

1
de
124
Folios.

ASEORIAS JURIDICAS NACIONAL / INTERNACIONAL
OFICINA DE ABOGADOS
Calle 11 No. 8 -61 Oficina 207 Edificio Valher Plaza Caicedo
Cali Valle Cel. 3118895931
email. lucy.mancillamarulanda@hotmail.com

Señores
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
E.S.D.

REF: PODER ESPECIAL (PROCESO PENAL)

EDINSON BALLESTEROS OLAVE, identificado con la cedula de ciudadanía No. 16.724.418 de Cali Valle, con domicilio en en la ciudad Santiago de Cali D.E. obrando en mi propio nombre por medio del presente escrito manifiesto, que designo como Apoderado de Confianza, a la Profesional del Derecho **LUCY MANCILLA MARULANDA**, abogada en ejercicio, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 25.656.740, expedida en **Santander de Quilichao Cauca**, portadora de la tarjeta Profesional No. 75.109, expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, inicie, y adelante la demanda Penal, como **Representante de Víctimas**, y demás gestiones, que sea necesaria ante las instancias competentes para que realice la defensa de mis intereses y reclamación e indemnización por los perjuicios, materiales, morales daño emergente y lucro cesante, en calidad de víctima como afectado en el siniestro: Accidente de tránsito (Lesiones personales), hechos ocurridos el día 20 de Noviembre de 2019, a las 11:30 a.m. en la Calle 73 entre Carrera 16 y 17, cuando el vehículo Motocarro de Placas: VJG-190, en el cual me desplazaba como ayudante del señor HENRY RIOS BASTIDAS C.C. No. 16.722.994 de Cali, fuimos atropellados por el vehículo: Camion Pacas TMP-104 Marca JAC, línea HFC, Color BLANCO, Modelo 12, Carrocería FURGON, Licencia No. 3516812 Poliza No. 624240 de Propiedad de la señora LINA MARIA MEJIA GOMEZ, C.C. No. 67.010.660, conducido por el señor HERNAN CORREA AHUNCA C.C. No. 94.417.673 Licencia de conducción No. 94.417.673 Categoría 02 Código de Tránsito 76001.

En derecho, **LUCY MANCILLA MARULANDA** queda facultada para representarme en todas las instancias del proceso, con las expresas facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso y las establecidas en el Código de Procedimiento Penal, en especial las de recibir, sustituir, reasumir poder, designar suplente, transigir, tachar y redargüir documentos y testigos, conciliar, desistir y formular todas las pretensiones que estime convenientes para la defensa del suscrito poderdante.

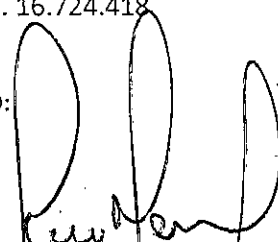
Sírvase, señor Fiscal, reconocer la personería de mi apoderado, en los términos y para los efectos del presente mandato.

Del señor Fiscal,

Atentamente,

Edinson Ballesteros
EDINSON BALLESTEROS OLAVE
C.C. No. 16.724.418


ACEPTO:


LUCY MANCILLA MARULANDA
C.C.NO. 25.656.740 de Santander de Quilichao Cauca.
T.P. No. 75.109 del Consejo Superior de la Judicatura

DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
En Santiago de Cali a: 18 ENE 2020
Notario Veintuno (E)

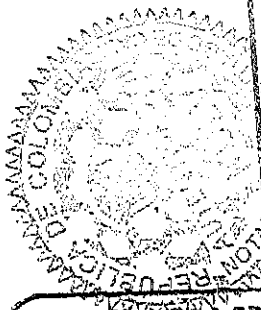
delictivo de Santiago de Cali, hace constar que el escrito que antecede fue presentado personalmente por Edison Ballesteros Olaver identificado con la C.C. N° 16 724 418 expedida en Cali quien además declaró que su contenido es cierto y verdadero y que la firma y la huella que en él aparecen son suyas

Edison Ballesteros
Firma Decidente




Republica de Colombia
Departamento del Valle
Santiago de Cali
Notaria Veintuno

Carlos Enrique Gutierrez Sotomillo
Notario Encargado



217977

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

75109-D1 Tarjeta No.	23/10/1995 Fecha de Expedición	31/03/1995 Fecha de Grado	
LUCY			
MANCILLA MARULANDA			
25656740 Cédula	VALLE Consejo Seccional		

LIBRE/CALI
Universidad

[Signature]
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

[Signature]

© FESPA SA

11/2002-25135

37580

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 25.656.740
MANCILLA MARULANDA

APELLIDOS
LUCY

NOMBRES

Lucy Man M
FIRMA



DÍGITE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1961
PUERTO TEJADA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65

ESTATURA G.S. RH

O+

F

SEXO

13-AGO-1979 SANTANDER DE QUILICHAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VEGA



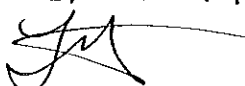
A-3100100-01094767-F-0025656740-20190823

0067508543A 2

9909743515

SEÑORES
ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT 860.027.404-1
E. S. D.

RAD; 760016099165201986089
CUANTIFICACION DEL DAÑO
Victima: EDISON BALLESTEROS OLAVE
Edad: 57 años, 7 meses

Jueves, 04/Mayo/23

H: 04:38 PM.
Siete a Pensión.

LUCY MANCILLA MARULANDA, identificado con la cedula de ciudadanía número 25.656.740 de Santander de Quilichao Cauca, TP 75.109 del C.S. de la J. domiciliado y residente en el municipio de Santiago de Cali Valle, en la Calle 11 No. 5 -61 Oficina 207 Edificio Valher Plaza Caicedo .Cali Valle, Celular No. 3104938559, email lucy.mancillamarulanda@hotmail.com mediante el presente libelo y en atención a la recomendación referida por usted de presentar **LA RECLAMACION FORMAL**, realizada día 09 de marzo de 2023, en la Audiencia de Conciliación ante la Fiscalía 43 de la Unidad Delitos Lesiones Personales, con ocasión de la **LESION, AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, del señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, quien se identifica con la cedula de ciudadanía número 16.724.418 expedida en Cali Valle, nacido el día 20 de Septiembre de 1965, quien para el momento de Sinistro contaba con 54 años de edad, en la municipalidad de Santiago de Cali Valle, en la Calle 73 con carrera 16 y 17, Investigación Penal de conocimiento de la **FISCALIA 43 ADSCRITA A LA UNIDAD DE ESIONES PERSONALES**, Radicación **760016099165201986089**, donde se encuentra comprometido el Vehículo Placa TMP 104 Marca JAC LINEA 11FC, COLOR BLANCO MODELO 12 CARROCERIA FURGON, PROPIEDAD DE LA SEÑORA LINA MARIA MEJIA GOMEZ , C,C, No. 67010660, modalidad de Transporte Radio Nacional Conducido por el señor **HERNAN CORREA AHUNCA**, CC. No. 94.417.673 Licencia de Conducción No. 94417673 Categoría C2- Expedida el día 04-11 2017 Código de Transito 76001 y el vehículo de Placa VJG- 190 Marca ROA, Línea sin línea Color V-AZUL Modelo 65 Carrocería Pico. Conducido por el señor **HENRY RIOS BASTIDAS**, vehículo este que se desplazaba mi poderdante como copiloto,

CAPÍTULO I. Reclamantes

Nombre de Lesionado	Tipo de documento	Número de identificación	Calidad frente a la víctima
EDISON BALLESTEROS OLAVE	NUIP 7600160991 6520198608 9	16..124.418	Lesionado Víctima Directa

ROSA EMILIA OLAVE DE BALLESTEROS	29.069.265		Madre de la Victima Directa
JHON FREDDY BALLESTEROS OLAVE	16.737.547		Hermano de la Victima Directa
JESUS BALLESTERO OLAVE	16.633.995		Hermano de la Victima Directa
ROSA BALLESTEROS OLAVE	66.814.199		Hermano de la Victima Directa
DEMETRIO BALLESTEROS OLAVE	16.678.784		Hermano de la Victima Directa
EUSTAQUIA BALLESTEROS OLAVE	33.942.228		Hermano de la Victima Directa
JOSE JOAQUIN BALLESTEROS OLAVE	16.799.811		Hermano de la Victima Directa
WILSON BALLESTEROS OLAVE	16.652.133		Hermano de la Victima Directa
YERLY TATIANA ZAPATA BALLESTEROS	1.130.631.975		SOBRINA

Con el fin de lograr un acuerdo conciliatorio dentro del proceso penal y precaver un futuro litigio civil, con ocasión ocasión de la **LESION, AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, del señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, como consecuencia del Siniestro causado el pasado 20

de Noviembre del año 2019, a las 11:30 a.m. en la Calle 73 entre Carrera 16 y 17 Cali Valle, a título de reparación integral estimo se reconozca e indemnice lo siguiente:

A). PERJUICIOS PATRIMONIALES

DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO

El señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, en el Siniestro, ya citado sufrió la **LESION AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, debido a los hechos ocurrido el pasado 20 de Noviembre de 2019, tuvo también pérdidas económicas significativas, pues en los gastos de a) Transporte vehicular Placa HMN 992 Marca Chevrolet. Modelo SPARK 2014, conducido por el señor JOSE FERNANDO BOLAÑOS MIRANDA, Cedula No. 16.757.504 de Cali (Adjunto Documentos), a las terapias, curaciones, citas médicas, Muletas, Noventa (90) días de Incapacidad medica, y otros pérdida total, valor que se tasa en la suma de **DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000)**.

LUCRO CESANTE.

Se entiende con este ítem, los ingresos dejados de percibir: a raíz del hecho lesivo que le impide a las víctimas que obtengan determinados beneficios económicos.

Ingresos mensuales del señor EDISON BALLESTEROS OLAVE

\$ 1.000.000

Resultado de las actividades comerciales realizadas por el señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, las cuales se presumen por no tener un vínculo laboral, ni demostrar los ingresos de sus actividades comerciales independientes, tasadas en el salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de ocurrencia de los hechos.

Lucro cesante consolidado pasado:

Se ha dejado de percibir el ingreso desde el día 20 de Noviembre de 2019, hasta la fecha 20 de Abril de 2024, entonces podemos decir;

A la fecha han transcurrido 41 meses, equivalentes a:

$$1'000.000 / 30 = \$ 33.333$$

$$41 \times 33.333 = 1'366.653$$

La cuantificación del daño en el lucro cesante consolidado pasado fue liquidado por lo dejado de percibir en razón de la **LESION, AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, del señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, , arrojando una suma de **UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS (\$1.366.653)**

Lucro cesante futuro:

Se dejará de percibir el ingreso desde el día 20 de Noviembre de 2019, hasta la fecha de vida rentista según el **Dane**; la cual es a obtener 72 años de edad, teniendo en cuenta que el señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, nació el día 18 de Septiembre de 1965, podemos decir que tenía 54 años y 2 meses, entonces;

216 meses, equivalentes a:

$$216 \times 1'366.653 \times 29 \text{ por ciento} = \$ 85.607.143,92$$

Teniendo en cuenta la merma de capacidad laboral del 29 por ciento, dada en la calificación de **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**, al señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, la familia dejara de percibir los ingresos que eran la base de su sustento para las necesidades básicas, equivalentes al 25% de los ingresos del **LESIONADO**, que nos arroja la suma de **SETENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (\$ 73.799.262)**

Obteniendo como cuantificación del daño en el lucro cesante futuro un valor a indemnizar de **CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL CUATROCIENTOS SEIS MIL PESOS CON NOVENTA Y DOS CENTAVOS (159.406.405,92)**

VALOR TOTAL

PERJUICIOS PATRIMONIALES: CIENTO SESENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCO PESOS CON NOVENTA Y DOS CENTAVOS PESOS (169.406.405,92)

B). PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES

1. DAÑO MORAL

En sentencia de unificación C. de E., Sección Tercera, sentencia 25 septiembre 2013, rad. 36.460, exp. 050012331000200100799 01 (2001-950 y 2001-3159 acumulados), C.P. Enrique Gil Botero. La cual reza que:

"El concejo de estado preciso que el juez administrativo puede aplicar el límite de 1.000 s.m.m.l.v. establecido en el artículo 97 del código penal, cuando el caso tiene como causa una conducta punible.

Y más recientemente el 28 de agosto de 2014 el Consejo de Estado elaboro un documento que resume las sentencias sobre el tema en el cual se unifican los criterios de esa corporación en lo tocante con la cuantía de la indemnización del daño moral en los casos de muerte y lesiones personales."

(C. de E., Sección Tercera, documento aprobado mediante acta de 28 de agosto de 2014, referentes a la reparación de perjuicios inmateriales.)

Con el fin de que se dé cumplimiento a lo anterior el Consejo de Estado estableció los criterios en la siguiente tabla:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES PERSONALES REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paternofiliales.	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares -terceros damnificados
Porcentaje	40	20	14	10	6
	SMLMV	SMLMV	SMLMV	SMLMV	SMLMV
Equivalencia en salarios mínimos					

Teniendo en consideración los criterios fijados por la Jurisprudencia se liquida la indemnización del **DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES PERSONALES**, de la madre, Hermanos, Sobrinos de la familia del **LESIONADO**, señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, aplicando el porcentaje del 40 SMLMV, para:

1-EDISON BALLESTEROS OLAVE (Lesionado)

2-ROSA EMILIA OLAVE DE BALLESTEROS, (Madre):

HERMANOS : 20 SMLMV

3- WILSON BALLESTEROS OLAVE

4- JOSE JOAQUIN BALLESTEROS OLAVE

5- ROSA BALLESTEROS OLAVE,
 6- JHON FREDDY BALLESTEROS OLAVE
 7- DEMETRIO BALLESTEROS OLAVE ,
 8- JESÚS BALLESTEROS OLAVE .
 9- EUSTAQUIA BALLESTEROS OLAVE
 SOBRINA .:

10-YERLY TATIANA ZAPATA BALLESTEROS
 quedando entonces de la siguiente manera:

DAÑOS MORALES			
Nombre	Nivel De Afectación	S.M.L.M.V	Total
EDISON BALLESTEROS OLAVE	1	40	52.024.240
ROSA EMILIA OLAVE BALLESTEROS	1	40	\$52.024.240
WILSON BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$ 26.012.120
JOSE JOAQUIN BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$26.012.120
ROSA BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$26.012.120
JHON FREDY BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$ 26.012.120
DEMETRIO BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$26.012.120
JESUS BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$26.012.120
EUSTAQUIA BALLESTEROS OLAVE	2	20	\$26.012.120
YERLY TATIANA ZAPATA B.	3	14	18.208.484
TOTAL		234	\$304.341.804,

REPARACIÓN DEL DAÑO EN LA SALUD

El señor **EDINSÓN BALLESTEROS OLAVE**, desde la ocurrencia del Siniestro en La fecha 20 de Noviembre de 2019, donde resulto afectado en su integridad física, **CON LESION, AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, tiene dificultad de adaptación a un medio social Estandar. Con síntomas como Dolor permanente en el Muñon del pie lado derecho, con sensación de dolor

como si su pie estuviera normal, lo que conduce a perder el equilibrio y constantemente presentar caídas desde su altura, Esta condición física que le imposibilita desempeñarse como una persona normal con la eficacia y eficiencia que tenía antes de ser víctima del siniestro, sumado a la discriminación laboral y social por su discapacidad, le viene generando un detrimento en su vida cotidiana, y aunado a las pocas oportunidades laborales por la edad que ostenta.

Obteniendo un valor total de perjuicios extra patrimoniales tasado en:

TRESCIENTOS CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOSCIENTOS CUATRO PESOS MCTE (\$304.341.804)

VIDA EN RELACION : La merma física del señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE** que es la resultante de este siniestro como víctima. Le produce un dolor físico en su integridad física, generándole también una profunda angustia y tristeza, que se extiende colateralmente a su familia, viéndose así alterada y afectada su vida de relación con su entorno familiar, social, sentimental, laboral, como también esta limitación le impide realizar las actividades, que impliquen el desplazamiento por sus propios medios. En actividades Laborales, espiritual, lúdicas, deportivas y entretenimiento, Que son en últimas las que permiten el Goce y el Disfrute de la vida. Reconocido y reiterado jurisprudencialmente por la Sala Civil de la Corte y Suprema de Justicia que: ".....el daño a la vida de relación es parte de la reparación integral y totalmente diferente al daño moral , pues se caracteriza por tratarse de un sufrimiento que afecta la esfera externa de las personas en relación con sus actividades cotidianas concretándose en una alteración de carácter emocional como consecuencia en el daño sufrido en el cuerpo o la salud generando la pérdida o mengua de la posibilidad de actos y actividades que hacían mas agradable la vida. Afecta esencialmente la alteridad con otros sujetos incidiendo negativamente en la relación diaria con otras personas.

De igual manera ha precisado la Corte, que si no hay certeza de la afectación causada al demandante se impide acceder a una condena; sin embargo, existen casos en los cuales la afectación constituye un hecho notorio que no requiere prueba para ser demostrado, pues bastan las reglas de la simple experiencia y el sentido común para tener por probado el ".....DAÑO A LA VIDA DE RELACION" SALA DE CASACION CIVIL Y AGRADARIA . ID 684987 M.P. LUJIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA No Proceso T- 110010203000-2019-03897-00 Nro Providencia STC16743-2019 Clase de Actuación ACCION DE TUTELA Primera instancia - Tipo Providencia Sentencia 11-12-2019 Decisión Concede la Tutela Accionado Sala Civil de Familia del Distrito Judicial de Pereira Accionante: GUILLERMO LEON SALDARRIAGA QUINTERO , fuente formal Ley 446 de 1998 artículo 16...." (El resaltado aplica al caso que nos ocupa, toda vez que Como medio

de prueba se tiene Historia Clínica del señor EDISON BALLESTEROS OLAVE, por **LA LESION, AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, El dictamen de Medicinal Legal, La calificación de la Junta Medica Regional Valle del Cauca, testigos, y otros), así mismo se tiene como línea jurisprudencial, reconocimiento vida de relación con Fallo Favorable al demandante en calidad de victima mediante SC-4966 /2019 Radicación No 11001-3103-017-2011-00298-01 B0gota 18 de Noviembre de 2019 M.P. Dr. LUIS ALFONSO RICO PUERTA

EDISON BALLESTEROS OLAVE .(LESIONADO),200 SMLMV, corresponden a la suma de DOSCIENTOS SESENTA MILLONES CIENTO VEINTIUN MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS MCTE (\$260.121.200 Mcte)

I. CUANTÍA

Basados en lo anteriormente expuesto podemos concluir que el valor tasado como indemnización en este caso, es el siguiente:

• PATRIMONIALES	\$169.406.405.
• EXTRA PATRIMONIALES	\$ 304.341.804
DAÑO EN LA SALUD	\$ 52.024.240
VIDA DE RELACION	\$ 260.121.200
• <u>TOTAL INDEMNIZACIÓN</u>	<u>\$ 785..893.649</u>

(SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS MCTE (\$785. 893.649)

CAPÍTULO III

Fundamentos de derecho.

El numeral 1.º del artículo 95 de la Constitución Política de Colombia impone Como deberes de la persona "[...] respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios [...]", según el cual, quien vulnere o incumpla sus obligaciones de conducta contractuales o extracontractuales, *debe reparar el daño producido.*

Como es bien sabido dentro del derecho sustancial y la jurisprudencia, el sujeto activo inmerso en el resultado, ejercía al momento de los hechos una actividad considerada como peligrosa, conforme al desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia y lo establecido en el artículo 2356 del Código Civil; por lo tanto, en el presente asunto, se da aplicación a la teoría del riesgo, la cual deja

sentado que los daños originados en el ejercicio legítimo de una actividad peligrosa, deberán presumirse generados por el sujeto activo quien no podrá exonerarse demostrando ausencia culpa o diligencia y cuidado en el resultado de los hechos.

En los últimos pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia¹ haciendo alusión a una sentencia anterior indicó:

*"[...] como esa presunción [la de culpa, se aclara] necesariamente se extiende a todos aquellos a quienes pueda **tenérseles como responsables de la actividad** en cuyo desarrollo se produjo el evento causante del daño, ella es predicable, por lo mismo, **del guardián de la actividad**, es decir, de quien en ese ámbito tenga o ejerza "la dirección, control y manejo, como cuando a cualquier título se detenta u obtiene provecho de todo o parte del bien mediante el cual se realizan actividades caracterizadas por su peligrosidad" (G. J., t. CXCVI, pág. 153), ya que, como también lo ha señalado la Corporación, la mera circunstancia de que la cosa "se halle al momento del accidente en manos de un subordinado y no del principal, no es obstáculo para que con apoyo en el artículo 2356 del Código Civil la obligación resarcitoria pueda imputársele al segundo directamente", lo cual **de paso da ocasión para puntualizar que la responsabilidad demandada al amparo del citado precepto legal no necesariamente debe estar ligada a la titularidad de un derecho sobre la cosa**, puesto que, como ya se expuso, bajo la concepción de guardián de la actividad con la cual se produce la lesión "será entonces responsable la persona física o moral que, al momento del percance, tuviere (...) un poder efectivo e independiente de dirección, gobierno o control, sea o no dueño, y siempre que en virtud de alguna circunstancia de hecho no se encontrare imposibilitada para ejercitar ese poder", de donde se desprende que para llevar a la práctica el régimen de responsabilidad del que se viene hablando, entre otros sujetos, adquieren la mencionada condición "los poseedores materiales y los tenedores legítimos de la cosa con facultad de uso, goce y demás, cual ocurre con los arrendatarios, comodatarios, administradores, acreedores con tenencia anticrética, acreedores pignoratarios en el supuesto de prenda manual, usufrutuarios y los llamados tenedores desinteresados" (G. J., t., CCXVI, pags. 505 y 506)" (CSJ SC, 19 dic. 2011, rad. 2001-00050-01. Resaltado por la Sala*

¹ Corte Suprema de Justicia, sentencia del 18 de noviembre de 2019, radicado SC4966-2019, M.P. Luis Alonso Rico En los últimos Puerta.

Por otro lado, ha manifestado que “[...] el responsable por el hecho de las cosas inanimadas es su guardián, o sea quien tiene sobre ellas el poder de mando, dirección y control independientes. Y no es cierto que el carácter de propietario implique necesaria e ineludiblemente el de guardián, pero si lo hace presumir como simple atributo del dominio, mientras no se pruebe lo contrario. ... O sea, la responsabilidad del dueño por el hecho de las cosas inanimadas proviene de la calidad que de guardián de ellas presúmase tener. Y la presunción de guardián puede desvanecerla el propietario si demuestra que transfirió a otra persona la tenencia de la cosa en virtud de un título jurídico, como el de arrendamiento, el de comodato, etc., o que fue despojado inculpablemente de la misma, como en el caso de haberle sido robada o hurtada [...]”.² (Subrayado fuera del texto).

En otras sentencias, respecto al mismo tema ha indicado:

*“[...] no requiere el concepto que se examina que se tenga físicamente la cosa para ser guardián de ella pues lo fundamental es que se posea el poder de mando en relación con la cosa, lo que supone un poder intelectual de control y dirección de la misma. Asimismo, debe recalcarse que la Corte pregona la calidad de guardián en quien obtiene provecho de todo o parte del bien mediante el cual realiza la actividad caracterizada por su peligrosidad [...]”.*³

Con el fin de determinar la procedencia de un proceso de responsabilidad civil extracontractual, se hace necesario estudiar los elementos estructurales que la configuran. La doctrina y la jurisprudencia han sido enfáticas en reiteradas oportunidades, en expresar que para el estudio de la responsabilidad civil deben ser analizados los tres elementos, los cuales son: el daño resarcible, el hecho y el nexo causal; a continuación, analizaremos uno a uno los elementos anteriormente mencionados para el caso en particular.

1. **El daño resarcible:** Es el primer elemento a estudiar en un juicio de responsabilidad civil, puesto que, al evidenciar el daño ocasionado, se podrá continuar con el estudio de los demás elementos. En el caso particular, encontramos el daño en **LESION, AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART,**.
2. **El hecho:** lo encontramos en hechos acaecido el día 20 de Noviembre de 2019, en el Municipio de Santiago de Cali Valle.

² Sentencia del 17 de mayo del 2011. Expediente 2005-00345-0

El nexo causal: los Elementos anteriormente referenciados en el punto No 1 y 2, se vinculan en el hecho de que existen los elementos, y las circunstancias de tiempo modo y lugar, en que el señor **HERNAN CORREA AHUNCA**, identificado con la C.C. No. 94.417.673, era el conductor del vehículo Placa TMP 104 Marca JAC LINEA 11FC, COLOR BLANCO MODELO 12 CARROCERIA FURGON, de Propiedad de la señora: **LINA MARIA MEJIA GOMEZ**, C.C. No. 67010660, en la modalidad de TRANSPORTE RADIO NACIONAL y amparado por el tercero civilmente responsable, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA** NIT 860.027.404-1; siniestro este que causo la **LESION AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, del señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, C.C. No. 16.724.418. Donde el sujeto activo inmerso en el resultado, ejercía al momento de los hechos una actividad considerada como peligrosa, la cual deja sentado que los daños originados en el ejercicio legítimo de una actividad peligrosa, deberán presumirse generados por el sujeto activo quien no podrá exonerarse demostrando ausencia culpa o diligencia y cuidado en el resultado de los hechos.

3. De los documentos y pruebas magnetofónicas y otros, queda debidamente probado y acreditado, que la **LESION AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, que sufrió en su integridad física el señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, fue el resultado del ejercicio de una actividad peligrosa según los términos legales reiterado en diferentes fallos y jurisprudencias por las Altas Cortes- y en consecuencia con el estudio de los elementos de la responsabilidad, se establece la obligación de indemnizar al lesionado y su familia, como consecuencia del siniestro, los cuales han sufrido un daño.

Otros

De la **LESION AMPUTACION TRAUMATICA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO TIPO CHOPART**, que sufrió en su integridad física el señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, se desprenden unos perjuicios tanto materiales como inmateriales, a favor de los reclamantes como directamente perjudicados con el lamentable hecho. Los perjuicios no son más que una clasificación racional de los diversos rubros reconocidos por la jurisprudencia, que permiten conocer las diferentes expresiones de la realidad del mismo, por lo tanto, debemos realizar la división a partir de las nociones de perjuicio de orden material y perjuicio de orden no material.

Los perjuicios de orden material son aquellos que atentan contra bienes o intereses de naturaleza económica, es decir, medibles o mesurables pecuniariamente, en nuestro ordenamiento jurídico existe una subclasificación de los perjuicios materiales en los artículos 1613 y 1614 del código civil, subdividiendo este perjuicio en dos: 1. daño emergente y 2. lucro cesante.

ANEXO:

Poder del Lesionado

Registros Civiles de la victima y familiares

Historia Clínica

Informe de transito

Facturas Gastos

Denuncia Penal

Valoración Medicina Legal

Calificación Junta Regional de Invalidez

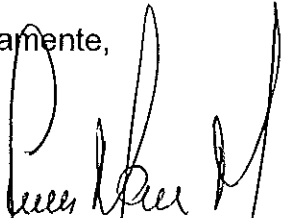
Dos Videos (Referente escenas siniestro Noviembre 20 de 2019)

Fotografías. Lesionado señor EDISOJN BALLESTEROS OLAVE

Entrevista rendida por el señor HERNAN CORREA AHUNCA

Dada en Santiago de Cali, a los Diecisiete (17) días del mes de Abril de 2023.

Atentamente,



LUCY MANCILLA MARULANDA

C.C. No. 25.656.740 de San5ander de Quilichao Cauca

T.P. No. 75.109 del C.S. de la J

Cel 3104938559

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO

No. A001107180

1. ORGANISMO DE TRANSITO 7 6 0 0 1 0 0 0

SECRETARIA DE MOVILIDAD DE SANTIAGO DE CALI

2. GRAVEDAD:
CON MUERTOS ☐ CON HERIDOS ☒ SOLO DAÑOS ☐



3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRAFICAS

Calle 73 entre Carreras 16 y 17
CÓDIGO DE RUTA VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat. ° ' " Long. ° ' "

5.1. CHOQUE CON 5.2. OBJETO FIJO

4. FECHA Y HORA

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA
FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE ☒ CAIDA OCUPANTE ☐
ATROPELLO ☐ INCENDIO ☐
VOLCAMIENTO ☐ OTRO ☐

5.1. CHOQUE CON

VEHICULO ☒
TREN ☐
SEMOVIENTE ☐
OBJETO FIJO ☐

5.2. OBJETO FIJO

MURO ☐ SEMAFORO ☐
POSTE ☐ INMUEBLE ☐
ARBOL ☐ HIDRANTE ☐
BARANDA ☐ VALLA SEÑAL ☐

6. CARACTERISTICAS DEL LUGAR

6.1. AREA: RURAL ☐ RESIDENCIAL ☒ ESCOLAR ☐ DEPORTIVA ☐ GLORIETA ☐ PASO A NIVEL ☐ PASO ELEVADO ☐ PUENTE ☐ GRANIZO ☐ VIENTO ☐
6.2. SECTOR: INDUSTRIAL ☐ TURISTICA ☐ PRIVADA ☐ INTERSECCION ☐ PONTON ☐ PASO INFERIOR ☐ TRAMO DE VIA ☒ LLUVIA ☐ NORMAL ☒
6.3. ZONA: URBANA ☒ COMERCIAL ☐ MILITAR ☐ HOSPITALARIA ☐ LOTE O PREDIO ☐ CICLO RUTA ☐ PEATONAL ☐ TUNEL ☐ NIEBLA ☐

7. CARACTERISTICAS DE LAS VIAS

7.1. GEOMETRICAS: A RECTA ☒ CURVA ☐ B PLANO ☒ PENDIENTE ☐ C BAHIA DE EST. CON ANDEN ☐ CON BERMA ☐
7.2. UTILIZACION: UN SENTIDO ☒ DOBLE SENTIDO ☐ INVERTIBLE ☐ C/TRAFLUJO ☐ O VIA ☐ ALZADAS ☐ DOS ☐ TRES O MAS ☐ VARIABLE ☐
7.3. CARRILES: UNO ☒ DOS ☐ TRES O MAS ☐ VARIABLE ☐
7.4. SUPERFICIE DE RODADURA: ASFALTO ☒ AFIRMADO ☐ ADOQUIN ☐ EMPEDRADO ☐ CONCRETO ☐ TIERRA ☐ OTRO ☐
7.5. ESTADO: BUENO ☒ CON HUECOS ☐ DERRUMBES ☐ EN REPARACION ☐ HUNDIMIENTO ☐ INUNDADA ☐ PARCHADA ☐ RIZADA ☐ FISURADA ☐
7.6. CONDICIONES: ACEITE ☐ HUMEDA ☐ LODO ☐ ALCANTARILLA DESTAPADA ☐
7.7. MATERIAL ORGANICO: MATERIAL SUELTO ☐ SECA ☐ OTRA ☐
7.8. CLASIFICACION ARTIFICIAL: A CON BUENA MALA ☐ B SIN ☐
7.9. CONTROLES DE TRANSITO: A. AGENTE DE TRANSITO ☐ B. SEMAFORO ☐ OPERANDO ☐ INTERMITENTE ☐ CON DAÑOS ☐ APAGADO ☐ OCULTO ☐ C. SEÑALES VERTICALES: PARE ☐ CEDA EL PASO ☐ NO GIRE ☐ SENTIDO VIAL ☐ NO ADELANTAR ☐ VELOCIDAD MAXIMA ☐ OTRA ☐ NINGUNA ☐
7.10. SEÑALES HORIZONTALES: ZONA PEATONAL ☐ LINEA DE PARE ☐ LINEA CENTRAL AMARILLA ☐ CONTINUA ☐ SEGMENTADA ☐ LINEA DE CARRIL BLANCA ☐ CONTINUA ☐ SEGMENTADA ☐ LINEA DE BORDE BLANCA ☐ LINEA DE BORDE AMARILLA ☐ LINEA ANTIBLOQUEO ☐ FLECHAS ☐ LEYENDAS ☐ SIMBOLOS ☐ OTRA ☐ E REDUCTOR DE VELOCIDAD ☐ BANDAS SONORAS ☐ RESALTO ☐ MOVIL ☐ FIJO ☐ SONORIZADOR ☐ ESTOPEROL ☐ OTRO ☐
7.11. DELINEADOR DE PISO: TACHA ☐ ESTOPEROS ☐ TACHONES ☐ BOYAS ☐ BORDILLOS ☐ TUBULAR ☐ BARRERAS PLASTICAS ☐ HITOS TUBULARES ☐ CONOS ☐ OTRO ☐
7.12. VISIBILIDAD: NORMAL ☒ DISMINUIDA POR CASSETAS ☐ CONSTRUCCION ☐ VALLAS ☐ ARBOL/VEGETACION ☐ VEHICULO ESTACIONADO ☐ ENCANDILAMIENTO ☐ POSTE ☐ OTROS ☐

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

8.1. CONDUCTOR: APELLIDOS Y NOMBRES: BORRERA Ahunca Hernan DOC: 02 IDENTIFICACIÓN No.: 94417673 NACIONALIDAD: Colombia FECHA DE NACIMIENTO: 05/12/74 SEXO: F GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☐
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Av. 203 # 72N-47 CIUDAD: Cali TELÉFONO: 3186164896 SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☐ AUTORIZO: EMBRIAGUEZ: GRADO: POS: NEG: 7.00 S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐
PORTA LICENCIA: SI ☒ NO ☐ LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.: 94417673 CATEGORIA: 02 RESTRICCIÓN: EXP: 04/11/17 VEN: 04/11/17 CÓDIGO DE TRANSITO: 76001 CHALECO: SI ☒ NO ☐ CASCO: SI ☒ NO ☐ CINTURÓN: SI ☒ NO ☐
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: DESCRIPCIÓN DE LESIONES:

