

San Juan de Pasto, Septiembre de 2024

Señores  
**DIRECTOR CENTRO DE CONCILIACION**  
**Casa De Justicia Alcaldía Municipal**  
**Ciudad**

**REF: SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACION**

Respetado Doctor(a):

**IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No 98.391.562 de Pasto, portador de la tarjeta profesional de abogado No.104401 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial de Los Sres. **ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.85.278.429 de Pasto, **JHONATHAN DAVID INSUASTY RODRIGUEZ** con la Cedula de Ciudadanía No. 1.004.509.501 y El Señor **BILLY JHONN INSUASTY REYES**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 87.061.861 de Pasto (N), Quien a su vez, actura en representación de sus hijos menores de edad, **JENIFER ALEXANDRA, CRISTIAN ALEJANDRO INSUASTY MAFLA**. Identificados en su orden con T.I No.1.081.280.644 – 1.085.285.090. Todos domiciliados y residentes en esta ciudad. Por medio del presente escrito comedidamente manifiesto a Usted que se sirva fijar fecha y hora para Audiencia De Conciliación, a fin de **Obtener El resarcimiento de los Perjuicios ocasionados en accidente de transito**, Basado en los siguientes:

#### **HECHOS**

**PRIMERO.** El día 22 de MARZO de 2023, en la calle 18 con carrera 35B de esta ciudad, Se presento la colisión de los vehículos:

- **MARCA HYUNDAI, PLACA SVP 813, TIPO AUTOMOVIL, SERVICIO PÚBLICO, COLOR AMARILLO, AFILIADO A EXPRESO JUANAMBU S.A No de orden 0816. CONDUCIDO POR EL SEÑOR JOHAN JULIO CESAR PANTOJA IMBACUAN, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No 94.538.378 Y SU PROPIETARIO LA SEÑORA MARIA HELENA ESCOBAR, IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No 30.720.305. demás especificaciones descritas en certificado de Libertad y tradición anexo.**
- **MARCA SUZUKI, PLACA QUD 65F, TIPO MOTOCICLETA, SERVICIO PARTICULAR, COLOR GRIS NEGRO. CONDUCIDO POR BYLI INSUASTY, IDENTIFICADO CON C.C. No 87.061.861 Y SU**



**PROPIETARIO LA SEÑORA ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD, IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No 1.085.278.429 demás especificaciones descritas en certificado de Libertad y tradición anexo.**

**SEGUNDO.** El vehículo de placas **QUD 65F**, Obtuvo graves daños en la colisión. Se realizo, peritaje en concesionario **SUZUKI**, peritos, que Diagnostican, **PERDIDA TOTAL**. Anexo fotografías.

**TERCERO.** El vehículo tipo taxi de Placas **SVP813**, Se encuentra afiliado a Empresa **EXPRESO JUANAMBU S.A** No de orden 0816 Y Posee póliza de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual Nos. **AA005875 Y AA004633** vigentes para la fecha de los hechos, de la **aseguradora LA EQUIDAD S.A.**

**CUARTO.** Se tiene conocimiento que el rodante fue Enajenado, según minuta contractual del 30 de enero de 2023, por lo cual ala fecha existe un poseedor tenedor, que es la Sra. **JERALDIN FERNANDA CISNEROS**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.085.294.404.

**QUINTO.** En el Ipat No. A001539917, se determina por parte del Agente de Transito **CARLOS LOPEZ GUERRERO**, PLACA 033, la Hipótesis en contra del vehículo No 1 Tipo Taxi, Código 132 de la

Resolución 11268 de 2012. Que corresponde a **NO RESPETAR PRELACION**. En concordancia con la Ley 769 de 2002 arts. 55,70 y 71.

