)

39) Identificación (clase y número)

40) Firma (autógrafa)

41) Nombre

42) Identificación (clase y número)

43) Firma (autógrafa)

44) Nombre

45) Nombre

Fecha en que se hizo este registro: 11 septiembre 1989

46) Firma (autógrafa) *R. Orozco*

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968, reconocen al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural, en su y constancia firmo

*Oridio Rojas M.*  
Firma del padre que hace el reconocimiento

*Rojas*  
Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NOTAS

Empty box for notes.

145

NOTA

6) Presente

9) Masculino

MASCULINO

14) País

COLOMBIA

17) Clínica Hospital

HOSPITAL

19) Documento

CERTIFICADO

22) Apellido

CANTERO

25) Identificación

NCC.# 34

28) Apellido

HURTADO

31) Identificación

NO PRESENTE

34) Identificación

NO PRESENTE

36) Dirección

Santa

38) Identificación

40) Documento

42) Identificación

43) Documento

44) Documento



NOMBRE Y APELLIDO DEL REGISTRADO

Blanca Doris Stuyán Astudillo

En la República de Colombia Departamento de Cauca

Municipio de Santander (corregimiento o vereda, etc.)

a Veintinueve de mes de Marzo de mil novecientos setenta

se presentó el señor Raúl Alirio Arteaga mayor de (nombre del declarante)

edad, de nacionalidad Colombiana natural de Pasto - Maní domiciliado

en La Hda. La Custodia declaró: Que el día cuatro (4)

del mes de Marzo de mil novecientos setenta siendo las

9/2 de la noche nació en La Hda. La Custodia (Dirección de la casa, hospital, barrio, vereda, corregimiento, etc.)

del municipio de Santander República de Colombia un niño de

sexo femenina quien se le ha dado el nombre de Blanca Doris

hijo legítima del señor José Segundo Stuyán de 37 años de edad, (con cédula No.)

natural de Ipiales República de Colombia de profesión agricultor

y la señora Guerra María Astudillo de 36 años de edad, natural de

Liberia República de Colombia de profesión opc. dom. siendo

abuelos paternos Placencio Stuyán y Agustina de la Cruz

y abuelos maternos Martín Astudillo

Fueron testigos Raúl Alirio Arteaga

En fe de lo cual se firma la presente acta.

El declarante, Raúl Alirio Arteaga (con cédula No.) 10.950.991 Pasto

El testigo, Bernisacrista (con cédula No.) CC. F. 10.475.630 des. c.

El testigo, Yusnel J. J. J. (con cédula No.) 10.475.344 s/di

[Firma]  
(firma y sello del funcionario ante quien se hace el registro)

Para efectos del artículo segundo (2o.) de la Ley 45 de 1936, reconozco al niño a que se refiere esta

Acta como hijo natural y para constancia firmo,

(firma del padre que hace el reconocimiento)

(firma de la madre que hace el reconocimiento)

(firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL  
DEL ESTADO CIVIL

EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA REGISTRADURIA.

"VALIDO PARA TRAMITES LEGALES"  
LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN VENCIMIENTO ARTICULO 21 DE LA LEY 962 DE 2005  
"VALIDEZ PERMANENTE"

Senato Folio 3 Tomo 43  
Dado en Santander de Quilichao Cauca.

Marino Edis Orozco Pino  
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL  
EXENTO DE SELLO  
ARTICULO 11 DEL DECRETO 2150/95

04 MAY 2018