9. VEHICULO

PLACA: TMP 104 PLACA REMOLQUE/SEM: NACIONALIDAD: COLOMBIANO EXTRANJERO: MARCA: JAC LINEA: VFC COLOR: Blanc MODELO: 12 CARROCERIA: furgon PASAJEROS: 3 LICENCIA DE TRANS No.: 3516812
EMPRESA: NIT: REV. TEC. MEC: SI ☐ NO ☐ No.: CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: PORTA SOAT: POLIZA No.: 624240 ASEGURADORA: el estoso VENCIMIENTO: 27/10/12
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL: SI ☐ NO ☐ VENCIMIENTO: PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL: SI ☐ NO ☐ VENCIMIENTO:

10. PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR: SI ☒ NO ☐ APELLIDOS Y NOMBRES: Mejia Gomez lina maria DOC: 02 IDENTIFICACIÓN No.: 67010660

11. CLASE VEHICULO

AUTOMOVIL ☐ M. AGRICOLA ☐ OFICIAL ☐
BUS ☐ M. INDUSTRIAL ☐ PUBLICO ☐
BUSETA ☐ BICICLETA ☐ PARTICULAR ☐
CAMION ☒ MOTOCARRO ☐ DIPLOMATICO ☐
CAMIONETA ☐ MOTOTRICICLO ☐ MIXTO ☐
CAMPERO ☐ TRACCION ANIMAL ☐ CARGA ☐
MICROBUS ☐ MOTOCICLO ☐ *EXTRADIMENSIONADA ☐
TRACTOCAMION ☐ CUATRIMOTO ☐ *EXTRAPESADA ☐
VOLQUETA ☐ REMOLQUE ☐ *MERCANCIA PELIGROSA ☐
MOTOCICLETA ☐ SEM-REMOLQUE ☐ *CLASE DE MERCANCIA: PASAJEROS: *COLECTIVO ☐ *INDIVIDUAL ☐ *MASIVO ☐ *ESPECIAL TURISMO ☐ *ESPECIAL ESCOLAR ☐ *ESPECIAL ASALARIADO ☐ *ESPECIAL OCASIONAL ☐ *RADIO DE ACCION: NACIONAL ☒ MUNICIPAL ☐

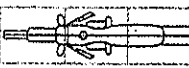

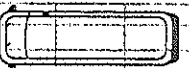
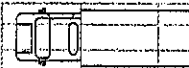

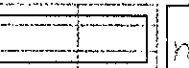
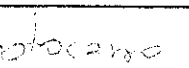

12. FALLAS EN

FRENOS ☐ DIRECCION ☐ LUCES ☐ BOCINA ☐ LLANTAS ☐ SUSPENSION ☐ OTRA ☐
8.9 LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL ☐ LATERAL ☒ POSTERIOR ☐ Otro

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. A001107180

HOJA 2

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS										VEHICULO (2)																																																	
8.1 CONDUCTOR										8.2 VEHICULO																																																	
APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		GRAVEDAD																																							
Kios Barrios Henry										16		16 722 994		Colombia		21/11/1955		M F		MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
DIRECCIÓN DE DOMICILIO										CIUDAD		TELÉFONO		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRADO		S. PSICOACTIVAS																																							
Carrera 43 + 37 - 82										Cali		39236366		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																							
PORTA LICENCIA										LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORIA		RESTRICCIÓN		EXP. <input checked="" type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/>		CÓDIGO DE TRÁNSITO		CHALECO		CASCO		CINTURÓN																																			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										16 722 994		01				16 08 118		Yumbo		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																			
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN										DESCRIPCIÓN DE LESIONES																																																	
011115 164																																																											
8.3 CLASE VEHICULO																																																											
PLACA		PLACA REMOLQUE / SEM		NACIONALIDAD		MARCA		LÍNEA		COLOR		MODELO		CARROCERÍA		TON.		PASAJEROS		LICENCIA DE TRANS No.																																							
V75195				COLOMBIANO <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		KOO		Sin línea		Azul		63		Palo						12816596																																							
EMPRESA										MATRICULADO EN										INMOVILIZADO EN:										TARJETA DE REGISTRO No.																													
										Cali										A DISPOSICIÓN DE:																																							
REV. TEC. MEC <input checked="" type="checkbox"/> (SI) <input type="checkbox"/> (NO) No.										CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:																																																	
PORTA SOAT										PÓLIZA No.										ASEGURADORA										VENCIMIENTO																													
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										7077107800										Colpatria										DÍA MES AÑO 03/07/20																													
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL										VENCIMIENTO										PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL										VENCIMIENTO																													
No.										ASEGURADORA										DÍA MES AÑO										No.										ASEGURADORA										DÍA MES AÑO									
PROPIETARIO																																																											
MISMO CONDUCTOR										APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.																																					
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																																											
8.4 CLASE SERVICIO																																																											
AUTOMÓVIL		<input type="checkbox"/> M. AGRÍCOLA		<input type="checkbox"/> OFICIAL		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA		PASAJEROS		<input type="checkbox"/> *COLECTIVO		<input type="checkbox"/> *INDIVIDUAL		<input type="checkbox"/> *MASIVO		<input type="checkbox"/> *ESPECIAL TURISMO		<input type="checkbox"/> *ESPECIAL ESCOLAR		<input type="checkbox"/> *ESPECIAL ASALARIADO		<input type="checkbox"/> *ESPECIAL OCASIONAL		8.5 RADIO DE ACCIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> NACIONAL		<input type="checkbox"/> MUNICIPAL															
BUS		<input type="checkbox"/> M. INDUSTRIAL		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA				8.6 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO																																			
BUSETA		<input type="checkbox"/> BICICLETA		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA				00000000000000000000																																			
CAMIÓN		<input type="checkbox"/> MOTOCARRO		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA				4 llantas rotas que																																			
CAMIONETA		<input type="checkbox"/> MOTOTRICICLO		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA				Lleva en el volante																																			
CAMPERO		<input type="checkbox"/> TRACCIÓN ANIMAL		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA																																							
MICROBÚS		<input type="checkbox"/> MOTOCICLO		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA																																							
TRACTOCAMION		<input type="checkbox"/> CUATRIMOTO		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA																																							
VOLQUETA		<input type="checkbox"/> REMOLQUE		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA																																							
MOTOCICLETA		<input type="checkbox"/> SEM-REMOLQUE		<input type="checkbox"/> PÚBLICO		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO		<input type="checkbox"/> MIXTO		<input type="checkbox"/> CARGA		<input type="checkbox"/> *EXTRADIMENSIONADA		<input type="checkbox"/> *EXTRA PESADA		<input type="checkbox"/> *MERCANCÍA PELIGROSA		<input type="checkbox"/> *CLASE DE MERCANCÍA																																							
8.7 FALLAS EN																																																											
FRENOS <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> LUCES <input type="checkbox"/> BOCINA <input type="checkbox"/> LLANTAS <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>																																																											
8.8 LUGAR DE IMPACTO																																																											
FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input checked="" type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> Otro																																																											
       																																																											
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. (1) DEL VEHICULO No. ()																																																											
APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO																																									
Barralero Olyve Edinson										16		724 418		Colombia		DÍA MES AÑO		M F																																									
DIRECCIÓN DE DOMICILIO										CIUDAD		TELÉFONO		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRADO		S. PSICOACTIVAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
Carrera 43 + 37 - 82										Cali		39236366		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																																					
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN										DESCRIPCIÓN DE LESIONES										SE PRACTICÓ EXAMEN				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRADO		S. PSICOACTIVAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
011115 164										miembro inferior derecho.										SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
DESCRIPCIÓN DE LESIONES										CINTURÓN										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CONDICIÓN		PEATÓN		<input type="checkbox"/>		PASAJERO		<input type="checkbox"/>		ACOMPAÑANTE		<input checked="" type="checkbox"/>		GRAVEDAD		MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>																					
10. TOTAL VICTIMAS																																																											
PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input type="checkbox"/> TOTAL HERIDOS <input checked="" type="checkbox"/> MUERTOS <input type="checkbox"/>																																																											
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO																																																											
DEL CONDUCTOR										DEL VEHICULO										DEL PEATÓN																																							
217										TMD 164																																																	
DEL PASAJERO										DEL VEHICULO										DEL PEATÓN																																							
OTRA <input type="checkbox"/>										ESPECIFICAR ¿CUAL?																																																	
12. TESTIGOS																																																											
APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD										TELÉFONO																																			
APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD										TELÉFONO																																			
APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD										TELÉFONO																																			
13. OBSERVACIONES																																																											
Hipotesis: No conservar distancia de seguridad. Nota: el ocupante y lesionado se orientaba por instrumentos.																																																											
14. ANEXOS																																																											
ANEXO 1 Conductores, Vehiculos <input type="checkbox"/> ANEXO 2 Víctimas, peatones o pasajeros <input type="checkbox"/> OTROS ANEXOS (Fotos y Videos) <input type="checkbox"/>																																																											
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE																																																											
GRADO										APELLIDOS Y NOMBRES										DOC		IDENTIFICACIÓN No.		PLACA		ENTIDAD		FIRMA																															
1										Barralero Olyve Edinson										16		724 418		230		movilidad		11/11/2020																															

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. A001107180



1. ORGANISMO DE TRÁNSITO	7	6	0	0	1	0	0	0
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

SECRETARIA DE MOVILIDAD DE SANTIAGO DE CAL

2. GRAVEDAD		
CON MUERTOS	CON HERIDOS	SOLO DAÑOS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS

CÓDIGO DE RUTA: 000000 VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD: Calle 73 entre Casas 16 y 17

Lat. ° ' "
Long. ° ' "

08

4. FECHA Y HORA

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE	(1)	CAÍDA OCUPANTE	(4)
ATROPELLO	(2)	INCENDIO	(5)
VOLCAMIENTO	(3)	OTRO _____	(6)

6.1 CHOCUE CON

VEHÍCULO	1
TREN	2
SEMOVIENTE	3
OBJETO FIJO	4

6.2 OBJETO FIJO

MURO	1	SEMAFORO	5	TARIMA CASETA	9
POSTE	2	INMUEBLE	6	VEHICULO	10
ARBOL	3	HIDRANTE	7	ESTACIONADO	
BARANDA	4	VALLA SEÑAL	8	OTRO	
					11

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1. ÁREA	6.2. SECTOR	6.3. ZONA	6.4. DISEÑO	6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA
RURAL <input type="checkbox"/>	RESIDENCIAL <input type="checkbox"/>	ESCOLAR <input type="checkbox"/> DEPORTIVA <input type="checkbox"/>	GLORIETA <input type="checkbox"/> PASO A NIVEL <input type="checkbox"/> PASO ELEVADO <input type="checkbox"/> PUENTE <input type="checkbox"/>	GRANIZO <input type="checkbox"/> VIENTO <input type="checkbox"/>
*NACIONAL <input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	TURÍSTICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>	INTERSECCIÓN <input type="checkbox"/> PONTÓN <input type="checkbox"/> PASO INFERIOR <input type="checkbox"/> TRAMO DE VÍA <input type="checkbox"/>	LLUVIA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/>
*DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	MILITAR <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/>	LOTE O PREDIO <input type="checkbox"/> CICLO RUTA <input type="checkbox"/> PEATONAL <input type="checkbox"/> TÚNEL <input type="checkbox"/>	NIEBLA <input type="checkbox"/>
*MUNICIPAL <input type="checkbox"/>				
URBANA <input type="checkbox"/>				

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

[illegible]

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	GRAVEDAD	
		Jorge Alberto Hernan		00	94417673	Colombia	08	12	14	M	F	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CUIDAD	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
AV. 283. 4-724-47				BOGOTÁ	5186154694	AUTORIZO <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EMBRIAGUEZ POS <input type="checkbox"/> NEG <input checked="" type="checkbox"/>	GRADO <input type="checkbox"/> 100	S. PSICOTIVAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORIA	RESTRICCIÓN	EXP. <input type="checkbox"/>	VEN <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DE TRÁNSITO			CHALECO	CASCO	CINTURÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	94417673	02		DIA	MES	ANO	76004			<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES										

9.2 VEHICULO

PLACA	PLACA REMOLQUE / SEM	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON.	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANS	
711P904		COLOMBIANO EXTRANJERO	790C	WPC	Blanco	12	huan			BS16812	
EMPRESA			MATRICULADO EN		INMOVILIZADO EN:				TARJETA DE REGISTRO No.		
NIT.			10mm		A DISPOSICIÓN DE:						
REV. TEC. MEC <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No.			CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:								
PORTA SOAT		PÓLIZA No.		ASEGURADORA					VENCIMIENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		624240		el 01/03/00					DÍA MES AÑO 27/10/12		
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL			<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL			<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
No.		ASEGURADORA		DÍA MES AÑO		No.		ASEGURADORA		DÍA MES AÑO	

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION NO.
SI NO	Melina Gomez line marian	re	67 010 660

8.3 CLASE VEHICULO

AUTOMOVIL	<input type="checkbox"/> M. AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/>
BUS	<input type="checkbox"/> M. INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>
BUSETA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/>
CAMIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCARRO	<input type="checkbox"/>
CAMIONETA	<input type="checkbox"/> MOTOTRICICLO	<input type="checkbox"/>
CAMPERO	<input type="checkbox"/> TRACCION ANIMAL	<input type="checkbox"/>
MICROBÚS	<input type="checkbox"/> MOTOCICLO	<input type="checkbox"/>
TRACTOCAMION	<input type="checkbox"/> CUATRIMOTO	<input type="checkbox"/>
VOLQUETA	<input type="checkbox"/> REMOLQUE	<input type="checkbox"/>
MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> SEM-REMOLQUE	<input type="checkbox"/>

84 CLASE SERVICIO

OFICIAL	<input type="checkbox"/>
PUBLICO	<input type="checkbox"/>
PARTICULAR	<input type="checkbox"/>
DIPLOMATICO	<input type="checkbox"/>
SE MODALIDAD DE TRANSPORTE	
MIXTO	<input type="checkbox"/>
CARGA	<input type="checkbox"/>
*EXTRADIMENSIONADA	<input type="checkbox"/>
*EXTRAPESADA	<input type="checkbox"/>
*MERCANCIA PELIGROSA	<input type="checkbox"/>
*CLASE DE MERCANCIA	<input type="checkbox"/>

PASAJEROS

*COLECTIVO ☐

*INDIVIDUAL ☐

*MASIVO ☐

*ESPECIAL TURISMO ☐

*ESPECIAL ESCOLAR ☐

*ESPECIAL ASALARIADO ☐

*ESPECIAL OCASIONAL ☐

BO RADIO DE ACCIÓN

NACIONAL ☐

MUNICIPAL ☐

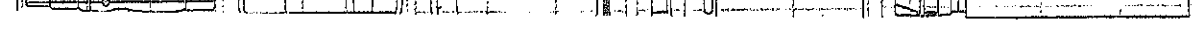
5.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO

8/10

8.7 FALLAS EN

LOCALIZACAO DE IMPACTO: FRONTAL ☐ LATERAL ☒ POSTERIOR ☐

8.9 LUGAR DE IMPACTO



Disc

FALTA DE CONFORMIDAD CON EL NÍVEL DE CONDUCTORES INVOLUCRADOS:

FRAMA CONDUCTOR VICTIMA O TESTIGO C.C.

PRIMA CONDUCTOR VEHICULO O TESTIGO C.C.

TODA PERSONA REINTEGRA SE NOTIFICA DE LOS DERECHOS CONFORME AL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. A001107180

HOJA 2

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS											
CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	GRAVEDAD
Kios Borradas Henry				16	16 722 994		Colombia	21/11/65		M	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CUIDAD	TELÉFONO		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Carrera 43 + 37 - 82				Cal	30236366		AUTORIZO <input checked="" type="checkbox"/> EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/> S. PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>		
PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORIA	RESTRICCIÓN	EXP. <input checked="" type="checkbox"/>	VEN <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DE TRÁNSITO		CHALECO	CASCO	CINTURÓN
<input checked="" type="checkbox"/> NO	16 722 994		01		16	08/18	Yumbo		<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				DESCRIPCIÓN DE LESIONES							
Christo Rey											
VEHICULO 2											
PLACA	PLACA REMOLQUE / SEM	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON.	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANS No.	
VTS 190		COLOMBIANO	ROA	Sin línea	Azu	65	PICO			17816516	
EMPRESA	MATRICULADO EN		INMOVILIZADO EN		TARJETA DE REGISTRO No.						
NIT.	Cal		A DISPOSICIÓN DE:		17091 Yumbo						
REV. TEC. MEC. <input checked="" type="checkbox"/> NO	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:										
PORTA SOAT	POLIZA No.	ASEGURADORA		VENCIMIENTO							
<input checked="" type="checkbox"/> NO	7077167800	Colpatria		DÍA MES AÑO 03/07/20							
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL				VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL				VENCIMIENTO	
No.				DÍA MES AÑO		No.				DÍA MES AÑO	
ASEGURADORA				DÍA MES AÑO		ASEGURADORA				DÍA MES AÑO	
PROPIETARIO											
MISMO CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.						
<input checked="" type="checkbox"/> NO											
CLASE VEHICULO											
CLASE SERVICIO											
PASAJEROS											
DESCRIPCIÓN DANOS MATERIALES DEL VEHICULO											
Pos lado lateral derecho y unas rejillas que lleva en el volico											
FALLAS EN											
FRENOS <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> LUCES <input type="checkbox"/> BOCINA <input type="checkbox"/> LLANTAS <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>											
LUGAR DE IMPACTO											
FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input checked="" type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/>											
Otro: motocarro											
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1											
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	CONDICIÓN		
Alfonsina Olave Edinson		16	16 724 418		Colombia	DÍA MES AÑO		M	PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CUIDAD	TELÉFONO		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Carrera 43 + 37 - 82				Cal	30236366		AUTORIZO <input checked="" type="checkbox"/> EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/> S. PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>		
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				DESCRIPCIÓN DE LESIONES		CHALECO		CASCO		CINTURÓN	
Christo Rey				miembro inferior derecho		<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input checked="" type="checkbox"/> NO	
10. TOTAL VICTIMAS											
PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> TOTAL HERIDOS 2 MUERTOS <input type="checkbox"/>											
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO											
DEL CONDUCTOR		DEL VEHICULO		DEL PEATÓN		DEL PASAJERO					
21		TMP 104									
OTRA		DE LA VÍA		DE LA VÍA		DE LA VÍA					
12. TESTIGOS											
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO				
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO				
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO				
13. OBSERVACIONES											
Hipotesis uad. 121 No conservar distancia de seguridad. Nota: el ocupante y lesionado se encuentran indocumentado											
14. ANEXOS											
ANEXO 1 Conductores, Vehículos <input type="checkbox"/> ANEXO 2 Víctimas, peatones o pasajeros <input type="checkbox"/> OTROS ANEXOS (Fotos y Videos) <input type="checkbox"/>											
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE											
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		PLACA	ENTIDAD	FIRMA			
16	Borao Luis To		10	BU 047163		230	movilidad				

FORMA DE CONFORMACIÓN CON EL INFORME CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FORMA DE CONFORMACIÓN CON EL INFORME VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

FORMA DE CONFORMACIÓN CON EL INFORME VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

 FISCALIA <small>GENERAL DE LA NACION</small>	PROCESO PENAL	Código: FGN-50000-F-21
	CONSTANCIA	Versión: 01 Página 1 de 1

Departamento	VALLE	Municipio	CALI	Fecha	_09 mar. 23.	Hora	1	0	0	0
--------------	-------	-----------	------	-------	--------------	------	---	---	---	---

1. Código único de la investigación:

7	6	0	0	1	6	0	9	9	1	6	5	2	0	1	9	8	6	0	8	9
Dpto.		Municipio	Entidad	Unidad Receptora		Año		Consecutivo												

2.- Descripción del asunto (indique brevemente los motivos de la constancia).

LA SUSCRITA ASISTENTE CON FUNCIONES DE POLICIA JUDICIAL, DE LA FISCALIA 43 ADSCRITA A LA UNIDAD DE LESIONES PERSONALES, **HACE CONSTAR** que CONFORME CITACION LIBRADA POR EL DESPACHO FISCAL, COMPARECE EL Dr(a). **LUCY MANCILLA MARULANDA**, apoderada de la VICTIMA, email. lucy.mancillamarulanda@hotmail.com. Igualmente comparece el Señor **EDISON BALLESTOERO OLAVE. CC. No. 16.124.418**, en calidad de Victima. Acorde a la citación librada por el Despacho se presenta el DR. **CARLOS ALBEIRO BENAVIDES. L.T. 31194. Cédula No. 94.431.965. Celular 3234622745. PARA LLEVAR ACABO AUDIENCIA DE CONCILIACION ENTRE LAS PARTES, CONFORME LOS HECHOS EN LOS CUALES FIGURA COMO INDICIADO EL SEÑOR HERNAN CORREA AHUNCA. El abogado representante de la parte indiciada y de la compañía aseguradora presenta poder de sustitución, el cual se procede a escanear y agregar al expediente digital y físicamente a la carpeta.**

Convocados dentro de la indagación de la referencia para diligencia de audiencia de conciliación fijada por el Despacho Fiscal.

Se les explica a las partes, la importancia de la diligencia a realizar, **audiencia de conciliación**, para que de esta forma se pueda llegar a una solución pronta y oportuna sobre los daños y perjuicios que se le hayan ocasionado con las lesiones personales culposas en accidente de tránsito.

Indica el(a) Dr(a). **LUCY MANCILLA MARULANDA**, apoderada de la VICTIMA, manifiesta al Despacho y al Abogado representante de la parte indiciada y abogados externos de la compañía aseguradora que la pretensión es por la suma de \$1.048.000.000, acorde a las lesiones causadas.

La presente pretensión se le traslada al DR. **CARLOS ALBEIRO BENAVIDES**, para que indique si acepta la misma o no. Informa el Dr. **BENAVIDES** que invita a la víctima y a su apoderada para que presente formalmente su pretensión a la compañía aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, correo electrónico litigioyseguros@hurtadogandini.com o cblandon@hurtadogandini.com.

SE DECLARA FRACASADA LA PRESENTE DILIGENCIA TENIENDO EN CUENTA QUE LAS PARTES NO LLEGARON A NINGUN ACUERDO.-

SE ELABORA LA PRESENTE CONSTANCIA EN FORMA NORMAL, TODA VEZ, QUE HAY FALLAS EN EL SISTEMA

QUEDAN LAS DILIGENCIAS A DESPACHO FISCAL.

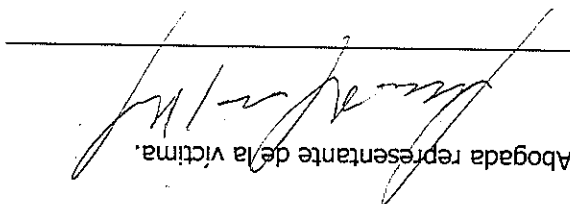
3.- Funcionario:

Unidad	Especialidad	Nombre y apellido de asistente de Fiscal:	NORRA ELENA MOLANO SANCHEZ	
Dirección:		AV. ROOSEVELT NO. 38-32 CALI.V.		Oficina:
Departamento:		VALLE DEL CAUCA		Municipio:
Teléfono:		Correo electrónico:		CALI

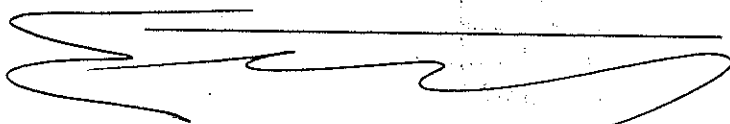
FIRMA VICTIMA.

Edinson Ballesteros

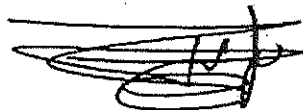
Abogada representante de la víctima.



Abogado representante del indiciado – aseguradora.



Firma,



Nohra Elena Molano Sanchez

Asistente de Fiscal II

Con funciones de Policía Judicial

										USO EXCLUSIVO POLICIA JUDICIAL											
										N° CASO											
7 6 0 0 1 6 0 9 9 1 6 5 2 0 1 9 8 6 0 8 9																					
No. Expediente CAD										Dpto		Mpio		Ent		U. Receptora		Año		onsecu7ivo	

	QUERELLA - FPJ-29-
---	--------------------

FECHA: 20 de enero de 2020	HORA: 15:54
----------------------------	-------------

Departamento VALLE	Municipio SANTIAGO DE CALI
Sala de Atención al Usuario SAU	Dirección
Delito LESIONES CULPOSAS ACCIDENTE DE TRANSITO	

Yo EDINSON BALLESTEROS OLAVE Identificado con cc. No 16124418
residente en CRA 43#43-36 teléfono: 3206375462 en calidad de querellante.
Comendidamente solicito se cite a la siguiente persona (s) en calidad de querellada (s)
Nombre HERNAN CORREA AHUANCA cc.no. 94417673
Dirección AVE.2B3#72N-47 teléfono 3186164896

El querellante ha sido informado de la EXONERACION DEL DEBER DE QUERELLAR, artículo 68, de las sanciones penales impuestas en caso de FALSA DENUNCIA y que la presente se hace bajo la gravedad de juramento, que no ha presentado querrela por los mismos hechos ante autoridad alguna y se hace petición para que sean utilizados los mecanismos alternativos de la solución de conflictos, artículo 116 de la C.N. dando aplicación al D.L. 906 de 2004 y a la Ley 640 de 2001, igualmente es informado de los derechos concernientes a la protección de las víctimas.

Lugar de los hechos CALLE 73 CRAS 16-17 AGTE TTO LUIS BRAVO PLACA 230
Fecha 20/11/2019 IPAT No 1107180

RELATO DE LOS HECHOS.

SE PRESENTA EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI DE LA FISCALIA, CON EL FIN DE INTERPONER QUERELLA, EL SEÑOR: (A) : EDINSON BALLESTEROS OLAVE CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 16.724.418 DE CALI QUIEN MANIFIESTA : IBA DE PASAJERO EN UN MOTOCARRO PLACAS NORMAL POR CALLE 73 CON CRARREAS 16 Y 17 CUANDO UN FURGON NOS CHOCO POR DETRÁS CAUSANDOME LESIONES PERSONALES . EL AGENTE DE TRANSITO DE PLACA N° 230 QUIEN ELABORO EL INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO DEL CASO EN MENCION, DETERMINO HIPOTESIS: PARA VEHICULO PLACAS TMP104 CODIGO 121 NO RESPETAR DISTANCIA DE SEGURIDAD . VER IPAT. RECIBE EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI LA QUERELLA Y SE CREA EL NUMERO DE NOTICIA CRIMINAL CON LA CLAVE DE USUARIO SPOA DEL AGENTE DE TRANSITO RECEPTOR DE PLACA 175 MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCION PRESTADA A LA PRESENTE.
SE ENTREGA AL DENUNCIANTE FORMATO DE QUERELLA FPJ-29 DILIGENCIADO Y SOLICITUD RECONOCIMIENTO MEDICINA LEGAL (PRIMERO)

IPAT N° 1107180

EDINSON BALLESTEROS OLAVE

FIRMA  C.C No 16124418

DIEGO LENIS MARTINEZ
Servidor receptor Policía Judicial

Firma  PLACA 175

Fecha fijada para la Conciliación _____ dirección _____ hora _____

CUMPLIDA SI ☐ NO ☐ CAUSA

FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
FORMATO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL
CONOCIMIENTO INICIAL

Fecha de Recepción: 20/ENE/2020
Hora: 15:39:00
Departamento: VALLE DEL CAUCA
Municipio: CALI

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

Caso Noticia: 760016099165201986089
Departamento: 76 - VALLE DEL CAUCA
Municipio: 001 - CALI
Entidad Receptora: 60 - FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
Unidad Receptora: 99165 - SALA DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS - CALI
Año: 2019
Consecutivo: 86089

TIPO DE NOTICIA

Tipo de Noticia: QUERELLA
Delito Referente: 571 - LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. MEDIO MOTORIZADO INCISO 2
Modo de operación del delito:
Grado del delito: NINGUNO
Ley de Aplicabilidad: LEY 906

AUTORIDADES

El usuario es remitido por una Entidad ? NO

DATOS DE LA VICTIMA
CUANDO NO ES EL MISMO DENUNCIANTE

Primer Nombre: EDINSON
Primer Apellido: BALLESTEROS
Segundo Apellido: OLAVE
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
N°. Documento: 16724418
Edad: 54
Género: HOMBRE
Lugar de Nacimiento País: COLOMBIA
Dirección residencia: 76001 CARRERA 43A 43 36, REPÚBLICA DE ISRAEL, COMUNA 16, CALI, VALLE DEL CAUCA
Barrio: REPÚBLICA DE ISRAEL
País: COLOMBIA
Departamento: VALLE DEL CAUCA
Municipio: CALI
Teléfono Móvil: 3206375462
Occiso: NO

Se informa a la víctima el contenido de los artículos 136 y 137 del Código de Procedimiento Penal, en cuanto a la información que debe conocer en su calidad de víctima y el derecho a intervenir en todas las fases de la actuación penal de conformidad con las reglas señaladas en la norma procesal penal.

DATOS DEL INDICIADO

Primer Nombre: HERNAN
Primer Apellido: CORREA
Segundo Apellido: AHUANCA
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
N°. Documento: 94417673
Edad: 45
Género: HOMBRE
Lugar de Nacimiento País: COLOMBIA
Dirección residencia: 76001 AVENIDA 2B3 CALLE 72 N 47, BRISAS DE LOS ÁLAMOS, COMUNA 2, CALI, VALLE DEL CAUCA
Barrio residencia: BRISAS DE LOS ÁLAMOS
País residencia: COLOMBIA
Departamento residencia: VALLE DEL CAUCA
Municipio residencia: CALI
Teléfono Móvil: 3186164896
Capturado: NO

BIENES RELACIONADOS CON EL CASO

VEHÍCULOS

INTERVIENTE: EDINSON BALLESTEROS OLAVE
TIPO VINCULACION: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
MARCA: ROA
PLACA: VJG190
MODELO: 1965
CLASE: CARGA
SERVICIO: PUBLICO
COLOR: AZUL
ASEGURADO?: SI
COMPANIA: SEGUROS COLPATRIA
NO. PÓLIZA: 7077167800

VEHÍCULOS

INTERVIENTE: HERNAN CORREA AHUANCA
TIPO VINCULACION: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
MARCA: JAC
PLACA: TMP104
MODELO: 2012
CLASE: CARGA
SERVICIO: PUBLICO
COLOR: BLANCO
ASEGURADO?: SI
COMPANIA: SEGUROS DEL ESTADO
NO. PÓLIZA: 624240

DATOS SOBRE LOS HECHOS

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

Fecha de comisión de los hechos 20/NOV/2019
Hora: 11:30:00
Para delitos de acción continuada: 11:30:00
Fecha inicial de comisión: 20/NOV/2019
Hora: 11:30:00
Fecha final de comisión: 20/NOV/2019
Hora: 12:00:00
Lugar de comisión de los hechos :
Municipio: 1 - CALI
Departamento: 76 - VALLE DEL CAUCA
Localidad o Zona: COMUNA 7
Barrio: SIETE DE AGOSTO
Dirección: 76001 CALLE 73 CON CARRERA 16, SIETE DE AGOSTO, COMUNA 7, CALI, VALLE
Latitud: 3.44565
Longitud: -76.484241
Uso de armas ? NO
Uso de sustancias tóxicas? NO

Relato de los hechos:

SE PRESENTA EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI DE LA FISCALIA, CON EL FIN DE INTERPONER QUERRELA, EL SEÑOR: (A) : EDINSON BALLESTEROS OLAVE CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 16.724.418 DE CALI QUIEN MANIFIESTA : IBA DE PASAJERO EN UN MOTOCARRO PLACAS NORMAL POR CALLE 73 CON CRARREAS 16 Y 17 CUANDO UN FURGON NOS CHOCO POR DETRAS CAUSANDOME LESIONES PERSONALES . EL AGENTE DE TRANSITO DE PLACA N° 230 QUIEN ELABORO EL INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO DEL CASO EN MENCION, DETERMINO HIPOTESIS: PARA VEHICULO PLACAS TMP104 CODIGO 121 NO RESPETAR DISTANCIA DE SEGURIDAD . VER IPAT. RECIBE EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI LA QUERRELA Y SE CREA EL NUMERO DE NOTICIA CRIMINAL CON LA CLAVE DE USUARIO SPOA DEL AGENTE DE TRANSITO RECEPTOR DE PLACA 175 MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCION PRESTADA A LA PRESENTE.
SE ENTREGA AL DENUNCIANTE FORMATO DE QUERRELA FPJ-29 DILIGENCIADO Y SOLICITUD RECONOCIMIENTO MEDICINA LEGAL (PRIMERO)

IPAT N° 1107180

Firma del Denunciante
Edinson Ballesteros
16724418

Firma de Quien Recibe la Denuncia

VEHÍCULOS

Interviniente: EDINSON BALLESTEROS OLAVE
Tipo vinculacion: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Marca: ROA
Placa: VJG190
Modelo: 1965
Clase: CARGA
Servicio: PUBLICO
Color: AZUL
Asegurado?: SI
Compañía: SEGUROS COLPATRIA
No. póliza: 7077167800

VEHÍCULOS

Interviniente: HERNAN CORREA AHUANCA
Tipo vinculacion: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Marca: JAC
Placa: TMP104
Modelo: 2012
Clase: CARGA
Servicio: PUBLICO
Color: BLANCO
Asegurado?: SI
Compañía: SEGUROS DEL ESTADO
No. póliza: 624240

DATOS SOBRE LOS HECHOS

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

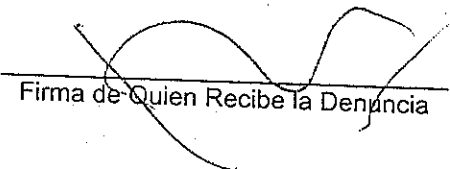
Fecha de comisión de los hechos : 20/NOV/2019
Hora: 11:30:00
Para delitos de acción continuada:
Fecha inicial de comisión: 20/NOV/2019
Hora: 11:30:00
Fecha final de comisión: 20/NOV/2019
Hora: 12:00:00
Lugar de comisión de los hechos :
Municipio: 1 - CALI
Departamento: 76 - VALLE DEL CAUCA
Localidad o Zona: COMUNA 7
Barrio: SIETE DE AGOSTO
Dirección: 76001 CALLE 73 CON CARRERA 16, SIETE DE AGOSTO, COMUNA 7, CALI, VALLE DEL CAUCA
Latitud: 3.44565
Longitud: -76.484241
Uso de armas ? NO
Uso de sustancias tóxicas?: NO

Relato de los hechos:

SE PRESENTA EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI DE LA FISCALIA, CON EL FIN DE INTERPONER QUERELLA, EL SEÑOR: (A) : EDINSON BALLESTEROS OLAVE CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 16.724.418 DE CALI QUIEN MANIFIESTA : IBA DE PASAJERO EN UN MOTOCARRO PLACAS NORMAL POR CALLE 73 CON CRARREAS 16 Y 17 CUANDO UN FURGON NOS CHOCO POR DETRÁS CAUSANDOME LESIONES PERSONALES . EL AGENTE DE TRANSITO DE PLACA N° 230 QUIEN ELABORO EL INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO DEL CASO EN MENCION, DETERMINO HIPOTESIS: PARA VEHICULO PLACAS TMP104 CODIGO 121 NO RESPETAR DISTANCIA DE SEGURIDAD . VER IPAT. RECIBE EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI LA QUERELLA Y SE CREA EL NUMERO DE NOTICIA CRIMINAL CON LA CLAVE DE USUARIO SPOA DEL AGENTE DE TRANSITO RECEPTOR DE PLACA 175 MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCION PRESTADA A LA PRESENTE.
SE ENTREGA AL DENUNCIANTE FORMATO DE QUERELLA FPJ-29 DILIGENCIADO Y SOLICITUD RECONOCIMIENTO MEDICINA LEGAL (PRIMERO)

IPAT N° 1107180

Edinson Ballesteros
Firma del Denunciante
16 724 418


Firma de Quien Recibe la Denuncia

FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
FORMATO UNICO DE NOTICIA CRIMINAL
CONOCIMIENTO INICIAL

Fecha de Recepción:
20/ENE/2020
Hora:
15:39:00
Departamento:
VALLE DEL CAUCA
Municipio:
CALI

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

760016099165201986089
76 - VALLE DEL CAUCA
001 - CALI
60 - FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
99165 - SALA DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS - CALI
2019
86089

TIPO DE NOTICIA

QUERRELLA
571 - LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. MEDIO MOTORIZADO INCISO 2
NINGUNO
LEY 906

AUTORIDADES

El usuario es remitido por una
Entidad ?