**SEXTO.** Inicialmente dentro del Ipat, se determinó estado de embriaguez de mi representado, pero según la resolución No.INS2-2023-231 del 10 de agosto de 2023. En su parte RESOLUTIVA Dispuso:

**"ARTICULO PRIMERO. Declarar a petición de parte, la nulidad del documento denominado:" INFORME PERICIAL PARA LA DETERMINACION CLINICA FORENSE DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA" y consecuentemente, Declarar la Nulidad de la orden de comparendo No. 52001000000036290544..."**

Por lo anterior se solicita las siguientes



## PRETENSIONES

Con base en los hechos y normas anteriores, Solicito que los señores

**JOHAN JULIO CESAR PANTOJA IMBACUAN, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA No 94.538.378, LA SEÑORA MARIA HELENA ESCOBAR, IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No 30.720.305, JERALDIN FERNANDA CISNEROS, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.085.294.404, a representante legal o quien haga sus veces de La Aseguradora LA EQUIDAD S.A. Nit 860.028.415-5 y a representante legal o quien haga sus veces de La empresa de Taxis urbanos EXPRESO JUANAMBU S.A Nit 891.201.196-0. Consientan lo siguiente a favor de mi representado:**

Se le cancele a mi poderdante las siguientes sumas, por los daños

- A) Materiales, Patrimoniales o pecuniarios.
- B) Inmateriales, extrapatrimoniales o No pecuniarios.

### ***En relación a los Materiales ( Daño Emergente y Lucro cesante)***

- Cotización No.6989 Concesionario SU MOTO, SUZUKI. De fecha 14 de junio de 2024. Valor de Contado con Matricula de \$ 16.861.000 DIEZCISEIS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL PESOS, Mcte.
- Gastos varios que se anexan en cuadro exxel Por valor de \$45.040.000 CUARENTA Y CINCO MILLONES CERO CUARENTA MIL PESOS, Mcte.

**Para un total por DAÑO EMERGENTE de SESENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS UN MIL PESOS, Mcte. (\$ 61.901.000.oo).**

### **LUCRO CESANTE**

Por lucro cesante, según el artículo 1614 del Código Civil, se entiende la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación o cumplido imperfectamente o retardo de su cumplimiento. En esta noción se considera incorporada toda manifestación relacionada con la falta de productividad o rendimiento que se deriva del hecho. Para nuestro caso en concreto tenemos:



**Consolidado.** Salario dejado de percibir desde el mes de marzo de 2023, Hasta la fecha para lo pertinente se ha tomado como referencia los 4 últimos pagos dando un promedio mensual de \$2.492.543.00 . Valor total de \$9.970.172.00

**Futuro.** Como el cargo que ocupaba la víctima era de carácter provisional, de conformidad a la norma tomaríamos como base de liquidación en este aspecto el valor correspondiente a SMMLV del presente año, \$1.300.000.00. De acuerdo al dictamen médico legal, existen **SECUELAS MEDICO LEGALES DEFORMIDAD FISICA QUE AFECTA EL CUERPO DE CARÁCTER PERMANENTE.**

Tasamos la afectación en 100 SMMLV.

***En relación a los Inmateriales ( Daño Moral, Vida en relación y salud.)***

Para las victimas indirectas se le asignará un porcentaje de acuerdo al nivel de relación con respecto al lesionado.

En el hecho que nos ocupa se trata de la compañera permanente **ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.085.278.429 de Pasto. quien, por la necesidad de compañía constante del lesionado, dejo de lado su vida laboral de carácter independiente por consiguiente y de conformidad a la jurisprudencia se estima en 50 SMLMV.

Además, para cada uno de sus hijos **JENIFER ALEXANDRA, CRISTIAN ALEJANDRO INSUASTY MAFLA.** Identificados en su orden con T.I No.1.081.280.644 – 1.085.285.090 Y **JHONATHAN DAVID INSUASTY RODRIGUEZ** con la Cedula de Ciudadanía No. 1.004.509.501. Valor que En la jurisprudencia se estima en 30 SMLMV

**CUANTIA**

VALOR DE LA CUANTIA INDETERMINADA

**PRUEBAS**

**DOCUMENTALES:**

- Informe de Policía de Accidentes de tránsito No. A001539917
- Diagnóstico de pérdida total de motocicleta
- Cotización de Motocicleta con las mismas características
- Relación de gastos en que se ha incurrido por el accidente de tránsito
- Relación de Pago mensual de los meses de diciembre de 2022, enero a marzo de 2023.



- Tarjeta de Propiedad de la motocicleta de placas QUD 65F
- Dictamen medico legal de fecha 05 de julio de 2024
- Registro civil de los 03 hijos
- Historia Psiquiátrica y Clínica reciente
- Declaración Extra juicio de La Sra. Andrea Carolina Burbano Cuaspud
- Resolución No. INS2-2023-231 de fecha 10 de agosto de 2023
- 06 fotografías de daños causados a la motocicleta.

### **COMPETENCIA**

Es usted competente de conformidad con la Ley 446 de 1998 y 640 del 5 de enero del 2001, Código Civil art. 1750

### **PROCEDIMIENTO**

Es procedimiento aplicable el contemplado en la Ley 446 de 1998 y 640 del 5 de enero del 2001.

### **ANEXOS**

Adjunto a la presente

Poderes debidamente conferidos con copia de cédulas  
Pruebas documentales.

### **DERECHO**

Son aplicables al caso en cuestión el decreto 2737 artículo 138 y subsiguientes y la Ley 75 de 1968, el artículo 411 y subsiguientes del Código Civil el artículo 414 y siguientes del Código de Procedimiento Civil y demás normas concordantes y pertinentes.

### **NOTIFICACIONES**

#### **Mis mandantes**

Andrea Burbano, Jonathan Insuasty y Byli Insuasty en el correo [bjin2328@gmail.com](mailto:bjin2328@gmail.com) y [angelinabc2000@gmail.com](mailto:angelinabc2000@gmail.com) celulares 3152659534 y 3178361333

---



**Los señores Convocados**

JOHAN JULIO CESAR PANTOJA IMBACUAN, en la calle 11B No.4B-77 Barrio Chapal de Pasto. Celular 320 294 85 28. Desconozco Correo electrónico.

LA SEÑORA MARIA HELENA ESCOBAR, en la Calle 21D No.7E 61 Barrio Villa Flor I. Celular 300 373 4526 y 318 474 1489. Desconozco Correo electrónico.

JERALDIN FERNANDA CISNEROS, en la calle 27 No. 39-98 Barrio Villa Nueva de Pasto y al correo electrónico [cisnerosjeraldin08@gmail.com](mailto:cisnerosjeraldin08@gmail.com) Celular 301 551 6538 y 318 227 9027

A representante legal o quien haga sus veces de La Aseguradora LA EQUIDAD S.A. en la calle 19 No.16-30 de Pasto. Correo [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

A representante legal o quien haga sus veces de La empresa de Taxis urbanos EXPRESO JUANAMBU S.A en la calle 22 No.20 Bis 24 Av. Santander de Pasto. Cel 314 2203000 Correo [expreso-juanambu@hotmail.com](mailto:expreso-juanambu@hotmail.com)

Del Señor director,

**IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**  
C.C. No 98.391.562 DE PASTO  
T.P. 104401 C.S.J.





ALCALDÍA DE PASTO  
SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE

# INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. **A001539917**



60

## 1. ORGANISMO DE TRÁNSITO

5 2 0 0 1 0 0 0

SECRETARÍA DE TRÁNSITO PASTO

## 2. GRAVEDAD

CON MUERTOS ☐ CON HERIDOS ☒ SOLO DAÑOS ☐

MinTransporte  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

## 3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS

Calle 18 con vía 358  
CÓDIGO DE RUTA VÍA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat.  °  '  " Long.  °  '  "

## 3.1 LOCALIDAD O COMUNA

Nueve "9"

## 4. FECHA Y HORA

22 03 2023 22 30  
FECHA Y HORA DE OCURRENCIA  
22 03 2023 23 20  
FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

## 5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE ☒ CAÍDA OCUPANTE 4  
ATROPELLO 2 INCENDIO 5  
VOLCAMIENTO 3 OTRO 6