NO

DATOS DE LA VICTIMA
CUANDO NO ES EL MISMO DENUNCIANTE

Primer Nombre: EDINSON
Primer Apellido: BALLESTEROS
Segundo Apellido: OLAVE
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
Nº. Documento: 16724418
Edad: 54
Género: HOMBRE
Lugar de Nacimiento País: COLOMBIA
Dirección residencia: 76001 CARRERA 43A 43 36, REPÚBLICA DE ISRAEL, COMUNA 16, CALI, VALLE DEL CAUCA
Barrio: CAUCA
País: REPÚBLICA DE ISRAEL
Departamento: COLOMBIA
Municipio: VALLE DEL CAUCA
Teléfono Móvil: 3206375462
Occiso: NO

DATOS DEL INDICIADO

Primer Nombre: HERNAN
Primer Apellido: CORREA
Segundo Apellido: AHUANCA
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
Nº. Documento: 94417673
Edad: 45
Género: HOMBRE
Lugar de Nacimiento País: COLOMBIA
Dirección residencia: 76001 AVENIDA 2B3 CALLE 72 N 47, BRISAS DE LOS ALAMOS, COMUNA 2, CALI, VALLE DEL CAUCA
Barrio residencia: BRISAS DE LOS ALAMOS
País residencia: COLOMBIA
Departamento residencia: VALLE DEL CAUCA
Municipio residencia: CALI
Teléfono Móvil: 3186164896
Capturado: NO

BIENES RELACIONADOS CON EL CASO

VEHÍCULOS

Interviniente: EDINSON BALLESTEROS OLAVE
Tipo vinculacion: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Marca: ROA
Placa: VJG190
Modelo: 1965
Clase: CARGA
Servicio: PUBLICO
Color: AZUL
Asegurado?: SI
Compañía: SEGUROS COLPATRIA
No. póliza: 7077167800

VEHÍCULOS

Interviniente: HERNAN CORREA AHUANCA
Tipo vinculacion: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Marca: JAC
Placa: TMP104
Modelo: 2012
Clase: CARGA
Servicio: PUBLICO
Color: BLANCO
Asegurado?: SI
Compañía: SEGUROS DEL ESTADO
No. póliza: 624240

DATOS SOBRE LOS HECHOS

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

Fecha de comisión de los hechos 20/NOV/2019
Hora: 11:30:00
Para delitos de acción continuada:
Fecha inicial de comisión: 20/NOV/2019
Hora: 11:30:00
Fecha final de comisión: 20/NOV/2019
Hora: 12:00:00
Lugar de comisión de los hechos :
Municipio: 1 - CALI
Departamento: 76 - VALLE DEL CAUCA
Localidad o Zona: COMUNA 7
Barrio: SIETE DE AGOSTO
Dirección: 76001 CALLE 73 CON CARRERA 16, SIETE DE AGOSTO, COMUNA 7, CALI, VALLE DEL CAUCA
Latitud: 3.44565
Longitud: -76.484241
Uso de armas ? NO
Uso de sustancias tóxicas?: NO

Relato de los hechos:

SE PRESENTA EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI DE LA FISCALIA, CON EL FIN DE INTERPONER QUERRELLA, EL SEÑOR: (A) : EDINSON BALLESTEROS OLAVE CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 16.724.418 DE CALI QUIEN MANIFIESTA : IBA DE PASAJERO EN UN MOTOCARRO PLACAS NORMAL POR CALLE 73 CON CRARREAS 16 Y 17 CUANDO UN FURGON NOS CHOCO POR DETRÁS CAUSANDOME LESIONES PERSONALES . EL AGENTE DE TRANSITO DE PLACA N° 230 QUIEN ELABORO EL INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO DEL CASO EN MENCION, DETERMINO HIPOTESIS: PARA VEHICULO PLACAS TMP104 CODIGO 121 NO RESPETAR DISTANCIA DE SEGURIDAD . VER IPAT. RECIBE EN LA SALA DE DENUNCIAS DE LA URI LA QUERRELLA Y SE CREA EL NUMERO DE NOTICIA CRIMINAL CON LA CLAVE DE USUARIO SPOA DEL AGENTE DE TRANSITO RECEPTOR DE PLACA 175 MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCION PRESTADA A LA PRESENTE.
SE ENTREGA AL DENUNCIANTE FORMATO DE QUERRELLA FPJ-29 DILIGENCIADO Y SOLICITUD RECONOCIMIENTO MEDICINA LEGAL (PRIMERO)

IPAT N° 1107180

Edinson Ballesteros
Firma del Denunciante

16724418

Firma de Quien Recibe la Denuncia

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

Fecha de Recepción:
Hora:
Departamento:
Municipio:

20/ENE/2020
15:39:00
VALLE DEL CAUCA
CALI

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

760016099165201986089
76 - VALLE DEL CAUCA
001 - CALI

Caso Noticia:
Departamento:
Municipio:
Entidad Receptora:
Unidad Receptora:
Año:
Consecutivo:

60 - FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
99165 - SALA DE RECEPCIÓN DE DENUNCIAS - CALI
2019
86089

TIPO DE NOTICIA

QUERRELLA
571 - LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. MEDIO MOTORIZADO INCISO 2
NINGUNO
LEY 906

Tipo de Noticia:
Delito Referente:
Modo de operación del delito:
Tipo de delicto:
Ley de Aplicabilidad:

AUTORIDADES

El usuario es remitido por una
Entidad ?

NO

DATOS DE LA VICTIMA
CUANDO NO ES EL MISMO DENUNCIANTE

Primer Nombre:
Primer Apellido:
Segundo Apellido:
N°. Documento:
Edad:
Género:
Lugar de Nacimiento País:
Dirección residencia:

EDINSON
BALLESTEROS
OLAVE
CEDULA DE CIUDADANIA
16724418
54
HOMBRE
COLOMBIA
76001 CARRETERA 43A 43 36, REPÚBLICA DE ISRAEL, COMUNA 16, CALI, VALLE DEL CAUCA
REPUBLICA DE ISRAEL
COLOMBIA
VALLE DEL CAUCA
CALI
3206375462
NO

Primer Nombre:
Primer Apellido:
Segundo Apellido:
N°. Documento:
Edad:
Género:
Lugar de Nacimiento País:
Dirección residencia:

DATOS DEL INDICIADO

Primer Nombre:
HERNAN
CORREA
AHUANCA
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
94417673
45
HOMBRE
COLOMBIA
76001 AVENIDA 2B3 CALLE 72 N 47, BRISAS DE LOS ALAMOS, COMUNA 2, CALI, VALLE DEL CAUCA
BRISAS DE LOS ALAMOS
COLOMBIA
VALLE DEL CAUCA
Departamento residencia:
Municipio residencia:
Teléfono Móvil:
Capturado:

BIENES RELACIONADOS CON EL CASO

DIEGO LENIS MARTINEZ
ALCALDIA
Firma de Quien Registra Denuncia

usuario que imprime: DLENIS - fecha impresión: 20/ene/2020 15:51:10



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1



Santiago de Cali, 06 de julio de 2021

CO-F-562

Doctor (a)
NOHRA ELENA MOLANO SÁNCHEZ
Asistente de Fiscal II
Fiscalía Cuarenta y Tres Local
Avenida Roosevelt No. 38 -32 Piso 2
Cali - Valle

Señor (a)
EDIDSON BALLESTEROS OLAVE
Cali - Valle

ASUNTO SOLICITUD DE VALORACIÓN- RADICADO: 760016099165201986089.

Con el fin de dar trámite a la solicitud del asunto, de acuerdo con el ordenamiento legal establecido, el (la) señor (a) **EDIDSON BALLESTEROS OLAVE**, identificado (a) con la C.c. No. **16.124.418**, deberá acreditar en esta Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, una vez revisada la documentación allegada:

- **ALTA O FIN DE TRATAMIENTO POR ORTOPEDIA Y/O FISIATRIA (NO FISIOTERAPIA), DEBE INCLUIR: AMAs, TROFISMO, FUERZA MUSCULAR Y DEMAS SIGNOS OSTEOMUSCULARES DE CADA ÁREA LESIONADA.**

Se hace necesario de manera urgente para proceder a valorar la pérdida de capacidad laboral, para lo cual cuenta con un término de 30 días calendario de acuerdo con el ordenamiento legal estipulado en el **Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.5.1.29**, para que allegue el expediente completo, lapso durante el cual estará suspendido el término para decidir.

Cordialmente,

MARÍA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Directora Administrativa y Financiera Sala 1
Representante Legal

DIANA O.

185201986089



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1



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

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 11/03/2022	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 16724418 - 1008
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Rama judicial	Nombre solicitante: - FISCALIA 43 LOCAL DE CALI - FISCALIA 43 LOCAL DE CALI	Identificación: NIT
Teléfono: 6204100 EXT 1011	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Dirección: AVENIDA ROSVELT No 38-32 PISO 2
Correo electrónico: nohora.molano@fiscalia.gov.co - rubi.bolanos@fiscalia.gov.co		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1	Identificación: 805.012.111-1	Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020	Correo electrónico: jrcivalle@emcali.net.co	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: EDISON BALLESTEROS OLAVE	Identificación: CC - 16724418	Dirección: Carrera 43 No. 37-82
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	Teléfonos: - 3104938559	Fecha nacimiento: 18/09/1965
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca	Edad: 56 año(s) 5 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Soltero	Escolaridad: Básica secundaria
Correo electrónico: mancillamarulanda@hotmail.com	Tipo usuario SGSS:	EPS: EMSSANAR
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo:	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	
Empresa:	Identificación:	Dirección:
Ciudad:	Teléfono:	Fecha ingreso:
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1

Calificado: EDISON BALLESTEROS OLAVE

Dictamen:16724418 - 1008

Página 1 de 6

Resumen del caso:

Hombre de 57 años, Cerrajero-Soldador.- Enviado por la FISCALÍA 43 LOCAL CALI – VALLE, para valorar la pérdida de capacidad laboral por accidente de tránsito el 20/11/19, según versión: “...Iba en motocarro sufre atropello por parte de un furgón – golpes a nivel extremidades...” -

Resumen de información clínica:

Aportan y se revisa HC, de donde - por cuestiones de espacio en el formato de Dictamen de Juntas - solo se transcriben los exámenes e interconsultas más relevantes: 1) URGENCIAS – CLÍNICA CRISTO REY (20/11/19): “Motivo de consulta: Me accidenté. Enfermedad actual: Paciente que es traído por personal de APH por presentar ACT con posterior fractura expuesta compresión torniquete y paso para Angiotac como urgencia vital se informa del caso al servicio de traumas. Patológicos niega. Alérgicos niega. Fármacos niega. Qx RA + OTS Pie Der. EF: ... (ilegible)”; 2) ORTOPEdia (17/01/20): “Motivo de consulta: Control. Enfermedad actual: ... Paciente con los siguientes diagnósticos. 1. Poli trauma por accidente de tránsito. 2. Fractura expuesta de metatarsianos derechos con luxación tarsometatarsiana ... POP lavado, desbridamiento, fijación provisional con Steinman y colocación de sistema VAC en pie derecho (20/11/19 Dr. Cobo) ... POP lavado mas desbridamiento mas colgajo en herida compleja en pie derecho + acortamientos de huesos de tarso (27/11/19 Dr. Pérez) ... POP del 04/12/19 de lavado mas desbridamiento en pie derecho más toma de cultivo de secreción y hueso (Dr. Pérez)... POP lavado mas desbridamiento en pie derecho + cambio de VAC (10/12/19 Dr. Sánchez)... POP lavado + desbridamiento + curetaje + VAC + toma de cultivos (Dr. Sánchez 17/12/19)... POP lavado + desbridamiento + cambio de sistema VAC en herida compleja en muñón pie derecho (29/12/19 Dr. Pérez)... POP lavado + desbridamiento + curetaje + RAFI+ (Dr. Pérez 13/01/20). 3. Osteomielitis: Cultivo de hueso positivo para Kluyvera ascorbata (4/12/19). Refiere sentirse bien. niega dolor. niega fiebre. sistema VAC funcionante. egreso el 15/01/2020, examen físico MID: muñón con sistema VAC funcionante. se realiza retiro, se evidencia herida con adecuada cicatrización, no evidencia de sangrado o secreción purulenta, colgajo en adecuado estado. Radiografía 22/12/2019. Estudio Rx Tobillo. —REPORT TEXT— DERECHO Estructuras óseas que sugieren osteopenia. Amputación del pie a partir de la articulación sub-talar. Relación articular del tobillo conservada. Edema de tejidos blandos en el muñón. Tornillos fijando la articulación sub-talar. Paciente de 57 años, con dx anotados, en pop de muñón a nivel de articulación subtalar más colgajo, se realiza retiro de VAC sin complicaciones sin evidencia de infección en adecuada cicatricen. Tiene retiro de grapas en 15 días continuar en curaciones cada 3 días, control el 31/01/2020 días, terapia física, no apoyo, cuidados de muñón. se dan recomendaciones y signos de alarma. Paciente con amputación de tobillo por accidente de tránsito. Dx. Heridas múltiples del tobillo y pie derecho”; 3) INFORME PERICIAL DE MEDICINA FORENSE (30/01/20): “EXAMEN MEDICO LEGAL Aspecto general. Ingresa por sus medios marcha asistida por muletas con restricción de apoyo de miembro inferior derecho. Descripción de hallazgos - Examen mental. Consciente orientado colaborador - Neurológico. Sin déficit aparente - Miembros inferiores: Pierna derecha en la cara posterior toda su extensión presenta cicatriz de 50 cms en fase inicial de maduración, aun con material de sutura tipo grapa en zonas de la cicatriz – muñón subtalar sano cicatriz sana - edema de tejidos blandos - maleolo externo doloroso al tacto”; 4) ORTOPEdia (24/09/21): “Evolución Consulta. Paciente de 56 Años, Género Masculino. Diagnósticos activos antes de la nota celulitis de otros sitios (impresión diagnóstica). Otros estados postquirúrgicos especificados, análisis paciente masculino de 55 años de edad ant de amputación a nivel de LINS frank en noviembre 2019 con buena evolución clínica. Examen físico: Muñón cicatrizado, marcha con muletas, dolor ocasional. Plan: Valoración por fisioterapia, alta por ortopedia” y 5) FISIATRÍA (09/11

/21): "... Escolaridad: Bachillerato. Ocupación previa: Cerrajería y soldadura... Paciente de 56 años de edad sin comorbilidades conocidas con cuadro clínico que sucedió el 20/11/19 por accidente de tránsito motocarro vs furgón con amputación traumática a nivel de articulación tipo chopart derecho, con múltiples cirugías (#6-7 ocasiones) de para colgajos de piel - realizada de forma extrainstitucional (pero no trae HC). No ha iniciado plan de rehabilitación refiere que no tuvo infecciones, buena cicatrización posterior realiza marcha en casa sin dispositivos de asistencia para la marcha, en exteriores usa 2 muletas tiene dolor ocasional en el muñón con el apoyo prolongado. Ingresa para iniciar proceso protésico. Examen físico: Paciente ingresa con dispositivo de asistencia para la marcha tipo muletas bilateral, hipotrofia muscular generalizada, particularmente de cuádriceps derecho, muslo derecho 34.5 cm - izquierdo 39 cm, pantorrilla derecha 26 cm - izquierda 30 cm. Se observa calcáneo derecho en varo, Eje del pie esta rotado externamente 35°. Rodilla derecha -5° de extensión, con flexión completa, fuerza 5/5 global en miembro inferior izquierdo fuerza 4/5 en cuádriceps derecho, apoyo mono podal rudimentario mayor a 10 seg realiza saltos en MII ROT ++ rotuliano bilateral. Dx. Amputación traumática de miembro inferior nivel no especificado". -

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 08/03/2022 Especialidad: MEDICO LABORAL JRCIV

De acuerdo al instructivo Nacional y al estado de Emergencia Sanitaria declarado por el Ministerio de Salud y Protección Social que dictó las directrices para la calificación de pacientes en medio de la crisis de salud pública y en concordancia con las medidas para prevenir la propagación del COVID-19, "los casos de controversia en Origen serán calificados por expediente al igual que los de Pérdida de Capacidad Laboral" y al Comunicado público de ésta Junta Regional emitido el 01 de Junio del 2020 y prorrogado mediante nuevo Comunicado de fecha 28 de Febrero de 2022, ante el estado de la Pandemia - en especial en nuestro Departamento - donde se decidió "cancelar las valoraciones físicas las cuales no serán reprogramadas" y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede a REALIZAR el Peritazgo solicitado - por EXPEDIENTE - con base en los Fundamentos de Hecho y Derecho soportados.-

Fecha: 08/03/2022 Especialidad: PSICÓLOGO JRCIV

Hombre de 57 años, residente en Cali, labora como Cerrajero-Soldador, con base en la anamnesis y examen físico descrito por las evaluaciones de los médicos tratantes, se procede a calificar el título II, capítulos II_III de la calificación del rol laboral y otras actividades ocupacionales como lo indica el decreto 1507/2014 Ante la contingencia sanitaria actual en el País (COVID-19) y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede calificar PCL POR EXPEDIENTE

Análisis y conclusiones:

NOTA 1: En el presente caso, se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCL-VALLE y posteriormente se llamó al Sr. Ballesteros Olave (ver hoja de ruta virtual), para informarle que se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días

previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente. – Telefónicamente su Apoderada refiere que el Sr. Ballesteros no labora actualmente.

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

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
T136	Amputación traumática de miembro inferior, nivel no especificado	Pie Derecho, tipo Chopart		No aplica

Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	1	NA	NA	NA	10,00%		10,00%

Valor combinado 10,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.14, 14.12	NA	NA	NA	NA	20,00%		20,00%

Valor combinado 20,00%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	20,00%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	28,00%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

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

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$A + \frac{(100 - A) * B}{100}$$

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

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

14,00%

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

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	10
Restricciones autosuficiencia económica	1
Restricciones en función de la edad cronológica	2

Entidad calificadora: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1

Calificado: EDISON BALLESTEROS OLAVE

Dictamen:16724418 - 1008

Página 4 de 6



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1



Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%) 13,00%

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)												
A 0,0 No hay dificultad, no dependencia.			B 0,1 Dificultad leve, no dependencia.			C 0,2 Dificultad moderada, dependencia moderada.						
D 0,3 Dificultad severa, dependencia severa.			E 0,4 Dificultad completa, dependencia completa.									
d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.2	0.2	0	0	0	0.2	0.2	0.2	0.2	0	
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0.2	
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0	0	0	0.1	0.1	0.1	0	0	0	

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%) 2

Valor final título II 15,00%



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1



7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	14,00%	
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	15,00%	
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	29,00%	
Origen: No aplica	Riesgo: No aplica	Fecha de estructuración:
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:		

NOTA 2: Dictamen NO válido para reclamaciones ante SOAT u otras aseguradoras, válido ÚNICAMENTE en los términos previstos en el Código de Procedimiento Penal, según disposiciones del Decreto 1072 de 2015.

Nivel de perdida: Incapacidad permanente parcial	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica	Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica	Enfermedad degenerativa: No aplica	Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador

ZOILO ROSENDO
DELVASTO RICAURTE

Firmado digitalmente por ZOILO
ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Fecha: 2022.03.11 05:54:08 -05'00'

Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte
Médico ponente
Miembro Principal Sala 1

DAVID ANDRES
ALVAREZ RINCON


Firmado digitalmente por
DAVID ANDRES ALVAREZ
RINCON
Fecha: 2022.03.11 06:57:41 -05'00'

David Andrés Álvarez Rincón
Miembro Principal Sala 1

HECTOR
VELASQUEZ RODAS

Firmado digitalmente por
HECTOR VELASQUEZ RODAS
Fecha: 2022.03.11 09:53:02 -05'00'

Hector Velásquez Rodas
Miembro Principal Sala 1

 República de Colombia Santiago de Cali www.cali.gov.co			MMCS03.03.1.18F0703	
	FORMATO SOLICITUD RECONOCIMIENTO MEDICO LEGAL		VERSIÓN	1
			FECHA APROB.	26/03/2008
CONVIVENCIA Y SEGURIDAD				
REGULACION DEL TRANSITO				

LEY 906 SPOA N°

7	6	0	0	1	6	0	9	9	1	6	5	2	0	1	9	8	6	0	8	9
5Dpt		Mpio		Entid		U Receptora		Año										Cscutiv		

FECHA:20/01/2020 HORA : 15:55

IPAT No:1107180

Señores:
 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
 Regional Santiago de Cali.
 Ciudad:

Asunto: Reconocimiento Medico Legal PRIMERO (X)

Comedidamente solicito se practique reconocimiento medico legal comparativo al lesionado en accidente de transito, con base en la historia clinica aportada por la autoridad de transito, al señor (a)

DATOS LESIONADO

NOMBRE: EDINSON BALLESTEROS OLAVE CEDULA C. No 16124418.
 DIRECCION: CRA 43#43-36 TELEFONO: 3206375462

DATOS ACCIDENTE DE TRANSITO

ECHA: 20/11/2019 DIRECCION: CALLE 73 CRAS 16-17 IPAT No 1107180
 AGTE DE TTO: LUIS BRAVO PLACA 230

Policia Judicial Solicitante. DIEGO LENIS MARTINEZ Entidad: Secretaria de Transito Código 175 Unidad Criminalística de Transito Cali


 FIRMA AGENTE DE TRANSITO

NOTIFICADO Edinson Ballesteros

CEDULA No 16 724 418

POR FAVOR LEA
 AL IR A VALORACIÓN MEDICO LEGAL CALLE 5 CARRERA 36 HOSPITAL H. U. V. LLEVE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, RADIOGRAFÍAS, ETC. RECUERDE LLEVAR EL DICTAMEN DE MEDICINA LEGAL AL FISCAL QUE SE LE HAYA ASIGNADO A SU CASO. SIEMPRE TENGA A MANO UNA COPIA DEL INFORME DE ACCIDENTE DE TRANSITO.

Carrera 3 No 56-90 Teléfono 4184216



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA CALI

DIRECCIÓN: CALLE 4B No. 36-01. CALI, VALLE DEL CAUCA
TELÉFONO: (2) 5540970-5542447 Telefonía IP (1) 4069944 Ext 2237-2238-2259-2279

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-01225-2020

CIUDAD Y FECHA: CALI. 30 de enero de 2020
NÚMERO DE CASO INTERNO: **UBCALI-DSVLLC-01230-C-2020**
OFICIO PETITORIO: No. SIN DATO - 2020-01-20. Ref: Noticia criminal
760016099165201986089 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: SECRETARIA DE TRANSITO
ALCALDIA
AUTORIDAD DESTINATARIA: SECRETARIA DE TRANSITO
ALCALDIA
CARRERA 72 calle 25 IPAT N°511861
CALI, VALLE DEL CAUCA
NOMBRE EXAMINADO: EDINSON BALLESTEROS OLAVE
IDENTIFICACIÓN: CC 16724418
EDAD REFERIDA: 54 años
ASUNTO: Lesiones/ Accidente de transporte

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales, la documentación y el manejo técnico de los elementos de prueba recolectados y asociados, que deberán ser utilizados y analizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense DG-M-RT-01-V01, Versión 01 de octubre de 2010.

Examinado hoy jueves 30 de enero de 2020 a las 10:41 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:

El examinado refiere que 20-11-19 11+30 CLL 73 ENTRE 16-17 " Iba en motocarro sufre atropello por parte de un furgon - golpes a nivel extremidades inferiores --- .

ATENCIÓN EN SALUD: Fue atendido en Clinica Cristo Rey. Aporta copia de historia clínica número 16724418, que refiere en sus partes pertinentes lo siguiente: 20-11-19 Accidente de transito - fractura expuesta de pie derecho sangrado activo escaso, sin repercusión hemodinámica - colocan vendaje torniquete y paso para angiotac como urgencia vital - estudio negativo para lesión arterial - lesión completa de de tarso y metatarso fractura de calcaneo--ortopedia fractura expuesta de metatarsianos - luxación tarsometatarsiana - herida compleja en pie --- lavado mas desbridamiento de lesión compleja fijación externa - evolución a la necrosis de tejidos, infección ósea, osteomielitis del pie --- realizan amputación subtalar del pie múltiples

CESAR AUGUSTO HURTADO MARIN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

No.: UBCALI-DSVLLC-01225-2020

lavados mas desbridamientos mas terapia antibiotica 15-01-20 alta medica manejo ambulatorio control y seguimiento -- 17-01-20 ORTOPEDIA - paciente con diagnosticos anotados postoperatorio de muñon a nivel de articulacion subtalar mas colgajo se realiza retiro de VAC sin complicaciones - sin evidencia de infeccion en adecuado de cicatrizacion -- retiro de grapas en 15 dias - continuar en curaciones --- orden de terapia fisica - cuidados de muñon --- .

ANTECEDENTES: Médico legales: Niega. Sociales: Niega. Familiares: Niega. Patológicos: Niega.

EXAMEN MÉDICO LEGAL

Aspecto general: Ingresa por sus medios marcha asistida por muletas con restriccion de apoyo de miembro inferior derecho

Descripción de hallazgos

- Examen mental: Consciente orientado colaborador
- Neurológico: Sin deficit aparente
- Miembros inferiores: Pierna derecha en la cara posterior toda su extension presenta cicatriz de 50 cms en fase inicial de maduracion aun con material de sutura tipo grapa en zonas de la cicatriz --- muñon subtalar sano cicatriz sana - edema de tejidos blandos --- maleolo externo doloroso al tacto

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Incapacidad médico legal DEFINITIVA SESENTA (60) DÍAS. SEQUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; Perturbación funcional de miembro Inferior derecho de carácter permanente; Perturbación funcional de órgano de la locomoción de carácter permanente;

Atentamente,

CESAR AUGUSTO HURTADO MARIN
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

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.
30/01/2020 11:26

 FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	CONSTANCIA
---	-------------------

Hoja N°. 1 de 2

Departamento	Valle del Cauca	Municipio	CALI	Fecha	2022	09	02
--------------	-----------------	-----------	------	-------	------	----	----

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL:

7	6	0	0	1	6	0	9	9	1	6	5	2	0	1	9	8	6	0	8	9
Departamento		Municipio		Entidad		Unidad Receptora				Año				Consecutivo						

1. DESCRIPCION DEL ASUNTO (INDIQUE BREVEMENTE LOS MOTIVOS DE LA CONSTANCIA):

LA ASISTENTE DEL DESPACHO FISCAL LOCAL 43, ADSCRITA A LA UNIDAD QUERELLABLES, SUB-UNIDAD DELITOS CULPOSOS EN ACCIDENTE DE TRANSITO, HACE CONSTAR, que a la fecha se le entrega copia mecánica del dictamen rendido por la junta regional de calificación de invalidez del valle del cauca, de su poderdante. Sr(a): EDISON BALLESTEROS OLAVE.16724418, EMAIL.lucy.mancillamarulanda@hotmail.com . Celular No. 3104938559. Se le entregan copias mecánicas.

La Abogada representante de la víctima es informado(a) que a partir de la fecha cuenta con el término de cinco (5) días hábiles para presentar objeción o aclaración a este dictamen.

No siendo otro el objeto de la presente se termina y firma tal como aparece; por quienes en ella intervinieron.


ABOGADA REPRESENTANTE DE LA Víctima:

QUEDAN LAS DILIGENCIAS A DESPACHO PARA ESTUDIO.

2. DATOS DEL SERVIDOR:

Nombres y apellidos:	NOHRA ELENA MOLANO SANCHEZ		
Dirección:			
Departamento:	Valle del Cauca	Municipio:	CALI
Teléfono:		Correo electrónico:	nohora.molano@fiscalia.gov.co
Unidad	GRUPO INVESTIGACION Y JUICIO - LESIONES ACCIDENTE TRANSITO - CALI	No. de Fiscalía	FISCALIA 43

760016099165201986089
Firma Electrónica,




Fiscalía General de la Nación

Fecha: 2022-09-02 12:55:23

Firmado :NOHRA ELENA MOLANO SANCHEZ

Código: 87102f6996 ,Firma electrónica

 FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	CONSTANCIA
---	-------------------

Hoja N°. 2 de 2

Departamento	Valle del Cauca	Municipio	CALI	Fecha	2022	09	02
--------------	-----------------	-----------	------	-------	------	----	----

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL:


7	6	0	0	1	6	0	9	9	1	6	5	2	0	1	9	8	6	0	8	9
Departamento		Municipio		Entidad		Unidad Receptora				Año				Consecutivo						

Firma Electrónica,

 FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: NOHRA ELENA MOLANO SANCHEZ.
---	---

760016099165201986089

Firma Electrónica,

 FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	Fiscalía General de la Nación Fecha: 2022-09-02 12:55:23 Firmado :NOHRA ELENA MOLANO SANCHEZ Código: 87102f6996 ,Firma electrónica
---	---

Santiago de Cali, 10 de septiembre de 2022

DJ-22-331- DMOL

Doctora
LUCY MANCILLA MARULANDA
lucy.mancillamarulanda@hotmail.com
Santiago de Cali - Valle del Cauca

ASUNTO: RESPUESTA A SOLICITUD DE CONVOCATORIA ANTE LA
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE REVISION DE
CALIFICACION DE INVALIDEZ.
CALIFICADO: EDISON BALLESTEROS OLAVE, C.C. 16.724.418

Muy respetuosamente se dirige a usted, la Directora Administrativa y Financiera de la Sala Uno (1) y Representante Legal de la Junta Regional de Calificación de invalidez del Valle del Cauca, para dar respuesta a su solicitud, radicada a través de correo electrónico de fecha, 09/09/2022 en la cual se lee:

"...1. Con base a los hechos narrados en este escrito solicito comedida y respetuosamente sea revisada y modificada EL CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN DE DETERMINACION DE ORIGEN Y/O PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL, emitido por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ VALLE DEL CAUCA..."

RESPUESTA: Muy respetuosamente se le informa que, el día 11 de marzo de 2022 se emitió dictamen número **16724418 - 1008**, a nombre del señor **EDISON BALLESTEROS OLAVE**, identificado con número de cédula **16.724.418**, el cual fue notificado a la **FISCALIA 43 LOCAL DE CALI**, conforme a lo preceptuado en el artículo 2.2.5.1.39 del Decreto 1072 de 2015; en el que se lee:

"En los casos en los que la solicitud de dictamen sea realizada a través de la inspección de trabajo del Ministerio del Trabajo, autoridades judiciales o administrativas, actuando como peritos las Juntas de Calificación de Invalidez, la notificación o comunicación según sea el caso se surtirá en sus respectivos despachos. Para tal efecto, la junta remitirá solamente el dictamen a dichas entidades, las cuales se encargarán de la notificación o comunicación según sea el caso de conformidad con lo establecido en este artículo, posteriormente, el inspector de trabajo deberá devolver debidamente notificado el dictamen."

De conformidad con la normatividad anteriormente transcrita, tratándose de autoridades judiciales, la actuación de las Juntas es como peritos, sin que se pueda modificar el dictamen al paciente y/o apoderado del mismo; ya que toda actuación posterior a la expedición del dictamen corresponde a la entidad judicial.