## 5.1. CHOQUE CON

VEHÍCULO ☒ MURO 1  
TREN 2 POSTE 2  
SEMÓVIENTE 3 ÁRBOL 3  
OBJETO FIJO 4 BARANDA 4

## 5.2. OBJETO FIJO

SEMAFORO 5 TARIMA CASETA 9  
INMUEBLE 6 VEHÍCULO 10  
HIDRANTE 7 ESTACIONADO 10  
VALLA SEÑAL 8 OTRO 11

## 6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

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

## 7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1. GEOMÉTRICAS: A. RECTA ☒ CURVA ☐ B. PLANO ☒ PENDIENTE ☐ C. BAHÍA DE EST. ☐ CON ANDÉN ☐ CON BERMA ☐  
7.2. UTILIZACIÓN: UN SENTIDO ☐ DOBLE SENTIDO ☒ REVERSIBLE ☐ CONTRAFUJO ☐ CICLO VÍA ☐  
7.3. CALZADAS: UNA ☐ DOS ☒ TRES O MÁS ☐ VARIABLE ☐  
7.4. CARRILES: UN ☐ DOS ☐ TRES O MÁS ☐ VARIABLE ☐  
7.5. SUPERFICIE DE RODADURA: ASFALTO ☒ AFIRMADO ☐ ADOQUIN ☐ EMPEDRADO ☐ CONCRETO ☐ TIERRA ☐ OTRO ☐  
7.6. ESTADO: BUENO ☒ CON HUECOS ☐ DERRUMBES ☐ EN REPARACIÓN ☐ HUNDIMIENTO ☐ INUNDADA ☐ PARCHADA ☐ RIZADA ☐ FISURADA ☐  
7.7. CONDICIONES: ACEITE ☐ HUMEDA ☐ LODO ☐ ALCANTARILLA DESTAPADA ☐  
7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL: A. CON BUENA MALA B. SIN  
7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO: A. SENAFAORO OPERANDO INTERMITENTE CON DAÑOS APAGADO OCULTO C. SEÑALES VERTICALES PARE CEDA EL PASO NO GIRE SENTIDO VIAL NO ADELANTAR VELOCIDAD MÁXIMA OTRO NINGUNA  
D. SEÑALES HORIZONTALES: ZONA PEATONAL ☒ LINEA DE PARE ☐ LINEA CENTRAL AMARILLA CONTINUA ☐ SEGMENTADA ☐ LINEA DE CARRIL BLANCA CONTINUA ☐ SEGMENTADA ☐ LINEA DE BORDE BLANCA ☐ LINEA DE BORDE AMARILLA ☐ LINEA ANTIBLOQUEO ☐ FLECHAS ☐ LEYENDAS ☐ SIMBOLOS ☐ OTRO ☐  
E. REDUCTOR DE VELOCIDAD: BANDAS SONORAS ☐ RESALTO ☐ MÓVIL ☐ FIJO ☐ SONORIZADOR ☐ ESTOPEROL ☐ OTRO ☐  
F. DELINEADOR DE PISO: TACHA ☐ ESTOPEROS ☐ TACHONES ☐ BOYAS ☐ BORDILLOS ☐ TUBULAR ☐ BARRERAS PLÁSTICAS ☐ HITOS TUBULARES ☐ CONOS ☐ OTRO ☐  
7.10. VISIBILIDAD: A. NORMAL ☒ B. DISMINUIDA POR CASITAS ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ VALLAS ☐ ÁRBOL VEGETACIÓN ☐ VEHÍCULO ESTACIONADO ☐ ENCANDILAMIENTO ☐ POSTE ☐ OTROS ☐

## 8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

### VEHÍCULO 1

8.1. CONDUCTOR: APELLIDOS Y NOMBRES: Pantoja Imbacuan Jhoan Julio Cera 94.538378 colombiana 12 84  
DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Calle 11B No 46-77 Chapal Pasto 320294 8528  
PORTA LICENCIA: SI NO LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. 94.538.378 C1. EXP. VEN. 2303214 Pasto. CÓDIGO DE TRÁNSITO: CHALECO: SI NO CASCO: SI NO CINTURÓN: SI NO  
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Traumatológico DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Heridas leves en miembro superior derecho.

### 8.2. VEHÍCULO

PLACA: SVP 813 PLACA REMOLQUE/SEM: COLOMBIANO ☒ EXTRANGERO ☐ MARCA: Hyundai Años prime 2012 Hatch back. COLOR: Amarillo. MODELO: 2012 Hatch back. CARROGERÍA: TON: PASAJEROS: 04. LICENCIA DE TRANS No. 04.10028283177  
EMPRESA: Expreso Juanambue MATRICULADO EN: Pasto INMOVILIZADO EN: por queadero Transito TARJETA DE REGISTRO No. 104791  
NIT: 8912019960 A DISPOSICIÓN DE: Fiscalía  
REV. TEC. MEC: SI NO No. 162325717 CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: 00  
PORTA SOAT: SI NO PÓLIZA No. 14289403045860 ASEGURADORA: seguros del Estado. VENCIMIENTO: 19/11/213  
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL: SI NO VENCIMIENTO: PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL: SI NO VENCIMIENTO:  
No. A005835. La Equidad. DÍA MES AÑO: 01/09/213 A004633 La Equidad. DÍA MES AÑO: 01/09/213

### PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR: SI NO APELLIDOS Y NOMBRES: Escobar Maria Elena DOC: C IDENTIFICACIÓN No. 30.720.305.

### 8.3. CLASE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL ☒ M. AGRÍCOLA ☐ BUS ☐ M. INDUSTRIAL ☐ BUSETA ☐ BICICLETA ☐ CAMIÓN ☐ MOTOCARRO ☐ CAMIONETA ☐ MOTOCICLO ☐ CAMPERO ☐ TRACCIÓN ANIMAL ☐ MICROBUS ☐ MOTOCICLO ☐ TRACTOCAMIÓN ☐ CUATRIMOTO ☐ VOLQUETA ☐ REMOLQUE ☐ MOTOCICLETA ☐ SEMI-REMOLQUE ☐

### 8.4. CLASE SERVICIO

OFICIAL ☐ PÚBLICO ☐ PARTICULAR ☐ DIPLOMÁTICO ☐ MIXTO ☐ CARGA ☐ \* EXTRADIMENSIONADA ☐ \* EXTRAPESADA ☐ \* MERCANCIA PELIGROSA ☐

### 8.5. MODALIDAD DE TRANS.

\* COLECTIVO ☐ \* INDIVIDUAL ☐ \* MASIVO ☐ \* ESPECIAL TURISMO ☐ \* ESPECIAL ESCOLAR ☐ \* ESPECIAL ASALARIADO ☐ \* ESPECIAL OCASIONAL ☐

### 8.6. RADIO DE ACCIÓN

NACIONAL ☐ MUNICIPAL ☐

### 8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO

Lodo Derecho hundido  
Parabrisa roto pava hundida  
estribo hundido.