Esta Junta da respuesta a su petición en los términos del artículo 14 de la ley 1755 de 2015 en concordancia con el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia.

Cordialmente,



MARÍA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Directora Administrativa y Financiera de la Sala Uno (1) y Representante Legal.
Trabajo en casa, Circular 021 de 17 de marzo 2020 – MINTRABAJO.

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.
Calle 5E No. 42 -44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca). PBX:
5531020.
Cuenta Ahorros: 0173 0010 2021 Banco: Davivienda



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI
NI 900951033

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No.

94313

Fecha de Solicitud 15/1/2020

SEDE PRINCIPAL

AV 4N 22 46

3876910

Información del Paciente:

Paciente:	BALLESTEROS OLAVE EDISON	EPS:	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD
No. Afiliación:		Empresa:	
No. Identificación:	CC 16724418	Afiliado:	
		Tipo Usuario:	Otro Estrato: UNICO

Información Sobre la Incapacidad:

Fecha de Inicio:	20/11/2019	Fecha terminación:	18/01/2020	Duración:	60 D'a(s)	Prorroga:	NO
Diagnostico:	T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS						

T. de Contingencia: INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRANSITO

Clase de Atención:

Información de la IPS y del Médico:

Nombre de la IPS:	FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI	Nombre del Médico:	JHON JAIRO PEREZ	CC 91524615
-------------------	---	--------------------	------------------	-------------

Diagnostico Principal: T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS

FIRMA
USUARIO:

Firma Medico Tratante: JHON JAIRO
PEREZ

Registro Médico No.: 60742/54

Dcto Ident :



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI
NI 900951033

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No.

94514

Fecha de Solicitud 17/1/2020

SEDE PRINCIPAL

AV 4N 22 46

3876910

Información del Paciente:

Paciente: BALLESTEROS OLAVE EDISON

No. Afiliación:

No. Identificación: CC 16724418

EPS: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD

Empresa:

Afiliado:

Tipo Usuario: Otro Estrato: UNICO

Información Sobre la Incapacidad:

Fecha de inicio: 19/01/2020

Fecha terminación: 17/02/2020

Duración: 30 Día(s)

Prorroga: SI

Diagnostico: S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

T. de Contingencia: INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRANSITO

Clase de Atención:

Información de la IPS y del Medico:

Nombre de la IPS: FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI

Nombre del Medico: JHON JAIRO PEREZ

CC 91524615

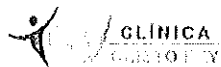
Diagnostico Principal: S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

FIRMA
USUARIO:

Firma Medico Tratante: JHON JAIRO
PEREZ

Registro Médico No.: 60742/54

Doco Ident :



HISTORIA CLINICA

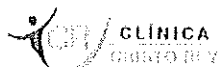
PACIENTE: EDISON BALLESTEROS OLAVE	IDENTIFICACION: CC 16724418	HC: 16724418 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 5/7/1962	EDAD: 57 Años	SEXO: M
RESIDENCIA: CARRERA 43A 43 34	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO:
FECHA PRIMER INGRESO: 20/11/2019 - 12:20:14	FECHA ULTIMO INGRESO: 17/1/2020 - 07:39:05	TELEFONO: 3206375462
CLIENTE: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN: SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2020	

Ingreso: 201279

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA
2019-11-20	<p>12:23 juagarfr - JUAN SEBASTIAN GARCIA FRANCO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : ME ACCIDENTE</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE ES TRAILO POR PERSONAL DE APH POR PRESENTAR ACT CON POSTERIOR FRACTURA EXPUESTA COMPRESION TORNIQUETE Y PASO PARA ANGIOTAC COMO URGENCIA VITAL. SE INFOMRA DEL CASO A SERVICIO TRAUMAS.</p> <p>PATOLOGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA FARMACOS NIEGA QX RA + OTS PIE DER.</p>

USUARIO		EXAMEN FISICO/MENTA
JUAN SEBASTIAN GARCIA FRANCO		
TIPO SISTEMA	VALORACION	
Neurologico 1	NORMAL	PACIENTE SIN
Nervioso Central y Periferico	NORMAL	PACIENTE CO INFERIORES F SIGNOS MENI
Organos de los Sentidos	NORMAL	CONJUNTIVAS FISTAXIS NC NORMAL MEM
CardioVascular	NORMAL	RUIDOS CARD PULMONAR DI
Respiratorio	NORMAL	TÓRAX SIMÉT RESONANTE Y
Esfera Mental	NORMAL	PACIENTE CO
Piel y Faneras	NORMAL	DE COLORACI
Abdomen	NORMAL	ABDOMEN SIN MEGALIAS
Extremidades	ANORMAL	PIE DER CON VALORTABLE.
Cabeza y Cuello	NORMAL	PACIENTE NO PATRÓN NORI ADENOPATIAS
Piel	NORMAL	DE COLORACI
General	ANORMAL	SEVERAMENTI

REVISION POR SISTEMA DEL PA		OBSERVACION
SISTEMA		
Neurologico 1	LO REFERIDO EN LA EA	
Nervioso Central y Periferico	LO REFERIDO EN LA EA	
Organos de los Sentidos	LO REFERIDO EN LA EA	
CardioVascular	LO REFERIDO EN LA EA	
Respiratorio	LO REFERIDO EN LA EA	
GastroIntestinal	LO REFERIDO EN LA EA	
GenitoUrinario	LO REFERIDO EN LA EA	
OsteoMuscular	LO REFERIDO EN LA EA	



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: EDISON BALLESTEROS OLAVE	IDENTIFICACION: CC 16724418	HC: 16724418 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 5/7/1962	EDAD: 57 Años	SEXO: M
RESIDENCIA: CARRERA 43A 43 34	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO:
FECHA PRIMER INGRESO: 20/11/2019 - 12:20:14	FECHA ULTIMO INGRESO: 17/1/2020 - 07:39:05	TELEFONO: 3206375462
CLIENTE: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN: SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2020	

Ingreso: 201279

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA
2019-11-20	<p>12:23 juagarfr - JUAN SEBASTIAN GARCIA FRANCO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : ME ACCIDENTE</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE ES TRAIIDO POR PERSONAL DE APH POR PRESENTAR ACT CON POSTERIOR FRACTURA EXPUESTA COMPRESION TORNIQUETE Y PASO PARA ANGIOTAC COMO URGENCIA VITAL. SE INFOMRA DEL CASO A SERVICIO TRAUMAS.</p> <p>PATOLOGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA FARMACOS NIEGA QX RA + QTS PIE DER.</p>

USUARIO		EXAMEN FISICO/MENTAL	
JUAN SEBASTIAN GARCIA FRANCO			
TIPO SISTEMA		VALORACION	
Neurologico 1		NORMAL	PACIENTE SIN
Nervioso Central y Periferico		NORMAL	PACIENTE CO INFERIORES F SIGNOS MENI
Organos de los Sentidos		NORMAL	CONJUNTIVAS FISTAXIS NC NORMAL MEM
CardioVascular		NORMAL	RUIDOS CARC PULMONAR DI
Respiratorio		NORMAL	TÓRAX SIMÉT RESONANTE Y
Esfera Mental		NORMAL	PACIENTE CO
Piel y Faneras		NORMAL	DE COLORACI
Abdomen		NORMAL	ABDOMEN SIN MEGALIAS
Extremidades		ANORMAL	PIE DER CON VALORTABLE
Cabeza y Cuello		NORMAL	PACIENTE NO PATRÓN NORI ADENOPATIAS
Piel		NORMAL	DE COLORACI
General		ANORMAL	SEVERAMENTI

REVISION POR SISTEMA DEL PA	
SISTEMA	OBSERVACION
Neurologico 1	LO REFERIDO EN LA EA
Nervioso Central y Periferico	LO REFERIDO EN LA EA
Organos de los Sentidos	LO REFERIDO EN LA EA
CardioVascular	LO REFERIDO EN LA EA
Respiratorio	LO REFERIDO EN LA EA
GastroIntestinal	LO REFERIDO EN LA EA
GenitoUrinario	LO REFERIDO EN LA EA
OsteoMuscular	LO REFERIDO EN LA EA



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: EDISON BALLESTEROS OLAVE	IDENTIFICACION: 16724418	CC: - CC	HC: 16724418	EDAD: 57 Años	SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 5/7/1962	RESIDENCIA: CARRERA 43A 43 34	TELEFONO: 3206375462	VALLE DEL CAUCA - CALI		
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL:	OCUPACION:			
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:			
FECHA INGRESO: 17/1/2020 - 07:39:05	FECHA EGRESO: 17/1/2020 - 08:44:08	CAMA:			
DEPARTAMENTO: CEXTER CONSULTA EXTERNA AMERICAS	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:				
CLIENTE: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN: SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2020	TIPO AFILIADO: Otro			
IPS: SEDE PRINCIPAL	DIRECCION:	TELEFONO IPS: 3876910			

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2020-01-17	<p>08:43 jhoperpe - JHON JAIRO PEREZ</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : CONTROL</p> <p>EDISON BALLESTEROS OLAVE 57 AÑOS CC: 16724418 FI: 20/11/19// FIH: 20/11/19 SECRETARIA DEL VALLE</p> <p>PACIENTE CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO 2. FRACTURA EXPUESTA DE METATARSIANOS DERECHOS CON LUXACION TARSOMETATARSIANA <p>----- POP LAVADO, DESBRIDAMIENTO, FIJACION PROVISIONAL CON STEINMAN Y COLOCACION DE SISTEMA VAC EN</p> <p>PIE DERECHO (20/11/19 DR COBO)</p> <p>----- POP DE LAVADO, DESBRIDAMIENTO Y FIJACION DEL II METATARSIANO CON STEINMAN (22.11.19 - DR. OBANDO)</p> <p>----- POP DE LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO MAS COLGAJO EN HERIDA COMPLEJA EN PIE DERECHO + ACORTAMIENTO DE HUESOS DE TARSO (27/11/19 DR PÉREZ)</p> <p>-----POP DEL 04.12.19 DE LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO EN PIE DERECHO MAS TOMAD E CULTIVO DE SECRESION Y HUESO (DR PEREZ)</p> <p>-----POP LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO EN PIE DERECHO + CAMBIO DE VAC (10/12/19 DR SANCHEZ)</p> <p>-----POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + VAC + TPMA DE CULTIVOS (DR SANCHEZ 17/12/19)</p> <p>----- P.O.P. LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + CAMBIO DE VAC (21-12-2019 DR SANCHEZ)</p> <p>----- POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CAMBIO DE SISTEMA VAC EN HERIDA COMPLEJA EN MUÑÓN PIE DERECHO (29/12/19 DR PEREZ)</p> <p>----- POP LAVADO + DESBRIDAMIENTO + CURETAJE + RAFI (DR PEREZ 13/01/20)</p> <p>3. OSTEOMIELITIS: CULTIVO DE HUESO POSITIVO PARA KLUYVERA ASCORBATA (4/12/19)</p> <p>REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR, NIEGA FIEBRE, SISTEMA VAC FUNCIONANTE, ERESO EL 15/01/2020</p> <p>EXAMEN FISICO</p> <p>MID: MUÑON CON SISTEMA VAC FUNCIONANTE, SE REALIZA RETIRO, SE EVIDENCIA HERIDA CON ADECUADA CICATRIZACION, NO EVIDENCIA DE SANGRADO O SECRECION PURULENTO, COLGAJO EN ADECUADO ESTADO</p> <p>RADIOGRAFIA 22/12/2019:</p> <p>Estudio: RX043, RX TOBILLO</p> <p>===== REPORT TEXT =====</p> <p>DERECHO</p> <p>Estructuras óseas que sugieren osteopenia. Amputación del pie a partir de la articulación sub-talar. Relación articular del tobillo conservada. Edema de tejidos blandos en el muñón.</p>

Tornillos fijando la articulación sub-talar.

PACIENTE DE 57 AÑOS, CON DX ANOTADOS, EN POP DE MUÑON A NIVEL DE ARTICULACION SUBTALAR MAS COLGAJO, SE REALIZA RETIRO DE VAC SIN COMPLICACIONES SIN EVIDENCIA DE INFECCION EN ADECUADA CICATRIZACION. TIENE RETIRO DE GRAPAS EN 15 DIAS. CONTINUAR EN CURACIONES CADA 3 DIAS, CONTROL EL 31/01/2020 DIAS, TERAPIA FISICA, NO APOYO, CUIDADOS DE MUÑON. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
S917	HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE			JHON JAIRO PEREZ	2020-01-17


APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA
IMAGENOLOGIA	873431	POS RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	17/1/2020 - 08:25:53
	Observacion	RX DE TOBILLO DERECHO DE CONTROL	
	Profesionales	Profesional: JHON JAIRO PEREZ CC - 91524615 T.P - 60742/54 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Orden Profesional	JHON JAIRO PEREZ	
	Diagnosticos Presuntivos		

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	FECHA/HORA EVOLUCION
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	20	17/1/2020 - 08:25:53
	Observacion	REHABILITACION FISICA		
	Diagnosticos Presuntivos			

INTERCONSULTAS SOLICITADAS

CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	FECHA/HORA EVOLUCION
890480	014	TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	17/1/2020 - 08:25:53
	Observacion	CONTROL CON ORTOPEDIA 31/01/2020	
	Profesionales	 Profesional: JHON JAIRO PEREZ CC - 91524615 T.P - 60742/54 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Diagnosticos Presuntivos		

ORIGEN DE LA ATENCION

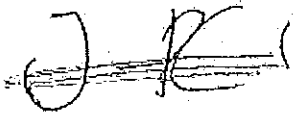
Otro tipo de accidente

FINALIDAD DE LA ATENCION		No aplica		
INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS				
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION
3603289	PACIENTE CON AMPUTACION DE TOBILLO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD EN 30 DIAS	Incapacidad por Accidente de Transito	30	19/1/2020

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
S917	HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

JHON JAIRO PEREZ



PROFESIONAL

CC - 91524615 - T.P 60742/54

TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

Imprimió: MAGDA MARIA BEJARANO CAMACHO - magbejca

Fecha Impresión : 2020/1/17 - 08:54:20



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI NI 900951033
AV 4N 22 46 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 FAX: 3876911
FORMULA MEDICA Nº 95118
MEDICAMENTO(S) FORMULADO(S)

No. EVOLUCION	3595536	FECHA FORMULA	15/01/2020
IDENTIFICACION	CC 16724418	PACIENTE	EDISON BALLESTEROS OLAVE
CLIENTE	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN	SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019
EDAD	57 Años	SEXO	M
TIPO AFILIADO	Otro	RANGO	UNICO

1. ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICAN GENERICS 500MG TABLETA	
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL
DOSIS	2 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD	30 (Treinta) TABLETA (S) POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO	5 DIA(S)
OBSERVACION	TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS CADA 8 HORAS
2. DICLOFENACO 50MG TABLETA 50MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICA S.A.50MG TABLETA	
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL
DOSIS	1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD	10 (Diez) TABLETA (S) POR 50MG
DIAS TRATAMIENTO	5 DIA(S)
OBSERVACION	TOMAR UNA CAPSUYLA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO(S) :

T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

VALIDEZ : 15 Días

FECHA DE VENCIMIENTO : 29/01/2020

MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : JHON JAIRÓ PEREZ
CC - 91524615 - T.P 60742/54
ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: JHON JAIRÓ PEREZ

Fecha Impresión : 15/01/2020 - 09:52 am



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI NI 900951033
AV 4N 22 46 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 FAX: 3876911
FORMULA MEDICA Nº 95118
MEDICAMENTO(S) FORMULADO(S)

No. EVOLUCION	3595536	FECHA FORMULA	15/01/2020
IDENTIFICACION	CC 16724418	PACIENTE	EDISON BALLESTEROS OLAVE
CLIENTE	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN	SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019
		EDAD	57 Años
		SEXO	M
		TIPO AFILIADO	Otro
		RANGO	UNICO

1. ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICAN GENERICS 500MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
DOSIS 2 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD 30 (Treinta) TABLETA (S) POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO 5 DIA(S)
OBSERVACION TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS CADA 8 HORAS

2. DICLOFENACO 50MG TABLETA 50MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICA S.A 50MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
DOSIS 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD 10 (Diez) TABLETA (S) POR 50MG
DIAS TRATAMIENTO 5 DIA(S)
OBSERVACION TOMAR UNA CAPSUYLA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO(S) :

T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

VALIDEZ : 15 Días

FECHA DE VENCIMIENTO : 29/01/2020

MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : JHON JAIRO PEREZ
CC - 91524615 - T.P 60742/54
ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: JHON JAIRO PEREZ

Fecha Impresión : 15/01/2020 - 09:52 am



RECOMENDACIONES MÉDICAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	EDISON BALLESTEROS OLAVE	IDENTIFICACIÓN	CC 16724418
HISTORIAL CLÍNICA	16724418 - CC	FECHA DE NACIMIENTO	5/7/1962
EDAD	57 Años	SEXO	M
TELÉFONO	3206375462	RESIDENCIA	CARRERA 43A 43 34 , VALLE DEL CAUCA-CALI
CLIENTE	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN	SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019
TIPO AFILIADO	OTRO	SERVICIO	HOSPITALARIO
DEPARTAMENTO	HOS003 - HOSPITALIZACION 3 PISO	CAMA	H302A
FECHA DE INGRESO	20/11/2019 12:20 PM	FECHA DE EGRESO	

EVOLUCIÓN:	3595536	FECHA:	15/01/2020	TIPO DE ATENCIÓN:	EGRESO
RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconsultar si presenta fiebre ■ Reconsultar si dolor persiste a pesar de los analgésicos ■ Reconsultar si presenta secreción por la herida ■ Reconsultar si presenta daño en la sutura de la herida ■ Reconsultar si presenta mareo ■ Reconsultar si presenta dolor de cabeza ■ Reconsultar si presenta deterioro del estado de conciencia ■ Reconsultar si presenta dificultad para respirar o ahogo ■ Reconsultar si presenta sensación de opresión en el pecho ■ Reconsultar si presenta dolor abdominal o vómito persistente ■ EN CASO DE DIARREA: Reconsultar si presenta más de cinco deposiciones líquidas al día, intolerancia a los líquidos y alimentos, mareo, lengua seca ■ EN CASO DE FIEBRE: Reconsultar si presenta puntos rojos o morados en el cuerpo, sangrado por mucosas, materia fecal con sangre, intolerancia a la vía oral, vómito persistente o con sangre, dolor muscular generalizado y persistente, dolor retro-ocular, dolor abdominal, disminución en la frecuencia de orina 					
RECOMENDACIONES ADICIONALES					

PROFESIONAL: JHON JAIRO PEREZ
CC - 91524615 - T.P 60742/54
ESPECIALIDAD - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

Imprimió: JHON JAIRO PEREZ - jhoperpe

Fecha Impresión: 2020/1/15 - 09:52:55



NIT. 811,019,499-7
Tv. 6 # 45-135 Patio Bonito
PBX: (574) 2684904 - FAX. (574) 2684905
MEDELLIN-COLOMBIA
servicioalcliente@rpmedicas.co

DESPACHO NRO:
DCALI-3465

ORIGINAL

FECHA DESPACHO: 14/01/2020

BODEGA ORIGEN :

c031 CAL-RP MEDICAS CALI

Vendedor: RP MEDICAS S.A.

Orden de Compra:

CLIENTE:

28308702-8

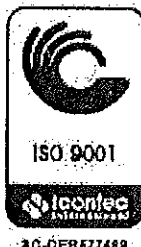
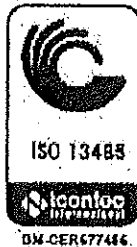
DORIS LILIANA CORTES TORRES

CALLE 3 No.6-47

CALI

Teléfono: 2684904

CODIGO	DESCRIPCION	IVA%	CANT.	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL
NP32	MAQUINA PARA TERAPIA DE PRESION NEG/ NP3PD0685	19.00	1.00	1.00	1.00
					2013DM-0009550



SON:

SUB-TOTAL 1.00
IVA 0.19
TOTAL 1.19

OBSERVACIONES:

PTE. DOMICILIARIO EDISON BALLESTEROS CC. 16724416

ELABORADO POR

RECIBIDO POR



SANTIAGO DE CALIENERO 14 DE 2020

Señor:

EDISON BALLESTEROS
C.C. 16 724 418

Por medio de la presente la Institución RP MEDICAS S.A con NIT 811.019.499 realiza entrega al paciente identificado, **EDISON BALLESTEROS**
C.C. 16 724 418

El siguiente equipo de terapia de presión negativa FORYOU para curación de heridas ordenado por la especialista DR Perez de la institución CRISTO REY

Cantidad	Descripción	Partes y accesorios
1	Nombre del Equipo: TERAPIA PRESION NEGATIVA FORYOU Referencia: NP32 Serial: NP3PD0 685	ADAPTADOR Y CABLE ANILLO SOPORTE CANISTER

RECOMENDACIONES DE USO MÁQUINAS DE PRESIÓN NEGATIVA

Recomendaciones Generales:

Transversal 6 No. 45-135 – Patio Bonito
Teléfono (574) 2684904 - Fax (574) 2684905
E-mail: servicioalcliente@rpmedicas.co
Medellín – Colombia
Línea de Atención Gratuita Nacional 01 8000 52 49 04





1. Este equipo cuenta con garantía por daños o defectos de operación y fabricación, los daños ocasionados por mala operación y/o factores adversos son responsabilidad del paciente, de igual forma será responsabilidad del paciente la pérdida o daño de los accesorios que componen el equipo.
2. Presione los botones de control con la yema de los dedos, evite utilizar elementos como lapiceros entre otros para accionar los botones.
3. Asegúrese que el frasco recolector no se llene al 100% de su capacidad, aunque el equipo tiene un sistema de alerta este puede presentar alguna anomalía, vigile constantemente el nivel del frasco.
4. Por ningún motivo el Canister o frasco recolector se debe intentar destapar, el exudado no debe de ser retirado del canister así este se encuentre lleno, solo el personal asistencial es quien debe hacer manipulación para su cambio.
5. Asegurar que la instalación eléctrica de la habitación cumple con los estándares de cableado eléctrico nacional apropiados.
6. Los cables de alimentación podrían provocar tropiezos. Asegurar que todos los cables estén fuera de áreas por las que puedan pasar personas.
7. No dejar caer o introducir ningún objeto en ningún puerto o tubo de este producto
8. Mantener este producto alejado de superficies calientes.
9. Evitar verter fluidos sobre cualquier parte de este producto.
10. El Dispositivo Foryou NPWT solo debe usarse en posición vertical (parte superior arriba).
11. No golpear el dispositivo ni dejarlo caer contra superficies duras como un suelo

RP MEDICAS S.A NIT 811.019.499	NOMBRE DEL PACIENTE EDISON BALLE TEROS C.C. 16 724 418

Transversal 6 No. 45-135 – Patio Bonito
 Teléfono (574) 2684904 - Fax (574) 2684905
 E-mail: servicioalcliente@rpmedicas.co
 Medellín – Colombia
 Línea de Atención Gratuita Nacional 01 8000 52 49 04



Tornillos fijando la articulación sub-talar.

PACIENTE DE 57 AÑOS, CON DX ANOTADOS, EN POP DE MUÑON A NIVEL DE ARTICULACION SUBTALAR MAS COLGAJO, SE REALIZA RETIRO DE VAC SIN COMPLICACIONES SIN EVIDENCIA DE INFECCION EN ADECUADA CICATRIZACION. TIENE RETIRO DE GRAPAS EN 15 DIAS. CONTINUAR EN CURACIONES CADA 3 DIAS, CONTROL EL 31/01/2020 DIAS, TERAPIA FISICA, NO APOYO, CUIDADOS DE MUÑON. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
S917	HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE			JHON JAIRO PEREZ	2020-01-17


APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA
IMAGENOLOGIA	873431	POS RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	17/1/2020 - 08:25:53
	Observacion	RX DE TOBILLO DERECHO DE CONTROL	
	Profesionales	Profesional: JHON JAIRO PEREZ CC - 91524615 T.P - 60742/54 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Orden Profesional	JHON JAIRO PEREZ	
	Diagnosticos Presuntivos		

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	FECHA/HORA EVOLUCION
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	20	17/1/2020 - 08:25:53
	Observacion	REHABILITACION FISICA		
	Diagnosticos Presuntivos			

INTERCONSULTAS SOLICITADAS

CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	FECHA/HORA EVOLUCION
890480	014	TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	17/1/2020 - 08:25:53
	Observacion	CONTROL CON ORTOPEdia 31/01/2020	
	Profesionales	 Profesional: JHON JAIRO PEREZ CC - 91524615 T.P - 60742/54 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Diagnosticos Presuntivos		

ORIGEN DE LA ATENCION

Otro tipo de accidente

FINALIDAD DE LA ATENCION		No aplica		
INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS				
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION
3603289	PACIENTE CON AMPUTACION DE TOBILLO POR ACCIDENTE DE TRANSITO, SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD EN 30 DIAS	Incapacidad por Accidente de Transito	30	19/1/2020

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
S917	HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

JHON JAIRO PEREZ



PROFESIONAL

CC - 91524615 - T.P 60742/54

TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

Imprimió: MAGDA MARIA BEJARANO CAMACHO - magbejca

Fecha Impresión : 2020/1/17 - 08:54:20

FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI

NI 900951033



SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No.

94514

Fecha de Solicitud 17/1/2020

SEDE PRINCIPAL

AV 4N 22 46

3876910

Información del Paciente:

Paciente:	BALLESTEROS OLAVE EDISON	EPS:	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD
No. Afiliación:		Empresa:	
No. Identificación:	CC 16724418	Afiliado:	
		Tipo Usuario:	Otro Estrato: UNICO

Información Sobre la Incapacidad:

Fecha de Inicio:	19/01/2020	Fecha terminación:	17/02/2020	Duración:	30 Día(s)	Prorroga:	SI
Diagnostico:	S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE						Clase de Atención:
	T. de Contingencia: INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRANSITO						

Información de la IPS y del Médico:

Nombre de la IPS: FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI	Nombre del Médico: JHON JAIRO PEREZ	CC 91524615
---	-------------------------------------	-------------

Diagnostico Principal: S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

FIRMA
USUARIO:Firma Médico Tratante: JHON JAIRO
PEREZ

Registro Médico No.: 60742/54

Dcto Ident :

3876920
cc 16.724.44/8
cc 16.724.41/8



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI NI 900951033
SEDE PRINCIPAL AV 4N 22 46 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 SEDE
PRINCIPAL FAX: 3876911

Fecha : 15/01/2020 Atendio : 1117 - JHON JAIRO PEREZ
Identifi: CC 16724418 Paciente: EDISON BALLESTEROS OLAVE Edad : 57 Años Sexo : M HC : CC16724418
Cliente : DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD Plan : SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019 Tipo Afiliado : Otro
Profesional: JHON JAIRO PEREZ NIVEL TRIAGE: EMERGENCIA Especialidad: TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

SOLICITUD DE SERVICIOS

1301122 - 869400 - (1) RETIRO DE SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD

Observación: RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS

1301115 - 869500 - (5) CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD

Observación: CURACION CADA 3 DIAS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS

Nombres y Apellidos del Médico: JHON JAIRO PEREZ
- - 60742/54



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI
NI 900951033

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No.

94313

Fecha de Solicitud 15/1/2020

SEDE PRINCIPAL

AV 4N 22 46

3876910

Información del Paciente:

Paciente:	BALLESTEROS OLAVE EDISON	EPS:	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD
No. Afiliación:		Empresa:	
No. Identificación:	CC 16724418	Afiliado:	
		Tipo Usuario:	Otro Estrato: UNICO

Información Sobre la Incapacidad:

Fecha de Inicio:	20/11/2019	Fecha terminación:	18/01/2020	Duración:	60 Día(s)	Prorroga:	NO
Diagnostico:	T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS						
	T. de Contingencia: INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRANSITO						Clase de Atención:

Información de la IPS y del Medico:

Nombre de la IPS:	FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI	Nombre del Medico:	JHON JAIRO PEREZ	CC	91524615
-------------------	---	--------------------	------------------	----	----------

Diagnostico Principal: T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS

FIRMA
USUARIO:

Firma Medico Tratante: JHON JAIRO
PEREZ

Registro Médico No.: 60742/54

Dcto Ident :



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI NI 900951033
 AV 4N 22 46 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 FAX: 3876911
 FORMULA MEDICA Nº 95118
 MEDICAMENTO(S) FORMULADO(S)

No. EVOLUCION	3595536	FECHA FORMULA		15/01/2020			
IDENTIFICACION	CC 16724418	PACIENTE	EDISON BALLESTEROS OLAVE	EDAD	57 Años	SEXO	M
CLIENTE	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN	SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019	TIPO AFILIADO	Otro	RANGO	UNICO

1. ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICAN GENERICS 500MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
DOSIS 2 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD 30 (Treinta) TABLETA (S) POR 500MG
DÍAS TRATAMIENTO 5 DÍA(S)
OBSERVACION TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS CADA 8 HORAS

2. DICLOFENACO 50MG TABLETA 50MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICA S.A 50MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
DOSIS 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD 10 (Diez) TABLETA (S) POR 50MG
DÍAS TRATAMIENTO 5 DÍA(S)
OBSERVACION TOMAR UNA CAPSUYLA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO(S) :

T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS
 S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

VALIDEZ : 15 Dias

FECHA DE VENCIMIENTO : 29/01/2020

MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : JHON JAIRO PEREZ
 CC - 91524615 - T.P 60742/54
 ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: JHON JAIRO PEREZ

Fecha Impresión : 15/01/2020 - 09:52 am



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI NI 900951033
AV 4N 22 46 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 FAX: 3876911

FORMULA MEDICA N° 95118
MEDICAMENTO(S) FORMULADO(S)

No. EVOLUCION	3595536	FECHA FORMULA	15/01/2020
IDENTIFICACION	CC 16724418	PACIENTE	EDISON BALLESTEROS OLAVE
CLIENTE	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN	SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019
		EDAD	57 Años
		SEXO	M
		TIPO AFILIADO	Otro
		RANGO	UNICO

1. ACETAMINOFEN 500MG TABLETA 500MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICAN GENERICS 500MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
DOSIS 2 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD 30 (Treinta) TABLETA (S) POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO 5 DIA(S)
OBSERVACION TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS CADA 8 HORAS

2. DICLOFENACO 50MG TABLETA 50MG TABLETA (S) - LAB. :AMERICA S.A 50MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
DOSIS 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD 10 (Diez) TABLETA (S) POR 50MG
DIAS TRATAMIENTO 5 DIA(S)
OBSERVACION TOMAR UNA CAPSUYLA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO(S) :

T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

VALIDEZ : 15 Días

FECHA DE VENCIMIENTO : 29/01/2020

MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : JHON JAIRÓ PEREZ
CC - 91524615 - T.P 60742/54
ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: JHON JAIRÓ PEREZ

Fecha Impresión : 15/01/2020 - 09:52 am



RECOMENDACIONES MÉDICAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	EDISON BALLESTEROS OLAVE	IDENTIFICACIÓN	CC 16724418
HISTORIAL CLÍNICA	16724418 - CC	FECHA DE NACIMIENTO	5/7/1962
EDAD	57 Años	SEXO	M
TELEFONO	3206375462	RESIDENCIA	CARRERA 43A 43 34 , VALLE DEL CAUCA-CALI
CLIENTE	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	PLAN	SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019
TIPO AFILIADO	OTRO	SERVICIO	HOSPITALARIO
DEPARTAMENTO	HOS003 - HOSPITALIZACION 3 PISO	CAMA	H302A
FECHA DE INGRESO	20/11/2019 12:20 PM	FECHA DE EGRESO	

EVOLUCIÓN:	3595536	FECHA:	15/01/2020	TIPO DE ATENCIÓN:	EGRESO
RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconsultar si presenta fiebre ■ Reconsultar si dolor persiste a pesar de los analgesicos ■ Reconsultar si presenta secrecion por la herida ■ Reconsultar si presenta daño en la sutura de la herida ■ Reconsultar si presenta mareo ■ Reconsultar si presenta dolor de cabeza ■ Reconsultar si presenta deterioro del estado de conciencia ■ Reconsultar si presenta dificultad para respirar o ahogo ■ Reconsultar si presenta sensacion de opresion en el pecho ■ Reconsultar si presenta dolor abdominal o vomito persistente ■ EN CASO DE DIARREA: Reconsultar si presenta mas de cinco deposiciones liquidas al dia, intolerancia a los liquidos y alimentos, mareo, lengua seca ■ EN CASO DE FIEBRE: Reconsultar si presenta puntos rojos o morados en el cuerpo, sangrado por mucosas, materia fecal con sangre, intolerancia a la via oral, vomito persistente o con sangre, dolor muscular generalizado y persistente, dolor retro-ocular, dolor abdominal, disminucion en la frecuencia de orina 					
RECOMENDACIONES ADICIONALES					

PROFESIONAL: JHON JAIRO PEREZ
CC - 91524615 - **T.P** 60742/54
ESPECIALIDAD - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

Imprimió: JHON JAIRO PEREZ - jhoperpe

Fecha Impresión: 2020/1/15 - 09:52:55



NIT. 811,019,499-7
Tv. 6 # 45-135 Patio Bonito
PBX: (574) 2684904 - FAX. (574) 2684905
MEDELLIN-COLOMBIA
servicioalcliente@rpmedicas.co

DESPACHO NRO:
DCALI-3465

ORIGINAL

FECHA DESPACHO: 14/01/2020

BODEGA ORIGEN :

c031 CAL-RP MEDICAS CALI

Vendedor: RP MEDICAS S.A.