| 8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                    |                                 | VEHÍCULO 2                                                    |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 8.1. CONDUCTOR                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    | APELLIDOS Y NOMBRES                                                                |                                 | DOC                                                           | IDENTIFICACIÓN No.                  | NACIONALIDAD                                                         | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO                                                                 | GRAVEDAD                                                           |
| Insuasty Reyes Billy Jhon                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    | C. 87.061.861                                                                      |                                 | Colombiana                                                    | 24                                  | 06                                                                   | 83                  | M                                                                    | F                                                                  |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    | CIUDAD                                                                             |                                 | TELÉFONO                                                      |                                     | SE PRACTICÓ EXAMEN                                                   |                     | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                                                                    |
| Carrera 24 N° 107 - Corazón de Jesús                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    | Pasto                                                                              |                                 | 3152659                                                       |                                     | AUTORIZÓ                                                             |                     | EMBRIAGUEZ                                                           |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 | 534                                                           |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>   |                     | POS <input checked="" type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> |                                                                    |
| PORTA LICENCIA                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    | LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.                                                         |                                 | CATEGORÍA                                                     | RESTRICCIÓN                         | EXP <input checked="" type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/> | CÓDIGO DE TRÁNSITO  |                                                                      | CHALECO                                                            |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |                                                                    | 87.061.861                                                                         |                                 | A-2                                                           |                                     | DÍA MES AÑO                                                          |                     |                                                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    | DESCRIPCIÓN DE LESIONES                                                            |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| Centro Médico Valle de Atriz                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    | Trauma Craneoencefálico                                                            |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 8.2. VEHÍCULO                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| PLACA                                                                                                                                                                                                                                                       | PLACA REMOLQUE/SEM                                                 | NACIONALIDAD                                                                       | MARCA                           | LÍNEA                                                         | COLOR                               | MODELO                                                               | CARROGERIA          | TON                                                                  | PASAJEROS                                                          |
| QUD 65F                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    | COLOMBIANO <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | SUZUKI                          | G1XXer                                                        | Grís                                | 2020                                                                 |                     |                                                                      | 1002809661                                                         |
| EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                     | MATRICULADO EN:                                                    |                                                                                    | INMOVILIZADO EN:                |                                                               | TARJETA DE REGISTRO No.             |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| particular                                                                                                                                                                                                                                                  | Pasto                                                              |                                                                                    | paigueadero Transit             |                                                               | N/A                                 |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| NIT                                                                                                                                                                                                                                                         | A DISPOSICIÓN DE                                                   |                                                                                    | Fiscalía                        |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| REV. TEC. MEC.                                                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | No. N/A                                                                            |                                 | CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE |                                     | 00                                                                   |                     |                                                                      |                                                                    |
| PORTA SOAT                                                                                                                                                                                                                                                  | PÓLIZA No.                                                         | ASEGURADORA                                                                        |                                 | VENCIMIENTO                                                   |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          | 4208446000                                                         | colpatia                                                                           |                                 | DÍA MES AÑO                                                   |                                     | 12/04/23                                                             |                     |                                                                      |                                                                    |
| PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | VENCIMIENTO                                                                        |                                 | PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL                            |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>   |                     | VENCIMIENTO                                                          |                                                                    |
| No. N/A                                                                                                                                                                                                                                                     | ASEGURADORA                                                        | DÍA MES AÑO                                                                        |                                 | No. N/A                                                       |                                     | ASEGURADORA                                                          |                     | DÍA MES AÑO                                                          |                                                                    |