Orden de Compra:

CLIENTE:

28308702-8

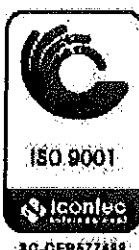
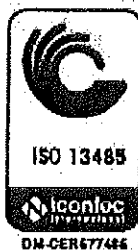
DORIS LILIANA CORTES TORRES

CALLE 3 No.6-47

CALI

Teléfono: 2684904

CODIGO	DESCRIPCION	IVA%	CANT.	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL
NP32	MAQUINA PARA TERAPIA DE PRESION NEG/ NP3PD0685	19.00	1.00	1.00	1.00
					2013DM-0009550



SON:

SUB-TOTAL	1.00
IVA	0.19
TOTAL	1.19

OBSERVACIONES:

PTE. DOMICILIARIO EDISON BALLESTEROS CC. 16724418

ELABORADO POR

RECIBIDO POR

PAGARÉ ENTRE RP MEDICAS S.A EDISON BALLES TEROS
C.C. 16 724 418

No.021 DE 2019

LUGAR Y FECHA: SANTIAGO DE CALI ENERO 14 2020.

PAGARÉ NÚMERO: 021 DE 2020

VALOR: 4.500.000PESOS M.L.V

(\$4.500.000) M.L.V

INTERESES DURANTE EL PLAZO: tasa máxima legal vigente

INTERESES DE MORA: tasa máxima legal vigente

PERSONAS A QUIEN DEBE HACERSE EL PAGO: RP MEDICAS SA
Nit.811.019.499 o quien represente sus intereses.

LUGAR DONDE SE EFECTUARÁ EL PAGO: Transversal 6 No. 45 – 135, Patio
Bonito (Medellin/Ant)

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN: xx DE xxxxxxxx DE 20xx

DEUDOR: NOMBRE DEL PACIENTE
EDISON BALLES TEROS
C.C. 16 724 418

Por una parte **CARMENZA CUARTAS GUZMAN**, mayor de edad e identificado con cedula de ciudadanía No. 43.628.033 actuando en calidad de representante legal de la sociedad RP MEDICAS S.A identificada con Nit. 811.019.499 (ACREEDOR) y de la otra el señor mayor de **EDISON BALLES TEROS**
C.C. 16 724 418

DECLARAN

PRIMERA. – OBJETO. Que por virtud del presente título-valor, pagara incondicionalmente, a la orden de **RP MEDICAS S.A**, o a quien represente sus derechos, en la ciudad y dirección, fechas indicadas en este pagaré, la suma de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS M.L.V (\$ 4.500.000)**. Más lo intereses señalados en la cláusula segunda de este documento.



FABISALUD IPS S.A.S - CLINICA CRISTO REY CALI NIT 900951033
CALI, VALLE DEL CAUCA

ORDEN SERVICIO NO. 566665	Usuario Impresión: 607 - MAGDA MARIA BEJARANO CAMACHO		
Identificación: CC 16724418	Paciente: EDISON BALLESTEROS OLAVE	Edad: 57 Años Sexo: M Fecha Nacimiento: 1962-07-05	HC: CC16724418
Fecha Solicitud: 17/01/2020	Fecha Ingreso: 17/01/2020	Cama:	
Ciente: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	Plan: SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2020	Tipo Afiliado: Otro	NIVEL TRIAGE: NO APLICA
Profesional: JHON JAIRO PEREZ			
Diagnosticos:			
1195765 - 873431 - (1) RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA			
Valida a Partir de: 17/01/2020		Fecha Vencimiento: 25/01/2020	

Observación: RX DE TOBILLO DERECHO DE CONTROL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

firma avalista

Nombres y Apellidos del Médico: JHON JAIRO PEREZ
Registro Médico No.: 60742/54

Profesional Avalista:
- - T.P
Especialidad -

PRESTADOR: IMAGENOLOGIA - FABISALUD IPS S.A.S - CLINICA CRISTO REY CALI

Dirección: CL 23 N 3 71

Teléfonos:



FABISALUD IPS S.A.S - CLINICA CRISTO REY CALI NIT 900951033
CALI, VALLE DEL CAUCA

ORDEN SERVICIO NO. 566664	Usuario Impresión: 607 - MAGDA MARIA BEJARANO CAMACHO		
Identificación: CC 16724418	Paciente: EDISON BALLESTEROS OLAVE	Edad: 57 Años Sexo: M Fecha Nacimiento: 1962-07-05	HC: CC16724418
Fecha Solicitud: 17/01/2020	Fecha Ingreso: 17/01/2020	Cama:	
Cliente: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	Plan: SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2020	Tipo Afiliado: Otro	NIVEL TRIAGE: NO APLICA

Profesional: JHON JAIRO PEREZ	
Diagnosticos:	
1195764 - 890480 - (1) INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA TRAUMATOLOGIA- ORTOPEDIA	
Valda a Partir de: 17/01/2020	Fecha Vencimiento: 25/01/2020

Observación: CONTROL CON ORTOPEDIA 31/01/2020

Profesional: JHON JAIRO PEREZ	
Diagnosticos:	
1195763 - 931001 - (20) TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	
Valda a Partir de: 17/01/2020	Fecha Vencimiento: 25/01/2020

Observación: REHABILITACION FISICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

firma avalista

Nombres y Apellidos del Médico: JHON JAIRO PEREZ
Registro Médico No.: 60742/54

Profesional Avalista:
- - T.P
Especialidad -

PRESTADOR: CONSULTA EXTERNA AMERICAS - FABISALUD IPS S.A.S - CLINICA CRISTO REY CALI

Dirección: AVE 3 NORTE 22 N 13

Teléfonos:



FABISALUD IPS S.A.S - CLINICA CRISTO REY CALI NIT 900951033
CALI, VALLE DEL CAUCA

ORDEN SERVICIO NO. 566664	Usuario Impresión: 607 - MAGDA MARIA BEJARANO CAMACHO		
Identificación: CC 16724418	Paciente: EDISON BALLESTEROS OLAVE	Edad: 57 Años Sexo: M Fecha Nacimiento: 1962-07-05	HC: CC16724418
Fecha Solicitud: 17/01/2020	Fecha Ingreso: 17/01/2020	Cama:	
Cliente: DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD	Plan: SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2020	Tipo Afiliado: Otro	NIVEL TRIAGE: NO APLICA

Profesional: JHON JAIRO PEREZ	
Diagnosticos:	
1195764 - 890480 - (1) INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA TRAUMATOLOGIA- ORTOPEDIA	
Valida a Partir de: 17/01/2020	Fecha Vencimiento: 25/01/2020

Observación: CONTROL CON ORTOPEDIA 31/01/2020

Profesional: JHON JAIRO PEREZ	
Diagnosticos:	
1195763 - 931001 - (20) TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	
Valida a Partir de: 17/01/2020	Fecha Vencimiento: 25/01/2020

Observación: REHABILITACION FISICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: S917 - HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE

firma avalista

Nombres y Apellidos del Médico: JHON JAIRO PEREZ
Registro Médico No.: 60742/54

Profesional Avalista:
- - T.P
Especialidad -

PRESTADOR: CONSULTA EXTERNA AMERICAS - FABISALUD IPS S.A.S - CLINICA CRISTO REY CALI

Dirección: AVE 3 NORTE 22 N 13

Teléfonos:



FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI NI 900951033
SEDE PRINCIPAL AV 4N 22 46 CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 SEDE
PRINCIPAL FAX: 3876911

Fecha : 15/01/2020 · Atendio : 1117 - JHON JAIRO PEREZ
Identifi: CC 16724418 · Paciente: EDISON BALLESTEROS OLAVE Edad : 57 Años Sexo :M HC : CC16724418
Cliente : DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD Plan : SECRETARIA DE SALUD DPTAL DEL VALLE DEL CAUCA 2019 Tipo Afiliado: Otro
Profesional: JHON JAIRO PEREZ NIVEL TRIAGE: EMERGENCIA Especialidad: TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

SOLICITUD DE SERVICIOS

1301122 - 869400 - (1) RETIRO DE SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD
Observación: RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS

1301115 - 869500 - (5) CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD
Observación: CURACION CADA 3 DIAS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: T07X - TRAUMATISMOS MULTIPLES NOESPECIFICADOS

Nombres y Apellidos del Médico: JHON JAIRO PEREZ
- - 60742/54



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 16724418	
Paciente: EDION BALLESTEROS OLAVE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/09/1965	
Edad y género: 56 Años, Masculino	
Identificador único: 2462469	Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE
Ubicación: FISIATRIA	Cama:
Servicio: FISIATRIA	

Página 2 de 2

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

SE OBSERVA CALCÁNEO DER EN VARO, EJE DEL PIE ESTÁ ROTADO EXTERNAMENTE 35°

RODILLA DERECHA -5° DE EXTENSIÓN, CON FLEXIÓN COMPLETA

FUERZA 5/5 GLOBAL EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
FUERZA 4/5 EN CAUDRICEPS DERECHO

APOYO MONOPODAL RUDIMENTARIO MAYOR A 10 SEG
REALIZA SALTOS EN MII

ROT ++ ROTULIANO BILATERAL

RESULTADOS PARACLÍNICOS
Sin resultados nuevos.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - T136 - AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO, Fecha de diagnóstico: 09/11/2021, Edad al diagnóstico: 56 Años.

EDUCACIÓN

Plan educativo: plan de rehabilitación
El paciente responde la evaluación.

Describe brevemente los temas en que educó: rehabilitación.

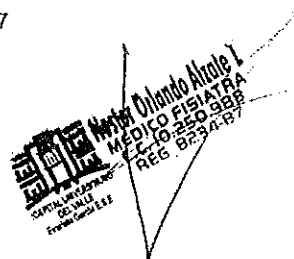
ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Consentimiento informado: No requiere

Análisis del caso: Paciente de 58 años de edad, con amputación tipo Chopart derecha, se considera iniciar plan de rehabilitación con énfasis en fortalecimiento de miembro inferior derecho, entrenar marcha, trabajar apoyo monopodal, propiocepción con terapia física y ocupacional, además se ordena ortoprótesis compensatoria para amputación tipo Chopart - con extensión a tibia. Además valoración por medicina familiar para mejorar estado nutricional y manejo social.

Plan de manejo: - Terapia física y ocupacional # 20 sesiones
- Ortoprtesis compensatoria para amputación tipo Chopart con extensión a tibia
- Valoración por medicina familiar para manejo integral de comorbilidades
Observaciones: Realizado por Sebastián Yara M - R de MF y R.

Firmado por: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON, MED.FI.FISIATR.GRAL, Registro 8234-87


NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON
MEDICO FISIATRA
CC 10.250.988
REG 8234-87



DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: BALLESTEROS OLAVE, EDION, Identificado(a) con CC-16724418			
Edad y Género:		56 Años, Masculino	
Regimen/Tipo Paciente:		SUBSIDIADO/SUBSIDIADO	
Nombre de la Entidad:		COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	
Servicio/Ubicación:		CONSULTORIOS URGENCIAS/CONSULTORIOS URGENCIAS	
Habitación:		Identificador Único: 2462469-1	

Diagnóstico: T136: AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO

Cita de Control			
Fecha de Inicio	Descripción	Especificaciones	Justificación / Observaciones
	15 Días		

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON, MED.FI.FISIATR.GRAL, CC: 10250988, Reg: 8234-87

Firmado Electrónicamente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E

Dirección: Santiago de Cali- CL 5#36-08 -Telefono:6206000 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA - Web: www.huv.gov.co



DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: BALLESTEROS OLAVE, EDION, Identificado(a) con CC-16724418			
Edad y Género:		56 Años, Masculino	
Regimen/Tipo Paciente:		SUBSIDIADO/SUBSIDIADO	
Nombre de la Entidad:		COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	
Servicio/Ubicación:		CONSULTORIOS	
URGENCIAS/CONSULTORIOS		Habitación:	
URGENCIAS		Identificador Único: 2462469-1	

Diagnóstico: T136: AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO

Cita de Control			
Fecha de Inicio	Descripción	Especificaciones	Justificación / Observaciones
09/11/2021 08:53	890263 Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Familiar, En:	Causa: Condición clínica del paciente	VALORACIÓN INTEGRAL /VER HC

MEDICO QUE ORDINA

Firmado Por: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON, MED.FI.FISIATR.GRAL. Reg. 8234-87

Firmado Electrónicamente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E.

Dirección: Santiago de Cali- CL 5#36-08 - Telefono: 62060000 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA - Web: www.huv.gov.co



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 16724418	
Paciente: EDION BALLESTEROS OLAVE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/09/1965	
Edad y género: 56 Años, Masculino	
Identificador único: 2462469	Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE
Ubicación: FISIATRIA	Cama:
Servicio: FISIATRIA	

Página 1 de 2

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 09/11/2021 08:18 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTORIOS URGENCIAS
Consulta médica - MED.FI.FISIATR.GRAL

Causa externa: OTRA

Finalidad: NO APLICA

ANAMNESIS

Motivo de consulta:
CLÍNICA DE APARATOS
PRIMERA VEZ
DR. ALZATE Y ORTOPROTESISTA CARLOS CORTÉS
Enfermedad actual:
EDISON BALLESTEROS OLAVE
56 AÑOS
ORIGINARIO: CALI - B/REPÚBLICA DE ISRAEL
PROCEDENCIA: CALI
ESCOLARIDAD: BACHILLERATO
OCUPACIÓN PREVIA: CERRAJERÍA Y SOLDADURA
ACTUALMENTE CESANTE
VIVE SOLO
NO HIJOS

ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA
FARMACOLÓGICOS NIEGA

PACIENTE DE 56 AÑOS DE EDAD SIN COMORBILIDADES CONOCIDAS CON CUADRO CLÍNICO QUE SUCEDIÓ EL 20. 11. 2019 POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO MOTOCARRO VS FURGÓN CON AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE ARTICULACIÓN TIPO CHOPART DERECHO, CON MÚLTIPLES CIRUGÍAS (# 6-7 OCASIONES) DE PARA COLGAJOS DE PIEL - REALIZADA DE FORMA EXTRA INSTITUCIONAL (PERO NO TRAE HC).

NO HA INICIADO PLAN DE REHABILITACIÓN. REFIERE QUE NO TUVO INFECCIONES, BUENA CICATRIZACIÓN POSTERIOR.

REALIZA MARCHA EN CASA SIN DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PARA LA MARCHA, EN EXTERIORES USA 2 MULETAS. TIENE DOLOR OCASIONAL EN EL MUÑÓN CON EL APOYO PROLONGADO.

INGRESA PARA INICIAR PROCESO PROTÉSICO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico: Ya anotado

EXAMEN FÍSICO

Frecuencia respiratoria(Resp/min): 17
Paciente sin oxígeno
Escala del dolor: 0 Estado de conciencia: Alerta

Examen Físico:

Aspecto general

Aspecto general : PACIENTE INGRESA CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA PARA LA MARCHA TIPO MULETAS BILATERAL

HIPOTROFIA MUSCULAR GENERALIZADA, PARTICULARMENTE DE CUADRICEPS DERECHO
MUSLO DERECHO 34.5 cm - IZQUIERDO 39cm
PANTORRILLA DER 26cm - IZQUIERDA 30cm

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 09/11/2021 08:53:33



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Ejército Nacional E.S.E.

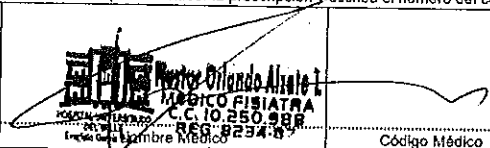
FORMULA MÉDICA

COOSALUD	EPS	CC	16124418
Centro de Costo		No. Historia Clínica	
Ballesteros		Olvé	Edison
1er Apellido		2do Apellido	Nombre
Fisiatra		Sala o cuarto	Cama
Servicio		09/11/2021	
		Fecha	

DIAGNÓSTICO: T136

CÓDIGO DE DROGA	CANTIDAD DESPACHADA		DESCRIPCIÓN	CANT. EN LETRAS	CANT. FORM. No.
	No.	VALOR			
			Ortoprotesis compensatoria para amputación tipo chaparr con extensión a tibia	UNA	1
			Extremidad DERECHA		

Favor escribir claramente con tinta - Firme después de hacer la prescripción y escriba el número del código médico

No. Recibo de Caja	Firma Médico	 Médico Fisiatra C.C. 10.250.988 REG. 2234-8	Código Médico	Recbi Conforme
--------------------	--------------	---	---------------	----------------

CÓDIGO 80002



DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: BALLESTEROS OLAVE, EDION, Identificado(a) con CC-16724418			
Edad y Género:		56 Años, Masculino	
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO		Nombre de la Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	
Servicio/Ubicación: CONSULTORIOS URGENCIAS/CONSULTORIOS URGENCIAS		Habitación:	Identificador Único: 2462469-1

Diagnóstico: T136: AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO

Cita de Control			
Fecha de Inicio	Descripción	Especificaciones	Justificación / Observaciones
	Protesis, En: 2 Meses		

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON, MED.FI.FISIATR.GRAL, CC: 10250988, Reg: 8234-87

Firmado Electrónicamente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E

Dirección: Santiago de Cali- CL 5#36-08 -Telefono:6206000 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA - Web: www.huv.gov.co



DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: BALLESTEROS OLAVE, EDION, Identificado(a) con CC-16724418			
Edad y Género:		56 Años, Masculino	
Regimen/Tipo Paciente:		SUBSIDIADO/SUBSIDIADO	
Nombre de la Entidad:		COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	
Servicio/Ublación:		CONSULTORIOS	
URGENCIAS/CONSULTORIOS		URGENCIAS	
Habitación:		Identificador Único: 2462469-1	

Diagnóstico: T136: AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO

Cita de Control			
Fecha de Inicio	Descripción	Especificaciones	Justificación / Observaciones
09/11/2021 08:52	890364 Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Medicina Fisica Clínica De Ortesis Y	Especialidad: MEDICO FISIATRA Medico: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON Causa: Condición clínica del paciente	CONTROL CON PRÓTESIS /VER HC

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON, MED.FI.FISIATR.GRAL, CC: 10250988

Firmado Electrónicamente

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo García E.S.E

Dirección: Santiago de Cali- CL 5#36-08 -Telefono:6206000 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA - Web: www.huv.gov.co

DATOS DEL PACIENTE		
Paciente: BALLESTEROS OLAVE, EDION, Identificado(a) con CC-16724418		
Edad y Género: 56 Años, Masculino		
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO	Nombre de la Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	
Servicio/Ubicación: FISIATRIA/FISIATRIA	Habitación:	Identificador Único: 2462469-1

Diagnóstico: T136: AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR NIVEL NO ESPECIFICADO

Rehabilitación				
Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
09/11/2021 08:50	931001 Terapia Fisica Integral	Frecuencia: Cada 24 horas	20	REHABILITACIÓN PRE PROTÉSICA / VER HC
09/11/2021 08:51	938303 Terapia Ocupacional Integral	Frecuencia: Cada 24 horas	20	REHABILITACIÓN PRE PROTÉSICA / VER HC



Nestor Orlando Alzate Tobon
MED.FI.FISIATR.GRAL.
C.C. 10250988
REG. 8234-87

MEDICO QUE ORDENA
Firmado Por: NESTOR ORLANDO ALZATE TOBON, MED.FI.FISIATR.GRAL, CC: 10250988, Reg: 8234-87
Firmado Electrónicamente



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
ANEXO TÉCNICO No. 3
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Número de solicitud 000031978

Fecha: 2021-Jul-30

Hora: 10:02

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA

Código 760010252301

Teléfono 3280847

Dirección prestador CRA 43 # 39A - 00

Departamento VALLE DEL CAUCA [76]

Municipio Santiago de Cali [001]

NIT ☒
CC ☐

805.027.338-
Número DV

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

Nombre COOSALUD EPS

Código ESS024

DATOS DEL USUARIO

1er apellido BALLESTEROS

2do apellido OLAVE

1er nombre EDIDSON

2do nombre (No tiene)

Tipo de documento de identificación

☐ Registro civil

☐ Tarjeta de identidad

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin identificación

☐ Menor sin identificación

☐ Número único de identificación

Número de documento de identificación 16724418

Fecha de nacimiento 1965-Sep-18

Dirección de residencia habitual NO SE LA SANE

Departamento VALLE DEL CAUCA [76]

Municipio Santiago de Cali [001]

Teléfono 3122556860

Cobertura en salud

☐ Régimen contributivo

☒ Régimen subsidiado - total

☐ Régimen subsidiado - parcial

☐ Población pobre no asegurada con SISBEN

☐ Población pobre no asegurada sin SISBEN

☐ Desplazada

☐ Plan adicional de salud

☐ Otro

INFORME DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

☒ Enfermedad general

☐ Enfermedad profesional

☐ Accidente de trabajo

☐ Accidente de tránsito

☐ Evento catastrófico

Tipo de servicios solicitados

☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

☒ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria

☒ No prioritaria

Ubicación del paciente al momento de solicitar la autorización

☒ Consulta externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalización

Servicio Consulta Médica General

Cama

CUPS	Cantidad	Descripción
------	----------	-------------

890297	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES
--------	---	--

Justificación clínica PAICENTE CON AMPUTACION DE TERCIO MEDIO DE PIERNA DERECHA DE 2 AÑOS DE EVOLUCION SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEdia

Impresión diagnóstica	CIE-10	Descripción
Diagnóstico principal	T136	AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre ESTEFANNY MONTANO CARDONA

Cargo Medico General

Teléfono 3280847

Estefanny Montano Cardona
Medico General
Universidad Urore
R.M. 1900592-07-3013

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

**** RIESGO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / RIESGO Y SEGUIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ****

24- Presenta infecciones de transmisión sexual.: 2- No.

74- Número de preservativos entregados a pacientes con ITS.:

80- Fecha toma de muestra para serología.:

**** RIESGO ENFERMEDAD MENTAL / RIESGO ENFERMEDAD MENTAL ****

25- Enfermedad mental. (Seleccione una de las respuestas).: 8- No presenta enfermedad mental.

77- Tratamiento a pacientes con enf. mental en los últimos 6 meses por equipo Interdisciplinario.: 20- No recibió atención por otras razones.

16- Resultado de prueba mini-mental state: 5 -Normal

**** PLANIFICACIÓN FAMILIAR / PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ****

54- Método de planificación familiar.: 20- No se suministra por otras razones.

¿Recuerda cuando se le suministro el método anticonceptivo?: NO

55- Fecha de suministro de método anticonceptivo.:

**** PRUEBA ELISA - VIH / PRUEBA ELISA - VIH ****

75- Fecha de asesoría pre test ELISA - VIH:

76- Fecha de asesoría Post Test ELISA - VIH.:

82- Fecha de toma de muestra de ELISA - VIH.:

PROFESIONAL: [1518] MDG ESTEFANNY MONTAÑO CARDONA - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

[760010252301] HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA

****Evolución del 30-Jul-2021 10:01 am: 55 Años**

Id: 2664756

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: INGRESA PACIENTE ALERTA CONCIENTE AFEBRIL O SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION EN MULETAS

Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.7°C, Peso: 62.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 21.97 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 60 (Optima / TA Media: 80), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

C/C: NORMOCEFALICO SIN DEFORMIDADES, NORMOCRANEO

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS

ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS SIN ALTERACIONES OTOSCOPIA

BILATERAL SIN ALTERACIONES

PIEL: SIN ALTERACIONES

CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS

CARA, OJOS Y ORL

C/C: NORMOCEFALICO SIN DEFORMIDADES, NORMOCRANEO

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS

ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS SIN ALTERACIONES OTOSCOPIA

BILATERAL SIN ALTERACIONES

PIEL: SIN ALTERACIONES

CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO RUIDOS SOBREGREGADOS,

MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO RUIDOS SOBREGREGADOS

TORAX: NO TIRAJES NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABD: BLANDO DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA

PALPACION NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

G/U: SIN ALTERACIONES

EXTREMIDADES Y PELVIS

EXTRE: PULSOS PRESENTES, SE OBSERVA AMPUTACION DE PIERNA

DERECHA EN TERCIO MEDIO

SISTEMA NEUROLÓGICO

SNC: ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

APARENTE

PIEL

PIEL: SIN ALTERACIONES

ESTADO MENTAL

SNC: ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

APARENTE

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

EXTRE: PULSOS PRESENTES, SE OBSERVA AMPUTACION DE PIERNA

DERECHA EN TERCIO MEDIO

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010252301-OPS-2395420

Principal de consulta: [T136] AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO

INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 1110 Consulta Médica General

En internación

No se hicieron Remisiones

CONDUCTA A SEGUIR

PACIENTE DE 55 AÑOS ASISTE A CONSULTA POR QUE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AMPUTACION DE PIERNA DERECHA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, NO HABIA VUELTO A CONTROLES, HOY ASISTE PARA RETOMAR ESTOS NO MAS SINTOMAS.

POR ESTA RAZON SOLICITO VALROACION POR ORTOPEDIA, EXPLICO A PACIENTE Y REFIERE ENTENDER, DOY RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE VOMITO DIARREA O FIEBRE PERSISTENTE, DESMAYO, DOLOR EN PECHO, DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, SANGRADO POR MUCOSAS, A PACIENTE Y REFIERE ENTENDER.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Afilación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS - Nivel: Nivel 0

Número de afiliación:

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco, Residencia: NO SE LA SANE - Teléfono: 3122556860, Barrio: Republica De Israel (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 16, Zona: Sur Oriente - Municipio: [76001] Santiago de Cali

En caso de urgencia avisar a: UU (U) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 30-Jul-2021 10:01 am: 55 Años
Id: 1925559

MOTIVO DE CONSULTA

POR UNOS CONTROLES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 55 AÑOS ASISTE A CONSULTA POR QUE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AMPUTACION DE PIERNA DERECHA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, NO HABIA VUELTO A CONTROLES, HOY ASISTE PARA RETOMAR ESTOS NO MAS SINTOMAS.

ANTECEDENTES PATOLÓGICO, PEDIATRICO, PSIQUIATRICO
AMPUTACION DE PIERNA DERECHA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICO, HOSPITALARIO, TRAUMATICO
NIEGA

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO, INMUNOLÓGICO
FUMA 8 CIGARRILLOS AL DIA FUMA HACE 30 AÑOS

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS
NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS
NIEGA

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN FAMILIAR
NIEGA

Enfermedades de Transmisión Sexual
NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES
NIEGA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES
NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMA
NIEGA

** COMPLEMENTO DATOS PERSONALES / DATOS DE CONTACTO **

Dirección de Residencia: CR 43 A NUMERO 43 36 REPUBLICA DE ISRAEL

Telefono: 3234682335.0

Celular: 3234682335.0

** HABITOS / HABITOS **

19- Consumo de Tabaco ¿Fuma?: SI

¿Número de Cigarrillos por Día?: 8.00

¿Número de Años Fumando?: 30.00

Índice de Paquetes Año (IPA o UPA): 12.00

¿Toma Licor?: NO

¿Consumo de Drogas o Sustancias Psicotrópicas?: NO

¿Tiene Exposición a Radiación Ultravioleta?: NO

¿Realiza Actividad Física?: NO

¿VERDURAS, Consume 2 Porciones al Día?: NO

¿FRUTAS, Consume 3 Porciones al Día?: NO

** ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS / CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA / CONCILIACION MEDICAMENTOSA **

Tiene Antecedentes Farmacologicos?: NO

Recibe Otros Medicamentos (Homeopaticos, Hormonales, Multivitaminicos, Automedicados, etc.):

Interacciones Medicamentosas: NO

Tiene Alergias Farmacologicas?: NO

Medicamentos Suspendidos: NO

** AGUDEZA VISUAL Res_4505_202 / VALORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL **

Registrar Valoración de la Agudeza Visual: NO

** Ca DE COLON Res_4505_202 / TAMIZAJES Ca DE COLON **

¿Registrar prueba de sangre oculta en materia fecal?: NO

¿Registrar tamizaje de colonoscopia?: NO

** Ca DE PROSTATA Res_4505_202 / TOMA Ca DE PROSTATA **

¿Registrar fecha del tacto rectal?: NO

64- Fecha del tacto rectal:

¿Registrar resultado del tacto rectal?: NO

¿Registrar fecha de toma PSA?: NO

73- Fecha de toma PSA:

¿Registrar resultado de PSA?: NO

109- Resultado de PSA:

** TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS / TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS **

118- Fecha de terminación del tratamiento para leishmaniasis:

** RIESGO SINTOMATICO RESPIRATORIO / SINTOMATICO RESPIRATORIO **

18- Es sintomático respiratorio.: 2- No.

112- Fecha de toma de muestra para baciloscopia de diagnóstico:

113- Resultado prueba de baciloscopia de diagnóstico.: 4- No.

** RIESGO OBESIDAD O DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA / RIESGO OBESIDAD O DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA. **

21- El usuario presenta obesidad o desnutrición proteico calórica.: 3- No es obeso, ni presenta desnutrición proteico calórica.

** RIESGO VIOLENCIA O MALTRATO / RIESGO VIOLENCIA O MALTRATO **

22- Es victima de maltrato.: 3- No es victima de maltrato.

** RIESGO VIOLENCIA SEXUAL / RIESGO VIOLENCIA SEXUAL **

23- Victima de violencia sexual.: 2- No.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado

Empresa: COOSALUD EPS - Nivel: Nivel 0

Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco, Residencia: NO SE LA SANE - Teléfono: 3122556860, Barrio: Republica De Israel (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 16, Zona: Sur Oriente -

Municipio: [76001] Santiago de Cali

En caso de urgencia avisar a: UU (U) - Dirección: - Teléfono:

Apertura CONSULTA REFORMULACION del 9-Ago-2021 01:14 pm:

55 Años

Id: 1930401

MOTIVO DE CONSULTA

REMISION DE DISCAPACIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

- SE DEJA EN CLARO QUE USO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GAFAS, TAPABOCAS, BATA).

- NIEGA VIAJE AL EXTERIOR O CONTACTO CON EXTRANJERO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS, NIEGA CONTACTO CON PERSONA QUE REQUIERA HOSPITALIZACION EN LOS ULTIMOS 14 DIAS, NIEGA QUE ALGUIEN CON QUIEN CONVIVAN PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS, FIEBRE, ESCALOFRIOS, DIARREA.

- NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIOS, NIEGA TOS, NIEGA ODINOFAGIA, NIEGA AGEUSIA, NIEGA ANOSMIA, NIEGA DISNEA.

PACIENTE DE 55 AÑOS QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE TRANSITO HACE 2 AÑOS POSTERIOR A TRAUMATISMO PERDIDA DE PIE DERECHO, EL CUAL PRESENTA LIMITACION A LA MARCHA, REQUIERE USO DE MULETAS, PACIENTE QUIEN NO HA SIDO VALROADO POR NINGUNA ESPECIALIDAD POSTERIOR DE TRAUMATISMO, ASISTE LE DIA DE HOY PARA SOLICITAR REMISION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, PEDIATRICO, PSIQUIATRICO

AMPUTACION DE PIERNA DERECHA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIO, TRAUMATICO

NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NIEGA

** COMPLEMENTO DATOS PERSONALES / DATOS DE CONTACTO **

Dirección de Residencia:: KRA 43 A NUMERO 43-36 BARRIO REPUBLICA

Telefono:: 0.00

Celular:: 3234682335.0

** TUTELA / TUTELA **

¿Tiene TUTELA?: NO

Otro Ordenamiento: .

PROFESIONAL: [1567] MDG DIANA CAROLINA GOMEZ FRANCO - Registro:

11441687111 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

**Evolución del 9-Ago-2021 01:14 pm: 55 Años

Id: 2671232

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS CON AYUDA DE MULETAS, LUCE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Frec. cardíaca: 70, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 54.0 Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 18.69 Bajo peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 100 / 60 (Optima / TA Media: 73), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat. Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS, NI MASAS.

CARA, OJOS Y ORL

PUPILAS ISOCÓRICAS, ISOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HÚMEDAS, OROFARINGE SIN EDEMA, NO ERITEMA, NO EXUDADOS.

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMOEXPANSIVO, NORMOVENTILADO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS APARENTEMENTE.

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS O MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL,

SISTEMA GENITO-URINARIO

NO PERTINENTE

EXTREMIDADES Y PÉLVIS

AUSENCIA DE PIE DERECHO

SISTEMA NEUROLÓGICO

ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT

PROFESIONAL: [1567] MDG DIANA CAROLINA GOMEZ FRANCO - Registro: 11441687111 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

SISTEMA NEUROLÓGICO

APARENTE

PIEL

SIN LESIONES AL EXAMEN FÍSICO

ESTADO MENTAL

SIN DÉFICIT APARENTE

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

SIN ALTERACIONES O LESIONES APARENTES.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010252301-OPS-2402729

Principal de consulta: [S980] AMPUTACION TRAUMATICA DEL PIE A NIVEL DEL TÓBILLO - Impresión diagnóstica

Relacionado a la consulta: [S899] TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO

Servicio de egreso: 1110 Consulta Médica General
En internación

No se hicieron Remisiones

CONDUCTA A SEGUIR

PACIENTE DE 55 AÑOS QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE TRANSITO HACE 2 AÑOS POSTERIOR A TRAUMATISMO PERDIDA DE PIE DERECHO, EL CUAL PRESENTA LIMITACION A LA MARCHA, REQUIERE USO DE MULETAS, PACIENTE QUIEN NO HA SIDO VALROADO POR NINGUNA ESPECIALIDAD POSTERIOR DE TRAUMATISMO, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD (TA-PABOCAS, GAFAS, CARETA, BATA), HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, PERDIDA DE PIE DERECHO, ESCALA BARTHEL MAYOR 60 MODERADA DEPENDENCIA, REQUIERE USO CONSTANTE DE MULETAS, SE DA ORDEN DE REMISION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

COMENTARIO CLÍNICO

- SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE: IMPORTANCIA DE DIETA BAJA EN SAL, BAJA EN AZUCAR, COMER 1 HARINA POR COMIDA, DISMINUIR CONSUMO DE FRITOS; EVITAR ENLATADOS, EMPAQUETADOS; AUMENTAR EL CONSUMO DE ENSALADAS AL ALMUERZO Y COMIDA, VERDURAS, 2 FRUTAS AL DIA. PARA LOGRAR 5 PORCIONES DIARIAS ENTRE FRUTAS Y VERDURAS
- SE DAN INDICACIONES SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES: EVITAR CONSUMO DE LICOR Y TABACO, REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE. (MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES).
- UTILIZAR BLOQUEADOR SOLAR Y CREMA HIDRATANTE.
- SE EXPLICAN EN TERMINOS SENCILLOS SIGNOS DE ALARMA GENERALES PARA CONSULTAR A URGENCIAS INMEDIATAMENTE: CONVULSIONES, FIEBRE/PERSISTENTE, DESMAYO, SANGRADO, CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO COMO ESTADOS ANSIOSOS, IDEAS DE SUICIDIO, DE

COMENTARIO CLÍNICO

AGREDIR OTRAS PERSONAS, DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SANGRADO EN HECES O EN VOMITO, ANTE CUALQUIER CONDICION NO DEBE AUTOMEDICARSE, DEBE ACUDIR AL MÉDICO.

- PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA A SEGUIR.
- SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION FRENTE A BROTE DE COVID-19 POR LO QUE SE INDICA A PACIENTE NO SALIR DE LA CASA A MENOS QUE PRESENTE SIGNOS DE ALARMA. LAVASE LAS MANOS FRECUENTEMENTE CON AGUA Y JABON DURANTE 2 MINUTOS POR LO MENOS CADA 3 HORAS O DESPUES DE TENER CONTACTO CON ELEMENTOS PROVENIENTES DEL EXTERIOR. AL TOSER O ESTORNUDAR CUBRA SU BOCA Y NARIZ, NO COMPORTA OBJETOS PERSONALES, COMO PLATOS, VASOS, CUCHARAS, EN LO POSIBLE NO TENGA CONTACTO CON PERSONAS PROVENIENTES DEL EXTERIOR (ITALIA, CHINA, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS O ALEMANIA). FACILITE LA CIRCULACION DEL AIRE EN LA CASA ABRIENDO PUERTAS Y VENTANAS. SI TIENE CONTACTO CON PERSONA DE EXTREÑO SINTOMÁTICA Y USTED PRESENTA SINTOMAS RECUERDE QUE PUEDE LLAMAR AL: 4865555 OPCIÓN 7 PARA COMENTAR SU CASO, EVITE EN LO POSIBLE IR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Documento de venta asociado

OPS-2402729

Subsidiado: COOSALUD EPS

DEMANDA INDUCIDA / PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

P00001- Programas:

Vacunación

F.U.S.M.
Diana L. Gomez F.
MÉDICO GENERAL
REG. 1.144.108.711

PROFESIONAL: [1567] MDG DIANA CAROLINA GOMEZ FRANCO - Registro: 1144168711 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [760010252304] PUESTO DE SALUD MARIANO RAMOS

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 3 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

COMENTARIO CLÍNICO

Documento de venta asociado

OPS-2395420

Subsidiado: COOSALUD EPS

****DEMANDA INDUCIDA / PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN****

P00001- Programas:

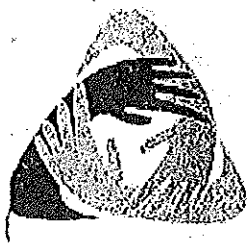
Vacunación

Estefanny Montaña Cardona
Médico General
Unidad Clínica
2021-07-30 10:02:04

PROFESIONAL: [1518] MDG ESTEFANNY MONTAÑO CARDONA - Especialidad:

OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

[760010252301] HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA



IPS
Provida
Farmacéutica S.A.S
NIT 900.550.254-8

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación:	CC 16724418	
Paciente:	EDISON BALLESTEROS OLAVE	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	18/09/1965	Edad: 56 Años
Identificador único:	130371	

Página 1 de 1

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 24/09/2021 12:09 - Ambulatoria - Sede: PROVIDA FARMACEUTICA S.A.S - Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Evolucion Consulta Externa - Tratante - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Paciente de 56 Años, Género Masculino

Diagnósticos activos antes de la nota: CELULITIS DE OTROS SITIOS (Impresión Diagnóstica), OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

Indicador de rol: Tratante Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No aplica

Subjetivo, Objetivo, Analisis: PCTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD ANT DE AMPUTACION A NIVEL DE LINS FRANK EN NOVIEMBRE 2019 CON BUEANA EVOLUCION CLINICA.

EF:

MUÑON CICATRIZADO
MARCHA CON MULETAS
DOLOR OCASIONAL

Diagnósticos activos después de la nota: L038 - CELULITIS DE OTROS SITIOS(Impresión Diagnóstica), Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

Plan de manejo: SE ORENA
VAL POR FISIATRIA
ALTA POR ORTOPEDIA

Firmado por: MACARIO HERNANDO RAMOS VALENZUELA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, Registro 10984-94, CC 10533921

ÓRDENES MÉDICAS

ORDEN EXTERNA - CONSULTA AMBULATORIA
24/09/2021 12:12
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIATRIA

DR. MACARIO H. RAMOS V.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
T.P. 10984-94 - TRATAMIENTO DE DOLOR
Clínica Farallones Cons. 808
Tel.: 032 513 3824-3006168424

REPUBLICA DE COLOMBIA RESOLUCIÓN 01915 28 MAY 2008

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 TRÁNSITO
 PERSONAS JURÍDICAS -FURIPS

Fecha Radicación

RG

No Radicado

No Radicado anterior (Respuesta a glosa, marcar X en RG)

No Factura/Cuenta cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI

Código Habilitación: 760011074301

NIT: 9009510338

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Primer Apellido: BALLESTEROS

Segundo Apellido: OLAVE

Primer Nombre: EDISON

Segundo Nombre:

Tipo de Documento: CC

No Documento: 16724418

Fecha de Nacimiento: 05/07/1962

Sexo: M

Dirección Residencia: CARRERA 43A 43 34

Cod: 76

Telefono: 3206375462

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 001

Municipio: CALI

Condición del Accidentado:

[] Peaton [] Ciclista [X] Ocupante [] Conductor

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

Naturaleza del evento:

Naturales:

Sismo

Accidente de tránsito [X] Maremoto.

Erupciones volcánicas

Huracán

Inundaciones

Avalancha

Deslizamiento de tierra

Incendio Natural

Terroristas:

Explosión

Masacre

Mina antipersonal

Combate

Incendios

Ataques a municipios

Dirección de la ocurrencia: CALLE 73 CON CARRERA 17

Fecha Evento/Accidente: 20/11/2019

Hora: 10:55:00

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Municipio: CALI

Cod: 001

Zona: U [X] R []

Descripción breve del Evento catastrófico o Accidente de Tránsito Enuncie las principales características del evento / accidente:

PACIENTE EN CONDICIÓN DE OCUPANTE DE MORTOCICLETA QUE PRESENTÓ ACCIDENTE DE TRÁNSITO SOBRE LA VÍA PÚBLICA POR COLISIÓN CON VEHICULO AUTOMOTO
 R SUFRIENDO POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento:

Asegurado [X]

No Asegurado

V. Fantasma

Poliza falsa

Vehículo en fuga

Marca: ROA

Placa: VJG190

Tipo de servicio: Particular

Público [X]

Oficial

Vehículo de emergencia

Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo de transporte masivo

Vehículo escolar

Código de la aseguradora: 1306

Nro. de la Poliza: 13067077107000

Vigencia

Desde:

Intervención de la autoridad: SI

04/07/2019

Hasta:

03/07/2020

NO [X]

Cobro Excedente:

SI [] NO [X]

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

Primer Apellido: RIOS

Segundo Apellido: BASTIDAS

Primer Nombre: HENRY

Segundo Nombre:

Tipo documento: CC

Nro. Documento: 16722994

Dirección Residencia: CARRERA 43 37 82

Cod: 76

Telefono: 3155062493

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 001

Municipio Residencia: CALI

Total Folios: 001

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

Primer Apellido: RIOS Segundo Apellido: BASNIDAS
 Primer Nombre: HENRY Segundo Nombre:
 Tipo documento: CC Nro. Documento: 16722994
 Dirección Residencia: CARRERA 43 37 82
 Departamento: VALLE DEL CAUCA Cod: 76 Telefono: 3155062493
 Municipio Residencia: CALI Cod: 001

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia: Remisión [] Orden de Servicio []
 Fecha Remisión: a las
 Prestador que remite:
 Código Inscripción:
 Profesional que remite: Cargo:
 Fecha de Aceptación: a las
 Prestador que Recibe:
 Código Inscripción:
 Profesional que recibe: Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehículo: Placa No:
 Transporte la víctima desde: Hasta:
 Tipo de transporte: Lugar donde recoge la víctima: Zona: R [] U []

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

Fecha ingreso: 20112019 a las 12:20 Fecha Egreso: 15012020 a las 19:26
 Código de diagnóstico principal de ingreso: S923 Código de diagnóstico principal de Egreso: S923
 Otro código de diagnóstico de ingreso: Otro código de diagnóstico principal de Egreso:
 Otro código de diagnóstico de ingreso: Otro código de diagnóstico principal de Egreso:

COBO

OLIVEROS

1er Apellido del Médico o Profesional tratante

2do Apellido del Médico o Profesional tratante

DENIS

EDMOND,

1er Nombre del Médico o Profesional tratante

2do Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo documento: CC No. documento: 16645161
 Número de registro médico: 132101661084

X. AMPAROS QUE RECLAMA

VALOR TOTAL FACTURADO VALOR RECLAMADO AL FOSYGA

GASTOS MEDICO QUIRURGICOS

0

0

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

0

0

El 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 numero 2.

XI. DECLARACIÓN 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 de Financiamiento del Ministerio de Protección Social, por el Administrador Fiduciario 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 las consecuencias legales que produzca esta situación.

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES
 NOMBRE

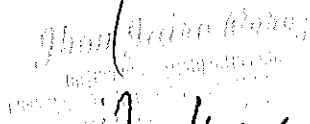
FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES
 REPRESENTANTE LEGAL

FORMULA MÉDICA

FECHA: 27 / 11 / 20
NOMBRE Y APELLIDO Edison Ballesteros
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 16724418
EDAD 54 ENTIDAD ceoxelud

R//

35/
Se remite a la
valoración de la junta
regional de calificación
de Invalidez


Firma

CUENTA No.: 213138

PACIENTE: BALLESTEROS OLAVE EDISON

DOCUMENTOS: CC: 16724418

F CARGO	CARGO	DPTO	DESCRIPCION DEL CARGO	CANT	VALOR	VALOR TOT	VLR RECO	VLR NO CUB	USU	POS/NO POS
TOTAL DE ABONOS:										0
TOTAL CUENTA:										22.093.568
CARGO A CUENTA DE:										21.965.968
SALDO PACIENTE:										0

DESCARGO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS

0102010050	CIRU01	FENTANILO 0.5MG/10ML SOLUCION INYECTA	1 AM	0	0	0	0
0102010117	CIRU01	BUPIVACAINA PESADA 20MG/4ML SOLUCION	2 AM	0	0	0	0
0102010123	CIRU01	MIDAZOLAM 15MG/3ML SOLUCION INYECTABL	1 AM	0	0	0	0
0201010141	CIRU01	CAUCHO DE SUCCION X 3.6 METROS 1 UN	2 UND	0	0	0	0
0201010194	CIRU01	GUANTES ESTERILES No 6.5 1 UNIDAD - L	7 UND	0	0	0	0
0201010196	CIRU01	GUANTES ESTERILES No 7.0 1 UNIDAD - L	7 UND	0	0	0	0
0201010197	CIRU01	GUANTES ESTERILES No 7.5 1 UNIDAD - L	4 UND	0	0	0	0
0201010200	CIRU01	HOJA BISTURI No 20 1 UNIDAD - LAB 1	2 UND	0	0	0	0
0201010436	CIRU01	VENDA ELASTICA 4X5 ESTERIL 1 UNIDAD -	2 UND	0	0	0	0
0201010552	CIRU01	POLIPROPILENO 2/0 AGUJA CURVA CORTANT	2 SOB	0	0	0	0
0201010619	CIRU01	PLACA ELECTROBISTURI REF: E7507 1 UNI	2 UND	0	0	0	0
0201010623	CIRU01	LAPIZ PARA ELECTROBISTURI UND UNIDAD	1 UND	0	0	0	0
0201010692	CIRU01	GUANTES ESTERILES No 8.0 1 UNIDAD - L	8 UND	0	0	0	0
0201010699	CIRU01	APOSITO (GASA + ALGODON) ESTERIL 8P X	2 UND	0	0	0	0
FARMACIA DE CIRUGIA-----						0	
0201010194	HOS003	GUANTES ESTERILES No 6.5 1 UNIDAD - L	1 UND	0	0	0	0
0201010527	HOS003	APOSITO GASA + ALGODON 8PX16P (20CM X	1 UND	0	0	0	0
FARMACIA CENTRAL-----						0	

CUALQUIER TALLA AL RESPECTO DE ESTE DOCUMENTO, POR FAVOR COMUNIQUELO A COORDINACION GENERAL

TARIF.	CARGO	DESCRIPCION	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
0007	38122	Habitación bipersonal	231.900	2	463.800
0007	38122	Habitación bipersonal	231.900	2	463.800
TOTAL ESTANCIA:					927.600

CARGOS

INSUMOS Y MEDICAMENTOS

Cuenta No. 213138			PACIENTE: BALLESTEROS OLAVE EDISON			DOCUMENTOS: CC: 16724418			
F CARGO	CARGO	DPTO	DESCRIPCION DEL CARGO	CANT	VALOR	VALOR TOT	VLR RECO	VLR NO CUB	USU POS/NO POS
20/11/2019	39103	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 05	1	79.300	79.300	79.300	0	johsalsa
PROFESIONAL: ANDRES FELIPE NOGUERA TAMAYO									
20/11/2019	39003	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 05	1	121.300	121.300	121.300	0	johsalsa
PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS									
PROCEDIMIENTO: 15102 - Desbridamiento por lesión superficial más del 5% área corporal									
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD									
20/11/2019	39302	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 04 - 05 - 06	1	88.400	88.400	88.400	0	johsalsa
20/11/2019	39207	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 05	1	144.200	144.200	144.200	0	johsalsa
20/11/2019	39103	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 05	1	79.300	79.300	79.300	0	johsalsa
PROFESIONAL: ANDRES FELIPE NOGUERA TAMAYO									
20/11/2019	39003	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 05	1	121.300	121.300	121.300	0	johsalsa
TOTAL ACTO QUIRURGICO						4.185.400			
PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS									
ACTO QUIRURGICO									
PROCEDIMIENTO: 13501 - Drenaje curetaje secuestrectomía de huesos pie (excepto falanges)									
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD									
22/11/2019	39302	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 04 - 05 - 06	1	88.400	88.400	88.400	0	cargarro
22/11/2019	39207	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 05	1	144.200	144.200	144.200	0	cargarro
22/11/2019	39103	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 05	1	79.300	79.300	79.300	0	cargarro
PROFESIONAL: ALEJANDRA VIVIANA MALDONADO GOMEZ									
22/11/2019	39003	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 05	1	121.300	121.300	121.300	0	cargarro
PROFESIONAL: HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
PROCEDIMIENTO: 15183 - Demostración área general									
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD									
22/11/2019	39302	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 04 - 05 - 06	1	88.400	88.400	88.400	0	cargarro
22/11/2019	39207	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 05	1	144.200	144.200	144.200	0	cargarro
22/11/2019	39103	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 05	1	79.300	79.300	79.300	0	cargarro
PROFESIONAL: ALEJANDRA VIVIANA MALDONADO GOMEZ									
22/11/2019	39003	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 05	1	121.300	121.300	121.300	0	cargarro
PROFESIONAL: HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
PROCEDIMIENTO: 15140 - Colgajo de piel regional									
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD									
22/11/2019	39303	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 07 - 08 - 09	1	205.400	205.400	205.400	0	cargarro
22/11/2019	39209	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 07	1	233.000	233.000	233.000	0	cargarro
22/11/2019	39118	CIRU01	Servicios profesionales de ayudantía quirúrgica Grupo 07	1	49.100	49.100	49.100	0	cargarro
PROFESIONAL: SANTIAGO ANDRES ORTEGA NARVAEZ									
22/11/2019	39105	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 07	1	109.700	109.700	109.700	0	cargarro
PROFESIONAL: ALEJANDRA VIVIANA MALDONADO GOMEZ									
22/11/2019	39005	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 07	1	186.300	186.300	186.300	0	cargarro
PROFESIONAL: HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
PROCEDIMIENTO: 13582 - Osteosíntesis hueso de pie									
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD									
22/11/2019	39303	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 07 - 08 - 09	1	273.800	273.800	273.800	0	cargarro
22/11/2019	39210	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 08	1	510.900	510.900	510.900	0	cargarro
22/11/2019	39119	CIRU01	Servicios profesionales de ayudantía quirúrgica Grupo 08	1	75.600	75.600	75.600	0	cargarro
PROFESIONAL: SANTIAGO ANDRES ORTEGA NARVAEZ									
22/11/2019	39106	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 08	1	170.300	170.300	170.300	0	cargarro

CUENTA No.: 213138

PACIENTE: BALLESTEROS OLAVE EDISON

DOCUMENTOS: CC: 16724418

F CARGO	CARGO	DPTO	DESCRIPCION DEL CARGO	CANT	VALOR	VALOR TOT	VLR RECO	VLR NO CUB	USU	POS/NO POS
PROFESIONAL:	ALEJANDRA VIVIANA MALDONADO GOMEZ									
22/11/2019	39006	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 08	1	288.200	288.200	288.200	0	cargarro	
PROFESIONAL:	HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
PROCEDIMIENTO:	15102 - Desbridamiento por lesión superficial más del 5% área corporal									
VIA ACCESO:	MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD									
22/11/2019	39302	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 04 - 05 - 06	1	88.400	88.400	88.400	0	cargarro	
22/11/2019	39207	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugia Grupo 05	1	144.200	144.200	144.200	0	cargarro	
22/11/2019	39103	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 05	1	79.300	79.300	79.300	0	cargarro	
PROFESIONAL:	ALEJANDRA VIVIANA MALDONADO GOMEZ									
22/11/2019	39003	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 05	1	121.300	121.300	121.300	0	cargarro	
TOTAL ACTO QUIRURGICO						3.401.900				
PROFESIONAL:	HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
CARGO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O DISPOSITIVOS										
0102010030		CIRU01	CLORURO SODIO 0.9%BOLSAX1000ML 0.9%/1000ML BOLSA	7	3.327	23.289	23.289	0		
0102010038		CIRU01	DICLOFENACO 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE 75MG/3ML AMPOLLA	1	4.929	4.929	4.929	0		
0102010040		CIRU01	DIPIRONA SODICA 1G/2ML SOLUCION INYECTABLE 1G/2ML AMPOLLA	1	1.255	1.255	1.255	0		
0102010108		CIRU01	SOLUCION LACTATO RINGER X 500ML SOLUCION INYECTABLE 500ML BOLSA	2	4.889	9.778	9.778	0		
0201010161		CIRU01	ELECTRODOS MONITOREO ADULTO 1 UNIDAD	3	705	2.115	2.115	0		
0201010171		CIRU01	EQUIPO EXTENSION DE ANESTESIA R-33 1 UNIDAD	1	7.654	7.654	7.654	0		
0201010201		CIRU01	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO TERAPIA REF: D1010506 1 UNIDAD	1	28.941	28.941	28.941	0		
0201010223		CIRU01	JERINGA DESECHABLE DE 10 ML 1 UNIDAD	1	997	997	997	0		
0201010226		CIRU01	JERINGA DESECHABLE DE 3 ML 1 UNIDAD	1	618	618	618	0		
0201010240		CIRU01	LLAVE DE 3 VIAS DESECHABLE 1 UNIDAD	2	4.677	9.354	9.354	0		
0201010438		CIRU01	VENDA ELASTICA 6X5 ESTERIL 1 UNIDAD	3	6.886	20.658	20.658	0		
0201010533		CIRU01	AGUJA SPINOCATH ANESTESIA No 27 1 UNIDAD	1	43.305	43.305	43.305	0		
0201010624		CIRU01	LINER 3000CC REF:65651-530 UND UNIDAD	2	45.726	91.452	91.452	0		
0201010762		CIRU01	CANISTER RP MEDICAS 600CC 1 UNIDAD	2	833.460	1.666.920	1.666.920	0		
0201010780		CIRU01	MASCARA ANESTESIA ACOLCHADA NO 5 REF:431306 1 UNIDAD	1	28.320	28.320	28.320	0		
0201010916		CIRU01	KIT APOSITO POLVINIL ALCOHOL PEQUEÑO REF DK10SS-PVA 1 UNIDAD	2	1.567.368	3.134.736	3.134.736	0		
0201010929		CIRU01	GASA PARAFINADA (BACTIGRAS) 15CM X 20CM 1 UNIDAD	1	78.990	78.990	78.990	0		
0201011298		CIRU01	KIT APOSITO IONES DE PLATA MEDIANO REF DK10MS-S 1 UNIDAD	2	725.000	1.450.000	1.450.000	0		
FARMACIA DE CIRUGIA						6.603.311				
0101010005		URGENC	AMPICILINA+SULBACTAN 1.5G POLVO RECONSTITUIR(FARMALOGICA) 1.5G AMPOLLA	2	15.920	31.840	31.840	0		
0101010009		HOS003	HIDROCORTISONA 100MG POLVO RECONSTITUIR 100MG AMPOLLA	1	2.802	2.802	2.802	0		
0101020032		HOS003	CLINDAMICINA 600MG/4ML SOLUCION INYECTABLE 600MG/4ML AMPOLLA	18	3.350	60.300	60.300	0		
0101020063		HOS003	LORATAFINA 10 MG TABLETA 10MG TABLETA (S)	1	1.440	1.440	1.440	0		
0101040009		HOS003	OMEPRAZOL 20MG CAPSULA 20MG CAPSULA	5	3.300	16.500	16.500	0		
0102010007		HOS003	AMIKACINA 500MG/2ML SOLUCION INYECTABLE 500MG/2ML AMPOLLA	9	3.336	30.024	30.024	0		

FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI

Nº: 900951033-8

HOJA DE CARGOS

USUARIO: vivvivpo

CUENTA No.: 213138

PACIENTE: BALLESTEROS OLAVE EDISON

DOCUMENTOS: CC: 16724418

DIRECCION: AV 4N 22 46

CIUDAD: CALI

TELEFONOS: 3876910

HISTORIA: CC 16724418

FECHA INGRESO: 20/11/2019

FECHA EGRESO:

PLAN: (272) AXA COLPATRIA SEGUROS S.A 2019

EMPRESA: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. N°: 860002184-6

F CARGO	CARGO	DPTO	DESCRIPCION DEL CARGO	CANT	VALOR	VALOR TOT	VLR RECO	VLR NO CUB	USU	POS/NO POS
HABITACIONES										
20/11/2019	38122	HOS003	Habitación bipersonal	1	231.900	231.900	231.900		0	harpatga
PROFESIONAL:	DIANA MARIA LOPEZ CUENCA									
21/11/2019	38122	HOS003	Habitación bipersonal	1	231.900	231.900	231.900		0	harpatga
PROFESIONAL:	ANDRES FELIPE SANCHEZ CHAVEZ									
22/11/2019	38122	HOS003	Habitación bipersonal	1	231.900	231.900	231.900		0	daracoag
PROFESIONAL:	HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
23/11/2019	38122	HOS003	Habitación bipersonal	1	231.900	231.900	231.900		0	vivvivpo
PROFESIONAL:	ANDRES FELIPE SANCHEZ CHAVEZ									
24/11/2019	38122	HOS003	Habitación bipersonal	1	231.900	231.900	231.900		0	vivvivpo
PROFESIONAL:	ANDRES FELIPE SANCHEZ CHAVEZ									
TOTAL-----				5		1.159.500				
TOTAL HABITACIONES-----						1.159.500				
LABORATORIO CLINICO										
20/11/2019	19304	LABCLI	Cuadro hemático o hemograma hemalocrito y leucograma	1	22.900	22.900	22.900		0	marlontho
TOTAL-----				1		22.900				
20/11/2019	19827	LABCLI	Protrombina tiempo PT	1	33.400	33.400	33.400		0	marlontho
TOTAL-----				1		33.400				
20/11/2019	19958	LABCLI	Tromboplastina tiempo parcial (PTT)	1	32.600	32.600	32.600		0	marlontho
TOTAL-----				1		32.600				
TOTAL LABORATORIO CLINICO-----						88.900				
IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA										
20/11/2019	21716	IMAGEN	Extremidades y articulaciones	1	394.200	394.200	394.200		0	nubrocro
TOTAL-----				1		394.200				
20/11/2019	21101	IMAGEN	Mano dedos puño (muñeca) codo pie clavícula antebrazo cuello de pie (tobillo) edad ósea (carpograma) calcáneo	1	46.700	46.700	46.700		0	nubrocro
21/11/2019	21101	IMAGEN	Mano dedos puño (muñeca) codo pie clavícula antebrazo cuello de pie (tobillo) edad ósea (carpograma) calcáneo	1	46.700	46.700	46.700		0	lilfrane
TOTAL-----				2		93.400				
20/11/2019	21722	IMAGEN	Reconstrucción tridimensional, agregar al costo del examen	1	670.500	670.500	670.500		0	nubrocro
TOTAL-----				1		670.500				
TOTAL IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA-----						1.158.100				
SERVICIOS										
20/11/2019	935000	CIRU01	TERAPIA DE PRESION NEGATIVA V A C.	1	1.958.100	1.958.100	1.958.100		0	johsalsa
PROFESIONAL:	DENIS EDMOND COBO OLIVEROS									
22/11/2019	935000	CIRU01	TERAPIA DE PRESION NEGATIVA V A C.	1	1.958.100	1.958.100	1.958.100		0	cargarro
PROFESIONAL:	HUMBERTO ALEJANDRO OBANDO GUERRERRO									
TOTAL-----				2		3.916.200				
TOTAL SERVICIOS-----						3.916.200				
CONSULTAS MEDICAS										
20/11/2019	39145	URGENC	Consulta de urgencias	1	54.400	54.400	54.400		0	harpatga
PROFESIONAL:	JUAN SEBASTIAN GARCIA FRANCO									
TOTAL-----				1		54.400				
TOTAL CONSULTAS MEDICAS-----						54.400				
BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL										
20/11/2019	19509	LABCLI	Hemoclasificación (grupo sanguíneo y factor Rh)	1	29.300	29.300	29.300		0	marzapsa
TOTAL-----				1		29.300				
20/11/2019	19510	LABCLI	Hemoclasificación: prueba globular	1	12.100	12.100	12.100		0	marzapsa
TOTAL-----				1		12.100				

CUENTA No.: 213138

PACIENTE: BALLESTEROS OLAVE EDISON

DOCUMENTOS: CC: 16724418

F CARGO	CARGO	DPTO	DESCRIPCION DEL CARGO	CANT	VALOR	VALOR TOT	VLR RECO	VLR NO CUB	USU	POS/NO POS
20/11/2019	19511	LABCLI	Hemoclasificación prueba sérica	1	32.600	32.600	32.600	0	marzapsa	
TOTAL				1		32.600				
20/11/2019	19828	LABCLI	Prueba de compatibilidad cruzada mayor incluye hemoclasificación de donante receptor	3	39.200	117.600	117.600	0	marzapsa	
TOTAL				3		117.600				
20/11/2019	19842	LABCLI	Rastreo de anticuerpos irregulares	1	37.300	37.300	37.300	0	marzapsa	
TOTAL				1		37.300				
TOTAL BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL						228.900				
ACTO QUIRURGICO										
PROCEDIMIENTO: 13582 - Osteosíntesis hueso de pie										
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD										
20/11/2019	39303	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 07 - 08 - 09	1	273.800	273.800	273.800	0	johsalsa	
20/11/2019	39210	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 08	1	510.900	510.900	510.900	0	johsalsa	
20/11/2019	39119	CIRU01	Servicios profesionales de ayuda quirúrgica Grupo 08	1	75.600	75.600	75.600	0	johsalsa	
PROFESIONAL: SANTIAGO ANDRES ORTEGA NARVAEZ										
20/11/2019	39106	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 08	1	170.300	170.300	170.300	0	johsalsa	
PROFESIONAL: ANDRES FELIPE NOGUERA TAMAYO										
20/11/2019	39006	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 08	1	288.200	288.200	288.200	0	johsalsa	
PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS										
PROCEDIMIENTO: 13501 - Drenaje curetaje secuestrectomía de huesos pie (excepto falanges)										
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD										
20/11/2019	39302	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 04 - 05 - 06	1	88.400	88.400	88.400	0	johsalsa	
20/11/2019	39207	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 05	1	144.200	144.200	144.200	0	johsalsa	
20/11/2019	39103	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 05	1	79.300	79.300	79.300	0	johsalsa	
PROFESIONAL: ANDRES FELIPE NOGUERA TAMAYO										
20/11/2019	39003	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 05	1	121.300	121.300	121.300	0	johsalsa	
PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS										
PROCEDIMIENTO: 15140 - Colgajo de piel regional										
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD										
20/11/2019	39303	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 07 - 08 - 09	1	205.400	205.400	205.400	0	johsalsa	
20/11/2019	39303	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 07 - 08 - 09	1	205.400	205.400	205.400	0	johsalsa	
20/11/2019	39209	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 07	1	233.000	233.000	233.000	0	johsalsa	
20/11/2019	39209	CIRU01	Derechos de Sala de Cirugía Grupo 07	1	233.000	233.000	233.000	0	johsalsa	
20/11/2019	39118	CIRU01	Servicios profesionales de ayuda quirúrgica Grupo 07	1	49.100	49.100	49.100	0	johsalsa	
PROFESIONAL: SANTIAGO ANDRES ORTEGA NARVAEZ										
20/11/2019	39118	CIRU01	Servicios profesionales de ayuda quirúrgica Grupo 07	1	49.100	49.100	49.100	0	johsalsa	
PROFESIONAL: SANTIAGO ANDRES ORTEGA NARVAEZ										
20/11/2019	39105	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 07	1	109.700	109.700	109.700	0	johsalsa	
PROFESIONAL: ANDRES FELIPE NOGUERA TAMAYO										
20/11/2019	39105	CIRU01	Servicios profesionales del anestesiólogo Grupo 07	1	109.700	109.700	109.700	0	johsalsa	
PROFESIONAL: ANDRES FELIPE NOGUERA TAMAYO										
20/11/2019	39005	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 07	1	186.300	186.300	186.300	0	johsalsa	
PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS										
20/11/2019	39005	CIRU01	Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra Grupo 07	1	186.300	186.300	186.300	0	johsalsa	
PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS										
PROCEDIMIENTO: 15183 - Demostración área general										
VIA ACCESO: MULTIPLE DIFERENTE VIA IGUAL ESPECIALIDAD										
20/11/2019	39302	CIRU01	Derechos de Materiales Grupo 04 - 05 - 06	1	88.400	88.400	88.400	0	johsalsa	

Consultar por Nombre y Apellidos - Histórico

76 / VALLE 001 / Cali

Sólo tiene validez para efectos de información del puntaje.

Ficha	Hogar	Orden	Nucleo	JUG	UG	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Tipo	Identificación	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Puntaje
00616813	01	3	1		1	BALLESTEROS	OLAVE	EDISON		1	16724418	1	18/09/1965	54	52,2

El puntaje del Sisben III y la información aquí suministrada es solamente de carácter informativo

Esta información debe ser validada por el DNP para la conformación de la Base Certificada del Sisben

La consulta del puntaje de la base certificada del Sisben se puede realizar en la página www.sisben.gov.co

Para los propósitos de focalización del gasto social, los programas sociales deben hacer uso de la Base Certificada del Sisben. En este sentido, esta impresión no sustituye dicha base ni se deberá entender como útil para la asignación de subsidios.

27/11/2019 8:57:41

LEIDY JHOANA GRIJALBA HOYOS - Atención Usuario

Registro de Solicitudes

76 / VALLE 001 / Cali

SOLICITUD RETIRO FICHAS

Categoría: 1-NORMAL

Estado: REGISTRADA

Motivo Solicitud: RETIRO DE FICHA

FRF- No.0000136013

Fecha: 27/11/2019 08:57:36

DATOS FICHA

Número Ficha: 00093755

Nombre y Apellidos: EDISON BALLESTEROS OLAVE

Identificación: 16724418

Dirección: CL 40 A 50 38 P2

Teléfono: 3003831542

DATOS SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: EDISON BALLESTEROS OLAVE

Identificación: 16724418

Dirección: CL 40 A 50 38 P2

Barrio: BRISAS DEL LIMONAR

Teléfono: 3003831542

Documentos Anexos:

Nombre Anexo	Código de Soporte
FOTOCOPIA CEDULA SOLICITANTE	936963

Observaciones:

3122421746 / PASA A LA FEN 275882 /REALIZA RETIRO EL HERMANO JOSE BALLESTEROS CC 16799811 / SE ANEXA CARTA DE RETIRO /

Esta impresión solo es válida para gestionar trámites ante el Sisben mas no sirve como documento que certifique estar en el programa 3237313132303139303835373336

Cordialmente,

CC 16724418de



SISBEN - COLOMBIA

Pagina: 1

26/11/2019 16:01:29

LEIDY JHOANA GRIJALBA HOYOS - Atención Usuario

Registro de Solicitudes

76 / VALLE 001 / Cali

SOLICITUD ENCUESTA NUEVA

FEN- No.0000275858

Fecha: 26/11/2019 16:01:24

Categoría: 2-PRIORITARIA

Estado: REGISTRADA

Motivo Solicitud: PRIMERA VEZ

DATOS SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: EDISON BALLESTEROS OLAVE

Identificación: 16724418

Dirección: KR 43A 43 34 AP 301

Barrio: REPÚBLICA DE ISRAEL

Teléfono: 3206375462

Documentos Anexos:

Nombre Anexo

Código de Soporte

FOTOCOPIA CEDULA SOLICITANTE

936867

Observaciones:

SE ANEXA RECIBO /

Esta impresión solo es válida para gestionar trámites ante el Sisben mas no sirve como documento que certifique estar en el programa 3236313132303139313630313234

Cordialmente,

CC 16724418de



Constancia por Pérdida de Documentos



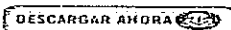
Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 25 mes 11 año 2019, a las 8:10 a. m. El(La) señor(a) EDISON BALLESTEROS OLAVE identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 16724418 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Cedula de ciudadanía / ID	16724418	el día 20 de nov,se presenta un accidente en el cual se pierden los documentos.

La presente constancia se puede verificar en http://webp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 1672441829037613.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.



RED DE SALUD DEL SURORIENTE - ESE - NIT 805.027.338-1

ORDEN MEDICA 1640750

Suroriental E.S.E.

Viernes, 30-Jul-2021 10:02 am

RECLAMAR EL 30-Jul-2021 00:00 am

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 1

Historia: 16724418 Id: CC 16724418 Usuario: BALLESTEROS OLAVE EDIDSON Masculino 55 Años
Dirección: NO SE LA SANE Teléfonos : 3122556860 Fecha nacimiento: 18.09.1965
Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS - Nivel: Nivel 0 Numero de afiliación:
Facturado a: Subsidiado Empresa : COOSALUD EPS Nivel : Nivel 0
Centro producción: 11-10-Consulta Médica General Documento de venta: 760010252301-OPS-2395420
Principal de consulta: T136, AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

Empresa: COOSALUD EPS - Nivel: Nivel 0
PROCEDIMIENTOS

CANTIDAD DESCRIPCIÓN

1 [890297] Consulta De Primera Vez Por Otras Especialidades
Observaciones: VALORACION POR ORTOPIEDIA

Dr. Carlos Carmona Montoya
Medico General
Unidad de Ortopedia
R.F. 1607502-07-2013

[1518] MDG ESTEFANNY MONTAÑO CARDONA

ENTREGADO POR.

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON
CC 1672441

HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA

E-MAIL: esesoriente@hotmail.com TELEFONO: 3280847

R-FAST 8.7e

Orden Medica 1640750 - Pág 1 de

AUTORIZO LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA TOMA EN CASO DE EXAMENES

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

**** RIESGO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / RIESGO Y SEGUIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ****

24- Presenta infecciones de transmisión sexual.: 2- No.

74- Número de preservativos entregados a pacientes con ITS.:

80- Fecha toma de muestra para serología.:

**** RIESGO ENFERMEDAD MENTAL / RIESGO ENFERMEDAD MENTAL ****

25- Enfermedad mental. (Seleccione una de las respuestas).: 8- No presenta enfermedad mental.

77- Tratamiento a pacientes con enf. mental en los últimos 6 meses por equipo interdisciplinario.: 20- No recibió atención por otras razones.

16- Resultado de prueba mini-mental state: 5- Normal

**** PLANIFICACIÓN FAMILIAR / PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ****

54- Método de planificación familiar.: 20- No se suministra por otras razones.

¿Recuerda cuando se le suministro el método anticonceptivo?: NO

55- Fecha de suministro de método anticonceptivo.:

**** PRUEBA ELISA - VIH / PRUEBA ELISA - VIH ****

75- Fecha de asesoría pre test ELISA - VIH:

76- Fecha de asesoría Post Test ELISA - VIH:

82- Fecha de toma de muestra de ELISA - VIH.:

PROFESIONAL: [1518] MDG ESTEFANNY MONTAÑO CARDONA - Especialidad:

OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

[760010252301] HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA

****Evolución del 30-Jul-2021 10:01 am: 55 Años**

Id: 2664756

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: INGRESA PACIENTE ALERTA CONCIENTE AFEBRIL O SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION EN MULETAS

Frec. cardíaca: 78, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.7°C, Peso: 62.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 21.97 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 60 (Optima / TA Media: 80), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

C/C: NORMOCEFALICO SIN DEFORMIDADES, NORMOCRANEO

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS

ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS SIN ALTERACIONES OTOSCOPIA

BILATERAL SIN ALTERACIONES

PIEL: SIN ALTERACIONES

CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS

CARA, OJOS Y ORL

C/C: NORMOCEFALICO SIN DEFORMIDADES, NORMOCRANEO

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS

ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA, AMIGDALAS SIN ALTERACIONES OTOSCOPIA

BILATERAL SIN ALTERACIONES

PIEL: SIN ALTERACIONES

CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO RUIDOS SOBREAGREGADOS,

MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO RUIDOS SOBREAGREGADOS

TORAX: NO TIRAJES NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABD: BLANDO DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA

PALPACION NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

G/U: SIN ALTERACIONES

EXTREMIDADES Y PELVIS

EXTRE: PULSOS PRESENTES, SE OBSERVA AMPUTACION DE PIERNA

DERECHA EN TERCIO MEDIO

SISTEMA NEUROLÓGICO

SNC: ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

APARENTE

PIEL

PIEL: SIN ALTERACIONES

ESTADO MENTAL

SNC: ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

APARENTE

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

EXTRE: PULSOS PRESENTES, SE OBSERVA AMPUTACION DE PIERNA

DERECHA EN TERCIO MEDIO

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010252301-OPS-2395420

Principal de consulta: [T136] AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO

INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 1110 Consulta Médica General

En internación

No se hicieron Remisiones

CONDUCTA A SEGUIR

PACIENTE DE 55 AÑOS ASISTE A CONSULTA POR QUE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AMPUTACION DE PIERNA DERECHA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, NO HABIA VUELTO A CONTROLES, HOY ASISTE PARA RETOMAR ESTOS NO MAS SINTOMAS.

POR ESTA RAZON SOLICITO VALROACION POR ORTOPEDIA, EXPLICO A PACIENTE Y REFIERE ENTENDER, DOY RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE VOMITO DIARREA O FIEBRE PERSISTENTE, DESMAYO, DOLOR EN PECHO, DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, SANGRADO POR MUCOSAS, A PACIENTE Y REFIERE ENTENDER.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Afiliación a seguridad social - Régimen: Subsidiado

Empresa: COOSALUD EPS - Nivel: Nivel 0

Número de afiliación:

Facturación con cargo a: Régimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco, Residencia: NO SE LA SANE - Teléfono: 3122556860, Barrio: Republica De Israel (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 16, Zona: Sur Oriente -

Municipio: [76001] Santiago de Cali

En caso de urgencia avisar a: UU (U) - Dirección: - Teléfono:

Apertura MEDICA GENERAL del 30-Jul-2021 10:01 am: 55 Años

Id: 1925559

MOTIVO DE CONSULTA

POR UNOS CONTROLES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 55 AÑOS ASISTE A CONSULTA POR QUE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AMPUTACION DE PIERNA DERECHA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, NO HABIA VUELTO A CONTROLES, HOY ASISTE PARA RETOMAR ESTOS NO MAS SINTOMAS.

ANTECEDENTES PATOLÓGICO, PEDIATRICO, PSIQUIATRICO

AMPUTACION DE PIERNA DERECHA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICO, HOSPITALARIO, TRAUMATICO

NIEGA

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO, INMUNOLÓGICO

FUMA 8 CIGARRILLOS AL DIA FUMA HACE 30 AÑOS

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NIEGA

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN FAMILIAR

NIEGA

Enfermedades de Transmisión Sexual

NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMA

NIEGA

** COMPLEMENTO DATOS PERSONALES / DATOS DE CONTACTO **

Dirección de Residencia: CR 43 A NUMERO 43 36 REPUBLICA DE ISRAEL

Telefono: 3234682335.0

Celular: 3234682335.0

** HABITOS / HABITOS **

19- Consumo de Tabaco ¿Fuma?: SI

¿Número de Cigarrillos por Día?: 8.00

¿Número de Años Fumando?: 30.00

Índice de Paquetes Año (IPA o UPA): 12.00

¿Toma Licor?: NO

¿Consumo de Drogas o Sustancias Psicotrópicas?: NO

¿Tiene Exposición a Radiación Ultravioleta?: NO

¿Realiza Actividad Física?: NO

¿VERDURAS, Consume 2 Porciones al Día?: NO

¿FRUTAS, Consume 3 Porciones al Día?: NO

** ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS / CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA / CONCILIACION MEDICAMENTOSA **

Tiene Antecedentes Farmacologicos?: NO

Recibe Otros Medicamentos (Homeopaticos, Hormonales, Multivitaminicos, Automedicados, etc.):

Interacciones Medicamentosas: NO

Tiene Alergias Farmacologicas?: NO

Medicamentos Suspendidos: NO

** AGUDEZA VISUAL Res_4505_202 / VALORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL **

Registrar Valoración de la Agudeza Visual: NO

** Ca DE COLON Res_4505_202 / TAMIZAJES Ca DE COLON **

¿Registrar prueba de sangre oculta en materia fecal?: NO

¿Registrar tamizaje de colonoscopia?: NO

** Ca DE PROSTATA Res_4505_202 / TOMA Ca DE PROSTATA **

¿Registrar fecha del tacto rectal?: NO

64- Fecha del tacto rectal:

¿Registrar resultado del tacto rectal?: NO

¿Registrar fecha de toma PSA?: NO

73- Fecha de toma PSA:

¿Registrar resultado de PSA?: NO

109- Resultado de PSA:

** TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS / TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS **

118- Fecha de terminación del tratamiento para leishmaniasis:

** RIESGO SINTOMATICO RESPIRATORIO / SINTOMATICO RESPIRATORIO **

18- Es sintomático respiratorio.: 2- No.

112- Fecha de toma de muestra para baciloscopia de diagnóstico:

113- Resultado prueba de baciloscopia de diagnóstico.: 4- No.

** RIESGO OBESIDAD O DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA / RIESGO OBESIDAD O DESNUTRICIÓN PROTEICO CALÓRICA. **

21- El usuario presenta obesidad o desnutrición proteico calórica.: 3- No es obeso, ni presenta desnutrición proteico calórica.

** RIESGO VIOLENCIA O MALTRATO / RIESGO VIOLENCIA O MALTRATO **

22- Es victima de maltrato.: 3- No es victima de maltrato.

** RIESGO VIOLENCIA SEXUAL / RIESGO VIOLENCIA SEXUAL **

23- Victima de violencia sexual.: 2- No.



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
ANEXO TÉCNICO No. 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de solicitud 000031978

Fecha: 2021-Jul-30

Hora: 10:02

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA

Código 760010252301

Teléfono 3280847

Dirección prestador CRA 43 # 39A - 00

Departamento VALLE DEL CAUCA [76]

Municipio Santiago de Cali [001]

NIT ☒ X
CC ☐

805.027.338-1
Número DV

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

Nombre COOSALUD EPS

Código ESS024

DATOS DEL USUARIO

1er apellido BALLESTEROS

2do apellido OLAVE

1er nombre EDIDSON

2do nombre (No tiene)

Tipo de documento de identificación

☐ Registro civil

☐ Tarjeta de identidad

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Cédula de extranjería

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin identificación

☐ Menor sin identificación

☐ Número único de identificación

Número de documento de identificación 16724418

Fecha de nacimiento 1965-Sep-18

Dirección de residencia habitual NO SE LA SANE

Departamento VALLE DEL CAUCA [76]

Municipio Santiago de Cali [001]

Teléfono 3122556860

Cobertura en salud

☐ Régimen contributivo

☒ Régimen subsidiado - total

☐ Régimen subsidiado - parcial

☐ Población pobre no asegurada con SISBEN

☐ Población pobre no asegurada sin SISBEN

☐ Desplazado

☐ Plan adicional de salud

☐ Otro

INFORME DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

☒ Enfermedad general

☐ Enfermedad profesional

☐ Accidente de trabajo

☐ Accidente de tránsito

☐ Evento catastrófico

Tipo de servicios solicitados

☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

☒ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria

☒ No prioritaria

Ubicación del paciente al momento de solicitar la autorización

☒ Consulta externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalización

Servicio Consulta Médica General

Cama

CUPS	Cantidad	Descripción
------	----------	-------------

890297	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES
--------	---	--

Justificación clínica PAICENTE CON AMPUTACION DE TERCIO MEDIO DE PIERNA DERECHA DE 2 AÑOS DE EVOLUCION SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEdia

Impresión diagnóstica

CIE-10

Descripción

Diagnóstico principal

T136

AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

Diagnóstico relacionado 3

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre ESTEFANNY MONTANO CARDONA

Teléfono 3280847

Cargo Medico General

ESTEFANNY MONTANO CARDONA
Medico General
Unidad de Atención
R.C. 3027-10-03-2019

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 3 de 3

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

COMENTARIO CLÍNICO

Documento de venta asociado

OPS-2395420

Subsidiado: COOSALUD EPS

****DEMANDA INDUCIDA / PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN****

P00001- Programas:

Vacunación

Edidson Olave Ballesteros
Médico General
Unidad Clínica

PROFESIONAL: [1518] MDG ESTEFANNY MONTAÑO CARDONA - Especialidad:

OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

[760010252301] HOSPITAL CARLOS CARMONA MONTOYA

Santiago de Cali, 06 de julio de 2021

CO-F-562

Doctor (a)
NOHRA ELENA MOLANO SÁNCHEZ
Asistente de Fiscal II
Fiscalía Cuarenta y Tres Local
Avenida Roosevelt No. 38 -32 Piso 2
Cali – Valle

Señor (a)
EDIDSON BALLESTEROS OLAVE
Cali - Valle

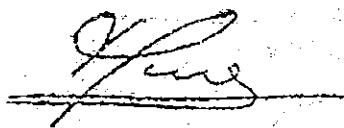
ASUNTO SOLICITUD DE VALORACIÓN- RADICADO: 760016099165201986089.

Con el fin de dar trámite a la solicitud del asunto, de acuerdo con el ordenamiento legal establecido, el (la) señor (a) **EDIDSON BALLESTEROS OLAVE**, identificado (a) con la C.c. No. **16.424.418**, deberá acreditar en esta Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, una vez revisada la documentación allegada:

➤ **ALTA O FIN DE TRATAMIENTO POR ORTOPEDIA Y/O FISIATRIA (NO FISIOTERAPIA), DEBE INCLUIR: AMAS, TROFISMO, FUERZA MUSCULAR Y DEMAS SIGNOS OSTEOMUSCULARES DE CADA ÁREA LESIONADA.**

Se hace necesario de manera urgente para proceder a valorar la pérdida de capacidad laboral, para lo cual cuenta con un término de 30 días calendario de acuerdo con el ordenamiento legal estipulado en el **Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.5.1.29**, para que allegue el expediente completo, lapso durante el cual estará suspendido el término para decidir.

Cordialmente,



MARÍA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Directora Administrativa y Financiera Sala 1
Representante Legal

DIANA O.

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Afilación a seguridad social - Régimen: Subsidiado

Empresa: COOSALUD EPS - Nivel: Nivel 0

Número de afiliación:

Facturación con cargo a: Régimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Blanco, Residencia: NO SE LA SANE - Teléfono: 3122556860, Barrio: Republica De Israel (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 16, Zona: Sur Oriente -

Municipio: [76001] Santiago de Cali

En caso de urgencia avisar a: UU (U) - Dirección: - Teléfono:

Apertura CONSULTA REFORMULACION del 9-Ago-2021 01:14 pm:
55 Años

Id: 1930401

MOTIVO DE CONSULTA

REMISION DE DISCAPACIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

- SE DEJA EN CLARO QUE USO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GAFAS, TAPABOCAS, BATA).

- NIEGA VIAJE AL EXTERIOR O CONTACTO CON EXTRANJERO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS, NIEGA CONTACTO CON PERSONA QUE REQUIERA HOSPITALIZACION EN LOS ULTIMOS 14 DIAS, NIEGA QUE ALGUIEN CON QUIEN CONVIVAN PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS, FIEBRE, ESCALOFRIOS, DIARREA.

- NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIOS, NIEGA TOS, NIEGA ODINOFAGIA, NIEGA AGEUSIA, NIEGA ANOSMIA, NIEGA DISNEA.

PACIENTE DE 55 AÑOS QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE TRANSITO HACE 2 AÑOS POSTERIOR A TRAUMATISMO PERDIDA DE PIE DERECHO, EL CUAL PRESENTA LIMITACION A LA MARCHA, REQUIERE USO DE MULETAS, PACIENTE QUIEN NO HA SIDO VALUADO POR NINGUNA ESPECIALIDAD POSTERIOR DE TRAUMATISMO, ASISTE LE DIA DE HOY PARA SOLICITAR REMISION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, PEDIATRICO, PSIQUIATRICO

AMPUTACION DE PIERNA DERECHA

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS, HOSPITALARIO, TRAUMATICO

NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES

NIEGA

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NIEGA

** COMPLEMENTO DATOS PERSONALES / DATOS DE CONTACTO **

Dirección de Residencia: KRA 43 A NUMERO 43-36 BARRIO REPUBLICA

Telefono: 0.00

Celular: 3234682335.0

** TUTELA / TUTELA **

¿Tiene TUTELA?: NO

Otro Ordenamiento: .

PROFESIONAL: [1567] MDG DIANA CAROLINA GOMEZ FRANCO - Registro:

144168711 - ESPECIALIDAD: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

**Evolución del 9-Ago-2021 01:14 pm: 55 Años

Id: 2671232

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE INGRESA AL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS CON AYUDA DE MULETAS, LUCE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Frec. cardiaca: 70, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 54.0 Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 18.69 Bajo peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 100 / 60 (Optima / TA Media: 73), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS, NI MASAS.

CARA, OJOS Y OÍD

PUPILAS ISOCÓRICAS, ISOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HÚMEDAS, OROFARINGE SIN EDEMA, NO ERITEMA, NO EXUDADOS.

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMOEXPANSIVO, NORMOVENTILADO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS APARENTEMENTE.

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SE PALPAN MASAS O MEGALÍAS SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL,

SISTEMA GENITO-URINARIO

NO PERTINENTE

EXTREMIDADES Y PELVIS

AUSENCIA DE PIE DERECHO

SISTEMA NEUROLÓGICO

ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT

PROFESIONAL: [1567] MDG DIANA CAROLINA GOMEZ FRANCO - Registro: 144168711 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 16724418

CC 16724418

BALLESTEROS OLAVE EDIDSON

Mas, 55 Años (18-Sep-1965)

Facturación con cargo a: Régimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS Nivel: Nivel 0

SISTEMA NEUROLÓGICO

APARENTE

PIEL

SIN LESIONES AL EXAMEN FÍSICO

ESTADO MENTAL

SIN DÉFICIT APARENTE

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

SIN ALTERACIONES O LESIONES APARENTES.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010252301-OPS-2402729

Principal de consulta: [S980] AMPUTACION TRAUMATICA DEL PIE A NIVEL DEL TOBILLO - Impresión diagnóstica

Relacionado a la consulta: [S899] TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO

Servicio de egreso: 1110 Consulta Médica General
En Internación

No se hicieron Remisiones

CONDUCTA A SEGUIR

PACIENTE DE 55 AÑOS QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE TRANSITO HACE 2 AÑOS POSTERIOR A TRAUMATISMO PERDIDA DE PIE DERECHO, EL CUAL PRESENTA LIMITACION A LA MARCHA, REQUIERE USO DE MULETAS, PACIENTE QUIEN NO HA SIDO VALROADO POR NINGUNA ESPECIALIDAD POSTERIOR DE TRAUMATISMO, EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SE ATIENDE CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD (TA-PABOCAS, GAFAS, CARETA, BATA), HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, PERDIDA DE PIE DERECHO, ESCALA BARTHEL MAYOR 60 MODERADA DEPENDENCIA, REQUIERE USO CONSTANTE DE MULETAS, SE DA ORDEN DE REMISION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

COMENTARIO CLÍNICO

- SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE: IMPORTANCIA DE DIETA BAJA EN SAL, BAJA EN AZUCAR, COMER 1 HARINA POR COMIDA, DISMINUIR CONSUMO DE FRITOS; EVITAR ENLATADOS, EMPAQUETADOS; AUMENTAR EL CONSUMO DE ENSALADAS AL ALMUERZO Y COMIDA, VERDURAS, 2 FRUTAS AL DIA. PARA LOGRAR 5 PORCIONES DIARIAS ENTRE FRUTAS Y VERDURAS
- SE DAN INDICACIONES SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES: EVITAR CONSUMO DE LICOR Y TABACO, REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE. (MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES).
- UTILIZAR BLOQUEADOR SOLAR Y CREMA HIDRATANTE.
- SE EXPLICAN EN TERMINOS SENCILLOS SIGNOS DE ALARMA GENERALES PARA CONSULTAR A URGENCIAS INMEDIATAMENTE: CONVULSIONES, FIEBRE PERSISTENTE, DESMAYO, SANGRADO, CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO COMO ESTADOS ANSIOSOS, IDEAS DE SUICIDIO, DE

COMENTARIO CLÍNICO

AGREDIR OTRAS PERSONAS, DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SANGRADO EN HECEAS O EN VOMITO. ANTE CUALQUIER CONDICION NO DEBE AUTOMEDICARSE, DEBE ACUDIR AL MEDICO.

- PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA A SEGUIR.
- SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION FRENTE A BROTE DE COVID-19 POR LO QUE SE INDICA A PACIENTE NO SALIR DE LA CASA A MENOS QUE PRESENTE SIGNOS DE ALARMA. LAVASE LAS MANOS FRECUENTEMENTE CON AGUA Y JABON DURANTE 2 MINUTOS POR LO MENOS CADA 3 HORAS O DESPUES DE TENER CONTACTO CON ELEMENTOS PROVENIENTES DEL EXTERIOR. AL TOSER O ESTORNUDAR CUBRA SU BOCA Y NARIZ, NO COMPORTA OBJETOS PERSONALES, COMO PLATOS, VASOS, CUCHARAS, EN LO POSIBLE NO TENGA CONTACTO CON PERSONAS PROVENIENTES DEL EXTERIOR (ITALIA, CHINA, ESPAÑA, ESTADOS UNIDOS O ALEMANIA). FACILITE LA CIRCULACION DEL AIRE EN LA CASA ABIRIENDO PUERTAS Y VENTANAS. SI TIENE CONTACTO CON PERSONA DE EXTREJERO SINTOMATICA Y USTED PRESENTA SINTOMAS RECUERDE QUE PUEDE LLAMAR AL: 4865555 OPCION 7 PARA COMENTAR SU CASO, EVITE EN LO POSIBLE IR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Documento de venta asociado

OPS-2402729

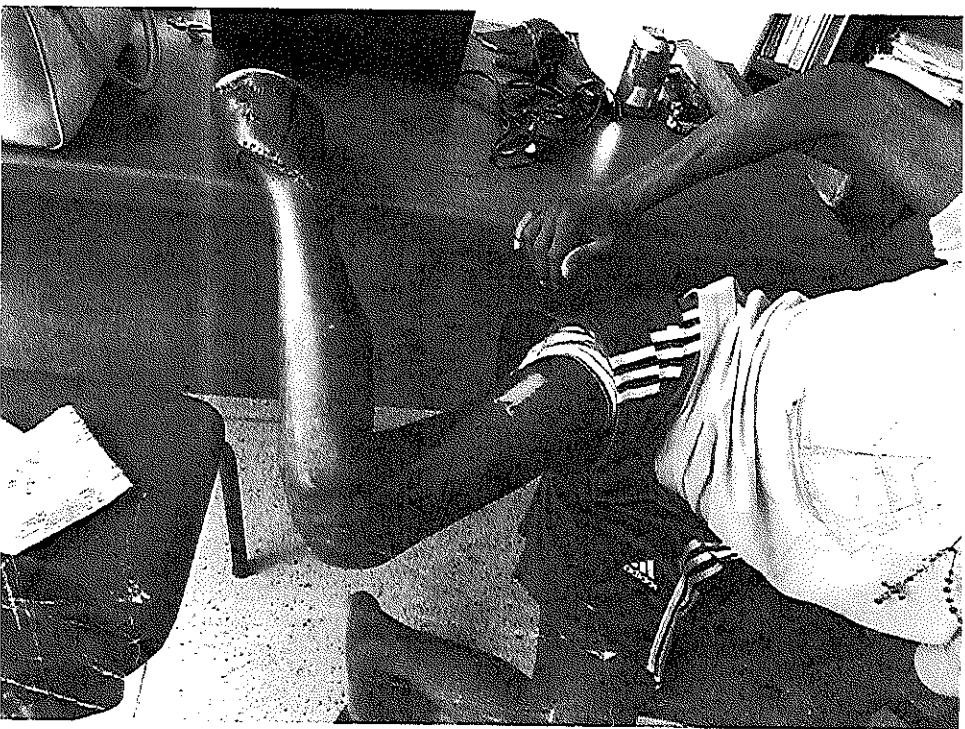
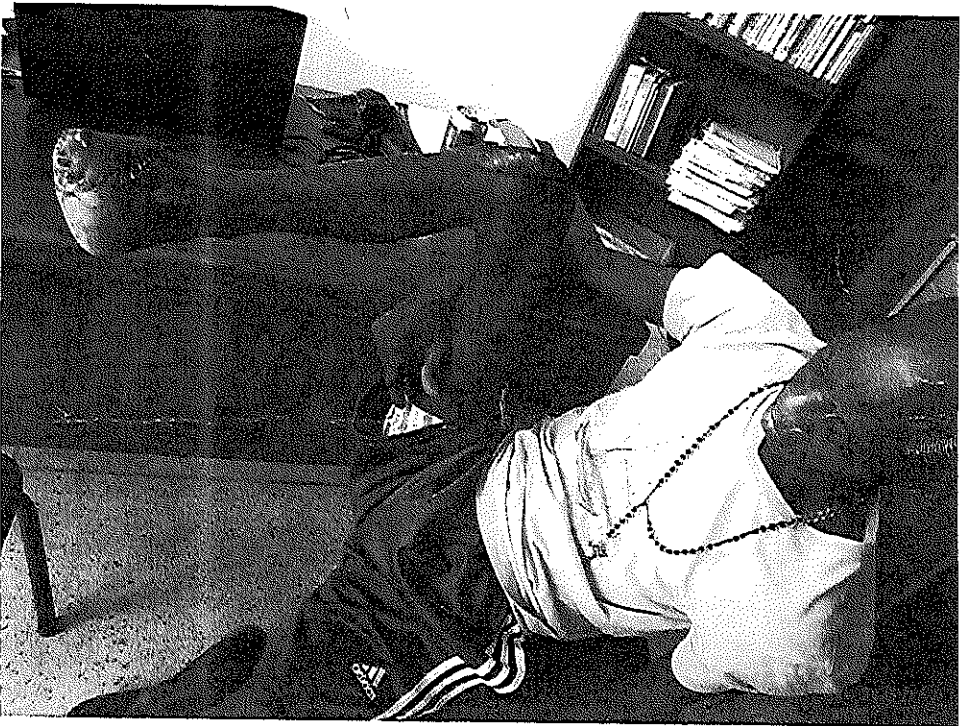
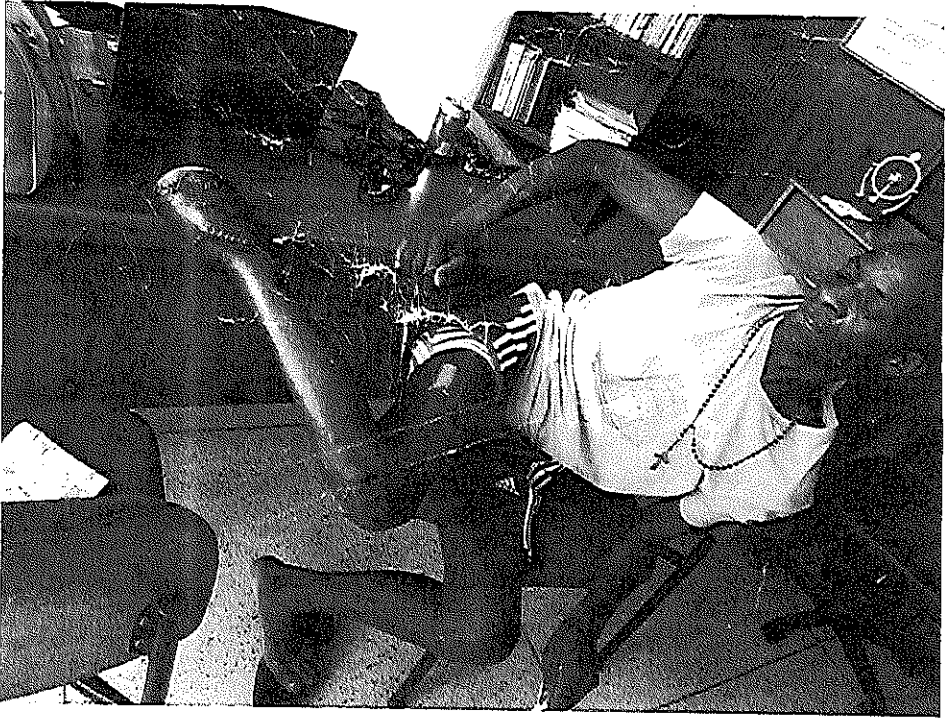
Subsidiado: COOSALUD EPS

DEMANDA INDUCIDA / PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

P00001- Programas:

Vacunación

PROFESIONAL: [1567] MDG DIANA CAROLINA GOMEZ FRANCO - Registro: 1144168711 - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [760010252304] PUESTO DE SALUD MARIANO RAMOS



**REMISIÓN PARA LA VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE
PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 113 de 2020, el medico tratante debe garantizarle a la persona con discapacidad, cada uno de los siguientes ítems, de tal manera que la persona puede presentarlo ante la Secretaría de Salud del Municipio donde reside para dar trámite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD-IPS QUE REALIZA DE REMISIÓN			
Municipio donde es emitida la orden:		Nombre de la entidad que emite la orden:	
Cali		Red de salud suroriente, IPS Hospital Carlos Carrmona Montoya	
Fecha de expedición de la REMISIÓN (DD-MM-AAA)		EAPB A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL USUARIO	
9/8/21		Coosalud	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA REMISIÓN			
Nombres y apellidos		Tipo de documento: (marcar con x)	Numero de documento
Eddison Ballesteros Clave		RC: ____ TI: ____ CC: <input checked="" type="checkbox"/> CE: ____ PEP: ____ Otro: ____ Cual: ____	16724418
Municipio de residencia	Cali		
INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN			
Marque con una X los documentos que le entrega al usuario (esto como lista de chequeo).			
HISTORIA CLINICA Con diagnostico Cie-10 donde se relación la discapacidad que presenta la persona.		<input checked="" type="checkbox"/>	Cie-10 S980, S899
SOPORTES:			
Conceptos profesionales de la salud	<input checked="" type="checkbox"/>	Exámenes clínicos	<input checked="" type="checkbox"/>
Paraclínicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Imágenes diagnósticas	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros	No	Cuales:	No
AJUSTES RAZONABLES			
De acuerdo a las características y necesidades determinadas por el profesional tratante Indique con una X las necesidades que la persona con discapacidad requiere para realizarle la valoración por el equipo multidisciplinario:			
Lugar donde se deberá realizar la valoración: En la IPS <input checked="" type="checkbox"/> Domiciliaria: <input type="checkbox"/>			
En caso de requerir domiciliaria justificar: No			
Necesidades de apoyos y ajustes razonables:			
a) Movilidad: bastón, muletas, silla de ruedas.			
b) Comunicación y acceso a la comunicación: No			
c) Persona de apoyo: No			
OBSERVACIÓN: No			
DATOS DE MÉDICO TRATANTE			
Nombres y apellidos: Diana Carolina Gomez Franco			
Profesión: Medico General			
Numero tarjeta profesional: 114416871			
Firma del médico tratante:			
Sello de la IPS-ESE			

Nota: La persona con discapacidad debe contactarse con la secretaria de salud del municipio donde reside, presentar este formato debidamente diligenciado por el médico tratante, con los soportes correspondientes.