| PROPIETARIO                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| MISMO CONDUCTOR                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    | APELLIDOS Y NOMBRES                                                                |                                 | DOC                                                           | IDENTIFICACIÓN No.                  |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |                                                                    | Andrés Carolina Burbano                                                            |                                 | C                                                             | J. 085.278.420                      |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 8.3. CLASE VEHÍCULO                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| AUTOMÓVIL <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               | M. AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>                               | OFICIAL <input type="checkbox"/>                                                   |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| BUS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>                             | PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                   |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| BUSETA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                             | BICICLETA <input type="checkbox"/>                                 | PARTICULAR <input checked="" type="checkbox"/>                                     |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| CAMIÓN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                             | MOTOCARRO <input type="checkbox"/>                                 | DIPLOMÁTICO <input type="checkbox"/>                                               |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| CAMIONETA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                          | MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>                              | 8.5. MODALIDAD DE TRANS                                                            |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| CAMPERO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                            | TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>                           | MIXTO <input type="checkbox"/>                                                     |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| MICROBUS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           | MOTOCICLO <input type="checkbox"/>                                 | CARGA <input type="checkbox"/>                                                     |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| TRACTOCAMIÓN <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       | CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>                                | * EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>                                       |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| VOLQUETA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           | REMOLQUE <input type="checkbox"/>                                  | * EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>                                             |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| MOTOCICLETA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             | SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>                             | * MERCANCÍA PELIGROSA <input type="checkbox"/>                                     |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| CLASE DE MERCANCÍA                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 8.6. RADIO DE ACCIÓN                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| NACIONAL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| MUNICIPAL <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| Parte Anterior destruida                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| Barros rotos Dirección                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| doblada, tapas laterales                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| rotas                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 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"/>                                        |                     |                                                                      |                                                                    |
| 8.9. LUGAR DE IMPACTO                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| FRONTAL <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                 | LATERAL <input type="checkbox"/>                                   | POSTERIOR <input type="checkbox"/>                                                 | OTRO                            |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| APELLIDOS Y NOMBRES                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    | DOC.                                                                               | IDENTIFICACIÓN No.              |                                                               | NACIONALIDAD                        | FECHA DE NACIMIENTO                                                  | SEXO                |                                                                      |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     | DÍA MES AÑO                                                          | M F                 |                                                                      |                                                                    |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    | CIUDAD                                                                             |                                 | TELÉFONO                                                      |                                     | 9.1 DETALLES DE LA VÍCTIMA                                           |                     |                                                                      |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| HOSPITAL - CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    | SE PRACTICÓ EL EXAMEN                                                              |                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       |                                     | CINTURÓN                                                             |                     |                                                                      |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>              |                     |                                                                      |                                                                    |
| DESCRIPCIÓN DE LESIONES                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    | AUTORIZÓ                                                                           |                                 | EMBRIAGUEZ                                                    |                                     | GRADO                                                                |                     | S. PSICOACTIVAS                                                      |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                            |                                 | POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>     |                                     |                                                                      |                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>              |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | CASCO                                                                |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>              |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | CHALECO                                                              |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>              |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | CONDICIÓN                                                            |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | PEATÓN <input type="checkbox"/>                                      |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | PASAJERO <input type="checkbox"/>                                    |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>                                 |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | GRAVEDAD                                                             |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | MUERTO <input type="checkbox"/>                                      |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     | HERIDO <input type="checkbox"/>                                      |                                                                    |
| 10. TOTAL VÍCTIMAS: PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> TOTAL HERIDOS <input checked="" type="checkbox"/> MUERTOS <input type="checkbox"/> |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO                                                                                                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| DEL CONDUCTOR                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    | DEL VEHÍCULO                                                                       |                                 | DEL PEATÓN                                                    |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 4132                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    | 132                                                                                |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 4132                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    | 132                                                                                |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| Hipótesis Inicial Código 132 para el conductor del                                                                                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |
| vehículo N° 1. Taxi                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                    |                                 |                                                               |                                     |                                                                      |                     |                                                                      |                                                                    |