REMISIÓN PARA LA VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 113 de 2020, el medico tratante debe garantizarle a la persona con discapacidad, cada uno de los siguientes ítems, de tal manera que la persona puede presentarlo ante la Secretaría de Salud del Municipio donde reside para dar trámite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD-IPS QUE REALIZA DE REMISIÓN			
Municipio donde es emitida la orden:		Nombre de la entidad que emite la orden:	
Cali		Red de salud suroriental, IPS Hospital Carlos Carmena Montoya	
Fecha de expedición de la REMISIÓN (DD-MM-AAA)		EAPB A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL USUARIO	
9/8/21		Coosalud	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA REMISIÓN			
Nombres y apellidos		Tipo de documento: (marcar con x)	Numero de documento
Eddison Ballesteros Clave		RC: ____ TI: ____ CC: <input checked="" type="checkbox"/> CE: ____ PEP: ____ Otro: ____ Cual: ____	16724418
Municipio de residencia	Cali		
INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN			
<p>Marque con una X los documentos que le entrega al usuario (esto como lista de chequeo).</p>			
HISTORIA CLINICA			
Con diagnostico Cie-10 donde se relación la discapacidad que presenta la persona.		<input checked="" type="checkbox"/>	Cie-10
			S980, S899
SOPORTES:			
Conceptos profesionales de la salud	<input checked="" type="checkbox"/>	Exámenes clínicos	<input checked="" type="checkbox"/>
Paraclínicos	<input checked="" type="checkbox"/>	Imágenes diagnosticas	<input checked="" type="checkbox"/>

Otros	No	Cuales:	No
-------	----	---------	----

AJUSTES RAZONABLES

De acuerdo a las características y necesidades determinadas por el profesional tratante indique con una X las necesidades que la persona con discapacidad requiere para realizarle la valoración por el equipo multidisciplinario:

Lugar donde se deberá realizar la valoración: En la IPS ☒ Domiciliaria: ☐

En caso de requerir domiciliaria justificar: No

Necesidades de apoyos y ajustes razonables:

a) Movilidad: bastón, muletas, silla de ruedas.

b) Comunicación y acceso a la comunicación: No

c) Persona de apoyo: No

OBSERVACIÓN: No

DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombres y apellidos: Diana Carolina Gomez Franco

Profesión: Medico General

Numero tarjeta profesional: 1144168711

Firma del médico tratante:

Sello de la IPS-ESE

F.U.S.M.
Diana Carolina Gomez Franco
MEDICO GENERAL
REG. 1.144.168.711

Nota: La persona con discapacidad debe contactarse con la secretaria de salud del municipio donde reside, presentar este formato debidamente diligenciado por el médico tratante, con los soportes correspondientes.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **16.724.418**
BALLESTEROS OLAVE

APELLIDOS
EDISON

NOMBRES
Edison Ballesteros

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-1965**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

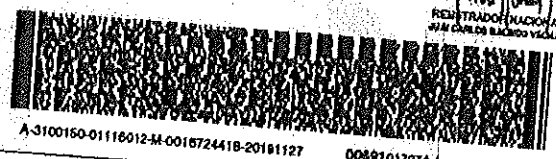
AB+
O.S. RH

M
SEXO

29-JUN-1984 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

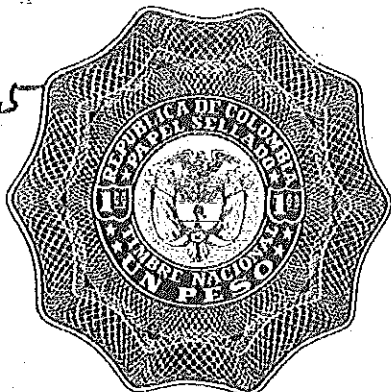
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BARRERO VEGA



A-3100150-01116012-M-0018724418-20181127 0089101787A 9910915288

L 06450799

7188
P 205



El Suscrito Notario Segundo del Circuito de Cali, expide a continuación copia de la partida de nacimiento que se halla asentada en el Libro de Registro Civil que se lleva en esta Notaría, correspondiente al año de 1965 y que es del tenor literal siguiente:

Edison Ballesteros Olave.

En la República de Colombia, Departamento del Valle del Cauca, Municipio de Cali, a 20 del mes de septiembre de 1965, se presentó el señor Demetrio Ballesteros mayor de edad, de nacionalidad colombiana, natural de Santa María C., domiciliado en Cali y declaró: que el día 18 del mes septiembre de 1965, siendo las 9 a.m., nació en el Hospital Departamental, del Municipi de Cali, República de Colombia, un niño de sexo masculino, a quien se le ha dado el nombre de Edison, hijo legítimo del señor Demetrio Ballesteros de 33 años de edad, natural de Santa María C., República de Colombia, de profesión obrero y la señora Rosa Emilia Olave de 27 años de edad, natural de San Antonio C., República de Colombia, de profesión hogar, siendo abuelos paternos Vitalia Ballesteros y abuelos maternos Ricardina Olave. Fueron testigos Sonia Paz y William Mesa. En fe de lo cual se firma la presente Acta. Por el Declarante. (fdo). Alvaro Parra. La Testigo. (fdo). Sonia Paz. El Testigo. (fdo). William Mesa. c. #6.088.945 .Cali. EDUARDO LALINDE Z. Notario 2o. Principal.

Es copia exacta.

r.z.

Cali, octubre 29 de 1965.

[Handwritten signature]

06450799

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **29.069.265**

OLAVE De BALLESTEROS

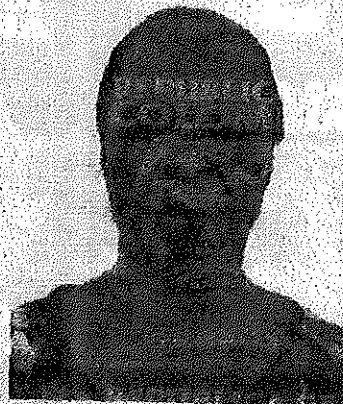
APELLIDOS

ROSA EMILIA

NOMBRES

Rosa E Olave

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1936**

GUAPI
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

B+

G.S. RH

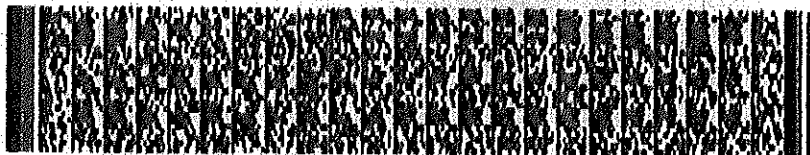
F

SEXO

12-ENE-1961 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00753660-F-0029069265-20161007

0046824944A 1

43846767



N 17384845

Como Notario Primero del Circuito de Cali, exp-do
copia de la partida de nacimiento que dice:

ROSA BALLESTEROS CLAVE

En la República de Colombia, Departamento del
Valle, Municipio de Cali, a 10 del mes de Mar-
zo de 1.969, se presentó el señor Demetrio Ba-

llesteros, mayor de edad, de nacionalidad Colombiano, natural de
Santa María, domiciliado en Cali y declaró: Que el día 7 del mes
de Marzo de 1.969, siendo las 5.50 de la tarde nació en la Clínica
Rafael U.U. del municipio de Cali, República de Colombia, un
niño de sexo femenino a quien se le ha dado el nombre de ROSA,
hija legítima del señor Demetrio Ballesteros de 37 años de edad,
natural de Santa María C. República de Colombia, de profesión
obrero y la señora Rosa E. Clave de 34 años de edad, natural de
San Antonio C. República de Colombia, de profesión hogar, siendo
abuelos paternos, Vitalia Ballesteros y abuelos maternos, Rícar-
dina Clave; Fueron testigos Julio Campo y Carlos Guachetá C.- En
fó de lo cual se firma la presente acta.- El declarante (Fdo).-
Demetrio B. c.c.#2.662.042 Tuluá.- El testigo (Fdo).- Ilegible c.c.
#6.040.200 Cali.- El testigo (Fdo).- Carlos Guachetá c.c.#2.400.-
365 Cali.- (Fdo).- JESUS MARIA MURGUEITIO, funcionario ante quien
se hace el registro, Sello.- ES COPIA DEL ORIGINAL.- Cali, Abril
de 1.969.-

JESUS MARIA MURGUEITIO, Notario Primero.-



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.737.547**

BALLESTEROS OLAVE
APELLIDOS

JOHN FREDDY
NOMBRES

John Freddy Olave
FIRMA



Powered by CamScanner



INDEX DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1967**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

B+
GRUPO SANG

M
SEXO

28-JUN-1985 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

John Freddy Olave
DE COSTA RICA
ALCALDE



A-3100100-65123726-M-0016737547-20041209

0595104344A 02 152126144

Powered by CamScanner



El suscrito Notario Tercero del Circuito de Cali, a petición verbal de parte interesada, arde a continuación la siguiente copia:

PARTIDA # 195-

JOHN FREDDY BALLESTEROS OLAVE.

En la República de Colombia, Departamento del Valle del Cauca, Municipio de Cali, a 21 del mes de Abril de mil novecientos sesenta y siete (1.967) se presentó el señor Demetrio Ballesteros, mayor de edad, de nacionalidad Colombiana natural de Guapi (Cauca), domiciliado en Cali, y declaró: Que el día 14 del mes de Abril de mil novecientos sesenta y siete (1.967), siendo las 2.52 a.m., nació en la Clínica de los Seguros Sociales (Casa Barrio Unión de Vivienda Popular), del Municipio de Cali, República de Colombia, un niño de sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de "JOHN FREDDY", hijo legítimo del señor declarante de 35 años de edad natural de Guapi (Cauca), República de Colombia, de profesión Obrero, y de la señora Rosa Emilia Olave, de 30 años de edad, natural de San Antonio de Callo Largo (Cauca) República de Colombia, de profesión hogar. - Siendo Abuelos paternos: Victoria Ballesteros, Abuelos maternos: Ricardina Olave. - En fé de lo cual se firma la presente acta. - El declarante (fdo) Demetrio Ballesteros. c.c.# 2.652.042 de Tulud - Tgo: - (fdo) ilegible c.c.# 2.465.327 de B/ventura. - Tgo: (fdo) ilegible c.c.# 2.667.347 de Tulud. - (fdo) Fernando Belmont Borrera, notario Tercero. - Hay un sello. -

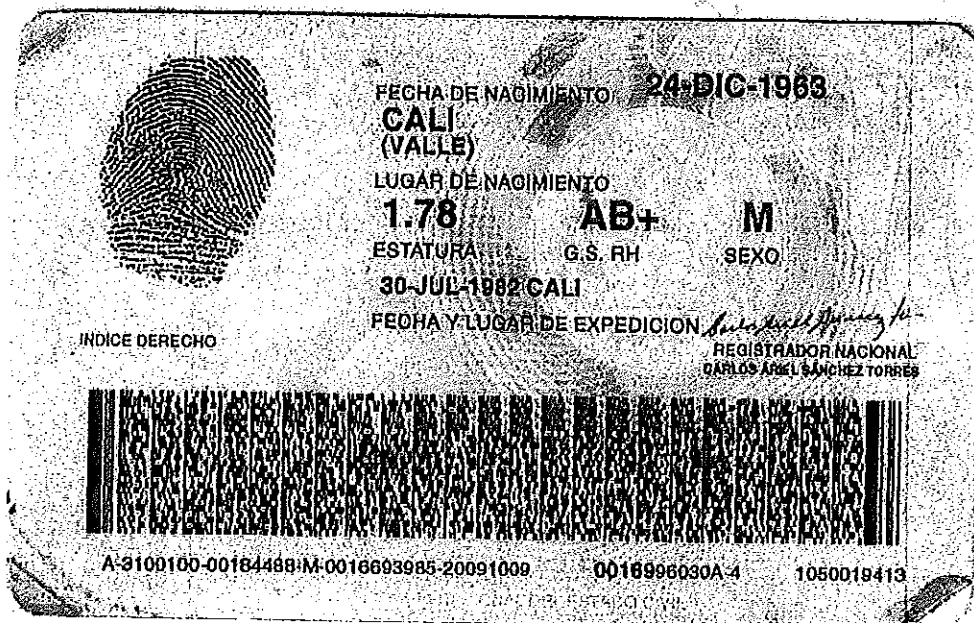
Es fiel copia tomada del original del libro de Registro Civil de nacimientos, y se arde hoy 16 de mayo de mil novecientos sesenta y siete (1.967). -

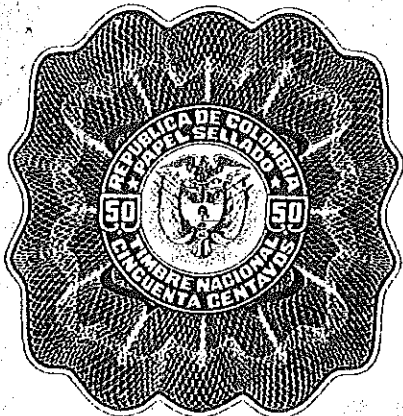
REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPTO. DEL VALLE DEL CAUCA

Fernando Belmont Borrera



103





H05212780

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCUITO DE CALI

HACE CONSTAR:

Que al folio 183 del libro No. 12 del Registro Civil de NACIMIENTOS del año de 19 63 figura una partida que dice: JESUS BALLESTEROS OLAVE

“En la República de Colombia, Departamento del Valle

del Cauca, Municipio de Cali, a 26 del mes de DICIEMBRE

de mil novecientos SESENTA Y TRES se presentó DEMETRIO BALLESTEROS

+++++ mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANA,

natural de GUAPI, domiciliado en CALI y

declaró: Que el día 24 del mes de DICIEMBRE de mil

novecientos SESENTA Y TRES, siendo las 9 de la

A.M. nació en HOSPITAL DEPTAL del Municipio de CALI,

República de Colombia, un niño de sexo MASCULINO a quien se le ha dado el

nombre de JESUS, hijo LEGITIMO

del Sr. DECLARANTE, de 33 años de edad, natural

de GUAPI, República de COLOMBIA, de profesión

OBRAERO y la señora ROSA EMILIA OLAVE de 27 años

de edad, natural de GUAPI República de COLOMBIA,

de profesión HOGAR, siendo abuelos paternos +++++

VITALIA BALLESTEROS y +++++ y abuelos maternos

RICARDINA OLAVE y +++++. Fueron

testigos SEGUNDINO VELA y LUIS EUSEBIO BETANCOURT

En fé de lo cual se firma la presente acta.

El declarante, (FDO) DEMETRIO BALLESTEROS C.C. No. 2.662.042 de TULUA (C)

El testigo, (FDO) SEGUNDINO VELA C.C. No. 1.872.346 de PUPIALES

El testigo, (FDO) LUIS EUSEBIO BETANCOURT C.C. No. 6.042.463 de CALI (C)

+++++

(FDO) FERNANDO HEDMONT HORMAZA

Notario 3o. HAY UN SELLO.

ES FIEL COPIA TOMADA DEL LIBRO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTOS, correspondiente al

CONFAMILIAR-ANDI

L 06450799

7188
P 205



El Suscrito Notario Segundo del Circuito de Cali expide a continuación copia de la partida de nacimiento que se halla asentada en el Libro de Registro Civil que se lleva en esta Notaría, correspondiente al año de 1965 y que es del tenor literal siguiente:

Edison Ballesteros Olave.

En la República de Colombia, Departamento del Valle del Cauca, Municipio de Cali, a 20 del mes de septiembre de 1965, se presentó el señor Demetrio Ballesteros mayor de edad, de nacionalidad colombiana, natural de Santa María C., domiciliado en Cali y declaró: que el día 18 del mes septiembre de 1965, siendo las 9 a.m., nació en el Hospital Departamental, del Municipio de Cali, República de Colombia, un niño de sexo masculino, a quien se le ha dado el nombre de Edison, hijo legítimo del señor Demetrio Ballesteros de 33 años de edad, natural de Santa María C., República de Colombia, de profesión obrero y la señora Rosa Emilia Olave de 27 años de edad, natural de San Antonio C., República de Colombia, de profesión hogar, siendo abuelos paternos Vitalia Ballesteros y abuelos maternos Ricardina Olave. Fueron testigos Sonia Paz y William Mesa. En fe de lo cual se firma la presente Acta. Por el Declarante. (fdo). Alvaro Parra. La Testigo. (fdo). Sonia Paz. El Testigo. (fdo). William Mesa. c. #6.088.945 .Cali. EDUARDO LALINDE Z. Notario 2o. Principal.

Es copia exacta.

r.z.

Cali, octubre 29 de 1965.

[Firma manuscrita]

1965
OCT 29



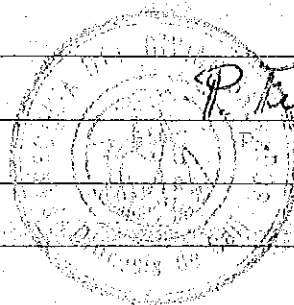
DIOCESIS DE CALI

Parroquia del Divino Salvador- Cali

Libro de Bautismos No.1, folio 91

"BALLESTEROS OLAVE DEMETRIO. En la Parroquia del Divino Salvador, a veinte de enero de mil novecientos sesenta y tres, el Pbro. P. Roberto

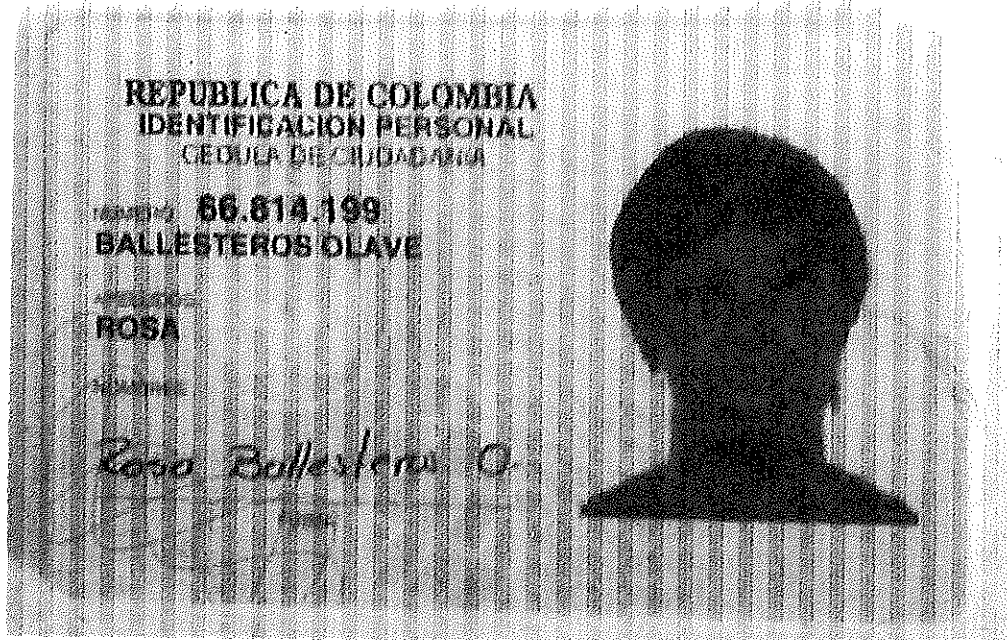
Weber SDS. bautizó solemnemente un niño, nacido el 10. de diciembre de 1962, a quien llamó Demetrio, hijo de Demetrio Ballesteros y de Rosa Emilia Olave. Abuelos paternos: Vitalia Ballesteros. Abuelos maternos: Ricardino Olave. Padrinos: Juan E. Sinisterra y Teodora Brazo. Doy fe. P. Roberto Weber SDS". No hay notas marginales. Es copia exacta expedida en Cali, a 28 de febrero de 1963.



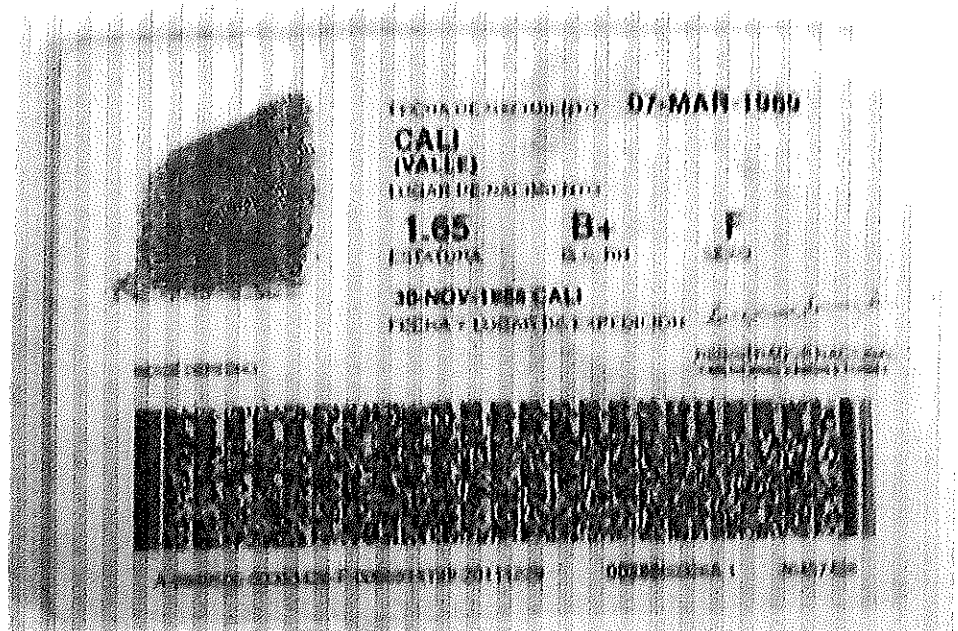
P. Fernando Muñoz SDS.
F. Fernando Muñoz SDS.

7 2 29 PM '63


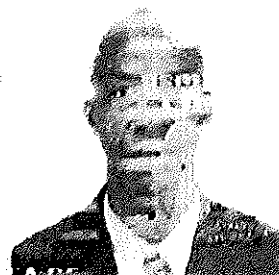
SECRETARÍA - CALI



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONA
 CEDULA DE CIUDADANIA
 16.678.784
 HOMBRE
 BALLESTEROS OLAVE
 APELLIDOS
 DEMETRIO
 NOMBRES




 FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1962
 CALI
 (VALLE)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.78
 ESTATURA
 B+
 G.S. RH
 M
 SEXO
 24-MAR-1981 CALI
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

 REGISTRADORA NACIONAL
 ALMATAZAR GONZALEZ


MODE DERECHO
 A-3100105-66161386-M-0016678784-20081031 0642508300A 02 218931632

NOTARIA 1a.

REGISTRO NUMERO

202

Permita Ballastin

En la República de Colombia, Departamento del Valle del Cauca, Municipio de Cali, a los 3 días del mes de Abre de mil novecientos sesenta y seis, se presentó en esta Notaria Permita Ballastin mayor de edad y vecino de Cali y declaró: que el día 1 del mes de Abre de 1962; siendo las 6.05 pm nació en La Clin Aguarda Aguacales del Municipio de Cali Departamento de Valle República de Colombia, un niño de sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de Permita hijo de del señor Diego de 30 años de edad, natural de San Antonio Departamento de Cauca República de Colombia, de profesión abogado y de la señora Rosa Emilia Chavez de 25 años de edad, natural de San Antonio Departamento de Cauca República de Colombia, de profesión oficio de su hogar; siendo abuelos paternos, Victorio Ballastin y abuelos maternos, Glenn Rosendo

El Declarante, Permita

2062 de Tulu

Testigo, Emilia Jose Guadalupe

Testigo, Maria Rosa Prigoff

MARCO ANTONIO GUERRERO
Notario 1o. de Cali

El exponente declara además, que para los efectos del artículo 2o. de la Ley 45 de 1936, reconoce al niño a quien se refiere el acta anterior como a su hijo natural, y en constancia firma con el Notario, que da fe.

Notario 1o. de Cali


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.942.228

BALLESTEROS OLAVE
APellidos

EUSTAQUIA
Nombre

E. Olave Ballesteros



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1959

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

B+

G.S. RH

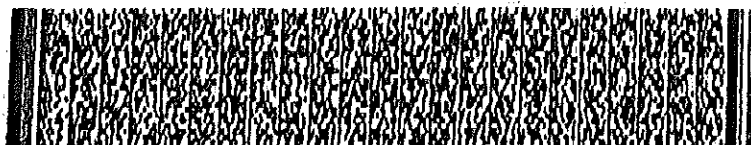
F

SEXO

27-SEP-1977 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Allegria
REGISTRADORA NACIONAL
ALWABATHIE RENDITO LOPEZ



R-3100100-60137527-F-0038942228-20051228

0181705302A 02 170760885

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.799.811

BALLESTEROS OLAVE

APELLIDOS

JOSE JOAQUIN

NOMBRES

José Ballesteros

FIRMA



Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1972

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

B+

G.S. RH

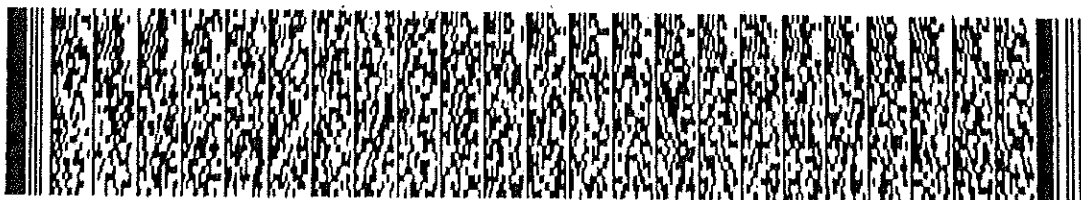
M

SEXO

30-OCT-1990 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00198350-M-0016799811-20091119

0018121752A-1

33808051

NOMBRES Y
APELLIDOS DEL
REGISTRADO

T299 F-332

En la República de Col Departamento de Quind
Municipio de Cal a 29
(Corregimiento, Vereda, Inspección)
del mes de Feb de mil novecientos 72
se presentó Jose Jaquín Ballón identificado con CC
(Nombre del declarante)
domiciliado en Cal y declaró:

SECCION GENERICA

Que para los efectos legales denuncia ante esta _____
que el día 29 del mes de Feb de mil novecientos 72
nació en el municipio de Cal departamento de Quind
República de Col un niño de sexo Masculino
a quien se le ha dado el nombre de Jose Jaquín

SECCION ESPECIFICA

Hora de nacimiento _____ lugar Cal
Nombre de la madre Rosa Emilia López Dirección de la Casa, Hospital, Barrio, Vereda
Identificada con _____ de profesión Magister
de nacionalidad Col y estado civil C
Nombre del padre José Antonio Ballón
Identificado con _____ de profesión Abogado
de nacionalidad Col y estado civil C
Certificó el nacimiento _____ Nombre del Médico - Enfermera _____ Licencia No. _____
o los testigos _____ y _____
(Cuando no se presenta certificado - Art. 49 Decreto 1260/70)
quienes suscriben la presente Acta para acreditar el nacimiento. _____
El denunciante José Antonio Ballón 2662942
Los testigos _____
A falta de certificado Médico _____ C. C. No. _____
o de enfermera. _____ C. C. No. _____
El funcionario que autoriza el registro _____
FIRMA Y SELLO

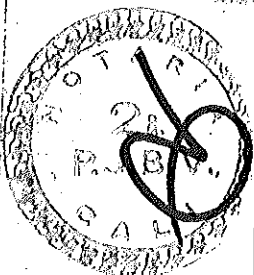
DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Para efectos del artículo 20. de la Ley 45 de 1936, subrogado por el artículo 10. de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta Acta como mi 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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
16.652.133
NUMERO
BALLESTEROS OLAVE
APELLIDOS
WILSON
NOMBRES
Wilson Ballesteros
FIRM



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1961
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA 0+ G.B. RH M SEXO
01-JUN-1978 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRACION NACIONAL
ESTADISTICA DE LA CIUDADANIA



INDICE DERECHO



A-3100100-85127441-44-0016652133-20050117 00448 05017H 02 166317605

NOTARIA 1a

REGISTRO NUMERO 312

Wilson Ballesteros

En la República de Colombia, Departamento del Valle del Cauca, Municipio de Cali, a los 6 días del mes de febrero de mil novecientos sesenta y 61 se presentó en esta Notaría Mano vecin de Cali y declaró: que el día 5 del mes de febrero de 1961, siendo las 4 pm nació en C de Matundad del Municipio de Cali Departamento de Valle República de Colombia, un niño de sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de Wilson hijo leg del señor Declarante de 28 años de edad, natural de Sta Ma Departamento de Cauca República de Colombia, de profesión Abogado y de la señora Rosa Emilia Plave de 25 años de edad, natural de San Antonio Departamento de Cauca República de Colombia, de profesión oficios de su hogar; siendo abuelos paternos: Stalia Ballesteros y abuelos maternos, Ricard dura Plave.

El Declarante, Wilson Ballesteros 3424934 Dgt

Testigo, Manuela P

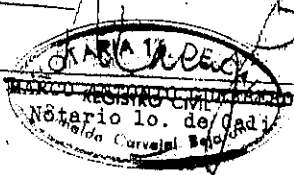
Testigo, J. R.

Nota: Divozo por 1322 3608 del 6 de 2 de 2007 de la Notaria 2da de Cali entre Wilson Ballesteros Olave y Rosa Emilia Porras Rondon

El exponente declara además, que para los efectos del artículo 20 de la Ley 45 de 1936, reconoce al niño a quien se refiere el acta anterior como a su hijo natural, y en constancia firma con el Notario, que da fe de lo anterior.

11 ENE 2008

o lo. de Cali



F312
T2161

21 NOV 2002

LA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE CALI
CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO CIVIL ES FIEL COPIA DEL
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A
SOLICITUD DEL INTERESADO PARA FINES LEGALES
ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

ELIZABETH VARGAS PERMUDEZ
NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE CALI



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.130.631.975

NUMERO

ZAPATA BALLESTEROS

APELLIDOS

YERLY TATIANA

NOMBRES

Yerly Tatiana Zapata B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1987
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

B+

G.S. RH

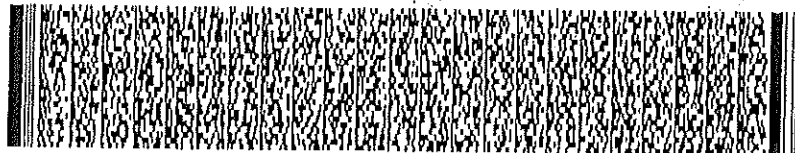
F

SEXO

28-MAR-2005 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALHABEATRIZ BENOITO LOPEZ



P-3100100-65137258-F-1130631975-20050708

0094505189B 02 200130766

RECIBO DE CAJA
MENOR No.

CIUDAD	Cali°	FECHA	19-12-2019	VALOR \$	1500.000
CANCELADO A	Jose Fernando Miranda				
POR CONCEPTO DE	Transporte: Desplazamiento del Señor Edison Ballerteros Citas medicas Curaciones y otros				
VALOR EN LETRAS					
IMPUTACION	RECIBIDO POR				
APROBADO POR	Fernando Miranda				
		C. o NIT 16757504			

712641333302
RECIBO DE CAJA MENOR



RECIBO DE CAJA
MENOR No.


RECIBO DE CAJA MENOR

CIUDAD	Cali	FECHA	01-19-2020	VALOR \$	1.500.000=
CANCELADO A	Jose Fernando Miranda				
POR CONCEPTO DE	Transporte, para desplazarse a los diferentes lugares, requiridos por Lesionado Edison Balasteros Retiro de				
VALOR EN LETRAS	BAG., posteriores Telopios físico Integral				
IMPUTACION	RECIBIDO POR				
APROBADO POR	Fernando Miranda				
				C.C. o NIT	16757504

RECIBO DE CAJA MENOR


RECIBO DE CAJA MENOR No.

CIUDAD	Eali	FECHA	03-01-2020	VALOR \$	1.500.000
CANCELADO A	Jose Fernando Miranda				
POR CONCEPTO DE	Transporte desplazamiento del lesionado Edison Ballesteros Citas medica, terapias y otros gastos				
VALOR EN LETRAS	Millon quinientos				

IMPUTACION	RECIBIDO POR
APROBADO POR	 Fernando Miranda C.C. o NIT 16757504

RECIBO DE CAJA MENOR No.

CIUDAD	Eali	FECHA	01-04-2020	VALOR \$	1.500.000
CANCELADO A	Jose Fernando Miranda				
POR CONCEPTO DE	Servicio de Transporte Control medico, Calificación, fiscalia Medicina legal y otros				
VALOR EN LETRAS					

IMPUTACION	RECIBIDO POR
APROBADO POR	 Fernando Miranda C.C. o NIT 16757504

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.757.504

MIRANDA BOLAÑOS

APELLIDOS

JOSE FERNANDO

NOMBRES

Fernando Miranda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CALI
(VALLE)

23-NOV-1968

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

AB+

M

ESTATURA

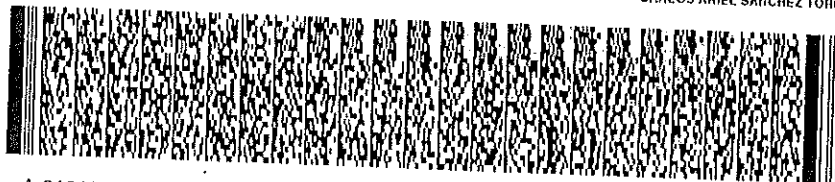
G.S. RH

SEXO

18-FEB-1987 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00126223-M-0016757504-20081109

0005620832A 1

2820017311

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14603027953



(415)7707212489984(8020) 0000014603027953

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 6 7 5 7 5 0 4 | 8

Impuestos de Cas

5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 6 7 5 7 5 0 4

27. Fecha expedición

1 9 8 7 0 2 1 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

MIRANDA

32. Segundo apellido

BOLAÑOS

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CR 44 43 12 BRR REPUBLICA DE ISRAEL

42. Correo electrónico

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 7 2 2 6 2

45. Teléfono 2

3 1 7 5 3 3 5 1 4 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

9 2 1 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 1 0 4 0 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

3 4 7 4

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha

2019 - 06 - 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



Liberty Order

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10017456848

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
HMM992	CHEVROLET	SPARK	2014
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
1.206	GRIS OCASO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
AUTOMOVIL	HATCH BACK	GASOLINA	5
NÚMERO DE MOTOR	REG	VN	
B12D1*834096KC3*	N	9GAMF48D7EB010142	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GAMF48D7EB010142	N	9GAMF48D7EB010142	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
MIRANDA BOLAÑOS JOSE FERNANDO	C.C. 16757504		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BUNDAJE POTENCIA HP
***** 80

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
32013000538819

FECHA IMPORT. PUERTAS
16/04/2013 4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
31/07/2013	18/12/2018	*****
ORGANISMO DE TRÁNSITO		

STRIA MCPAL TTO CALI



LT06001792032



Formulario del Registro Único Tributario

001

1. Tipo de contribuyente: Actividad económica

4. Número del formulario

14603027953



4151107212489944(4020) 0000014603027953

5. Número de identificación tributaria (NIT)

1 6 7 5 7 5 0 4

6. DV

8

17. Dirección comercial
Puerto de Cali

18. Búsqueda electrónica

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural en ejercicio de su actividad

7

25. Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 6 7 5 7 5 0 4

27. Fecha de expedición

1 9 8 7 0 2 1 8

28. Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Cédula de ciudadanía

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

MIRANDA

32. Segundo apellido

BOLAÑOS

33. Primer nombre

JOSE

34. Otro nombre

FERNANDO

35. Matrícula

36. Fecha de nacimiento

37. Sexo

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Documento

Valle del Cauca

7 6

40. Cédula de ciudadanía

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1