DUCTOR VICTIMA O TESTIGO CC

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

|                                        |                                                                                                                                             |                                                                 |                                   |                                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| HOSPITAL - CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN | SE PRACTICÓ EL EXAMEN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                               | S. PSICOACTIVAS                                                 | PASAJERO <input type="checkbox"/> | ACOMPANANTE <input type="checkbox"/> |
| DESCRIPCIÓN DE LESIONES                | AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | CASCO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | MUERTO <input type="checkbox"/>   | HERIDO <input type="checkbox"/>      |
|                                        |                                                                                                                                             | CHALECO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                   |                                      |

10. TOTAL VÍCTIMAS: PEATÓN ☐ PASAJERO ☐ CONDUCTOR ☒ TOTAL HERIDOS ☒ MUERTOS ☐

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

DEL VEHÍCULO ☒ DEL PEATÓN ☐

DE LA VÍA ☒ DEL PASAJERO ☐

DEL CONDUCTOR ☒

OTRA ☐ ESPECIFICAR ¿CUAL?

12. TESTIGOS:

| APELLIDOS Y NOMBRES | DOC. | IDENTIFICACIÓN No. | DIRECCIÓN Y CIUDAD | TELÉFONO |
|---------------------|------|--------------------|--------------------|----------|
|                     |      |                    |                    |          |
|                     |      |                    |                    |          |
|                     |      |                    |                    |          |

13. OBSERVACIONES: *vehículo 132 que el conductor del*

14. ANEXOS: ANEXO 1 (Conductores, vehículos) ☐ ANEXO 2 (Víctimas, peatones o pasajeros) ☐ OTROS ANEXOS (Fotos, videos) ☐

15. DATOS DE QUIÉN CONOCE EL ACCIDENTE

| GRADO | APELLIDOS Y NOMBRES  | DOC.      | IDENTIFICACIÓN No. | PLACA | ENTIDAD | FIRMA          |
|-------|----------------------|-----------|--------------------|-------|---------|----------------|
| 109   | Super Guerrero Autos | 287521736 | 033                | 5776  |         | <i>[Firma]</i> |

16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN

520016000487202380091

Depto. ☐ Ent. ☐ Múltiplo ☐ Año ☐ Consecutivo ☐

17. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN

520016000487202380091

Depto. ☐ Ent. ☐ Múltiplo ☐ Año ☐ Consecutivo ☐







MINI

17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRAFICO)  
INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO No. **A00 1539917**



**PUNTO DE REFERI**

| PUNTO DE REFER |         |         |
|----------------|---------|---------|
| Nº             | TABLA   |         |
|                | "X" "A" | "Y" "B" |
| 1              | 3.00    | 2.60    |
| 2              | 3.40    | 1.90    |
| 3              | 3.70    | 1.80    |
| 4              | 4.60    | 1.00    |
| 5              | 5.90    | 1.60    |
| 6              |         |         |
| 7              |         |         |
| 8              |         |         |
| 9              |         |         |
| 10             |         |         |
| 11             |         |         |
| 12             |         |         |
| 13             |         |         |
| 14             |         |         |
| 15             |         |         |
| 16             |         |         |
| 17             |         |         |
| 18             |         |         |
| 19             |         |         |
| 20             |         |         |
| 21             |         |         |
| 22             |         |         |
| 23             |         |         |
| 24             |         |         |
| 25             |         |         |

LONG. 1

[illegible]

| GRADO | APELLIDOS Y NOMBRES |
|-------|---------------------|
|-------|---------------------|

| GRADO DE QUEM CONOCE EL ACCIDENTE    |                         |         |                    |              |         |             |
|--------------------------------------|-------------------------|---------|--------------------|--------------|---------|-------------|
| GRADO                                | APELLIDOS Y NOMBRES     | DCC.    | IDENTIFICACION No. | PLACA        | ENTIDAD | FIRMA       |
|                                      | Lopez Juanette Carlos A | a       | 69SA1730           | 033          | SIN     | Melchior    |
| <b>16. CORRESPONDIO</b>              |                         |         |                    |              |         |             |
| <b>NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN</b> | Dpto.                   | Mu/pio. | Ent.               | U. Reception | Año     | Consecutivo |
|                                      | 52                      | 20      | 16                 | 00           | 0487    | 2007380091  |

Long. 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|      |
|------|
| Lat. |
|------|

ESCALA:

PLANO:

VISTA

RADIO

PERALTE

PENDIENTE

VIA1





Way of Life!

**SUMOTO S.A.**  
**NIT. 814.004.582-6**

San Juan de Pasto, 14 de JUNIO de 2024.

**Ref.: DIAGNOSTICO**

Mediante la presente, damos respuesta a la solicitud del diagnóstico

**MOTO: GIXXER 250**

**PLACA: QUD65F**

**MODELO: 2020**

**PROPIETARIO: BILLY JHON INSUASTY REYES**

**CEDULA: 87.061.861**

A continuación, le proporcionamos la información que nos ha solicitado.

**ORDEN DE TRABAJO: OTA 19628**

**CUNAS**

**SOPORTE CHASIS DEFORMADO**

**RADIADOR DEFORME PERFORADO**

**CHASIS DEFORMADO**

**FAROLA PARA CAMBIO**

**DIRECCIONALES DELANTEROS INEXISTENTES**

**MOTOR DEFORMADO ROSCAS DE SOPORTE**

**MOTOR FISURADO CABEZA DE FUERZA**

**TAPAS O CARENAJE PARA CAMBIO TOTAL**

**BARRAS O TELESCOPICO PARTIDAS**

**RIN DELANTERO DEFORMADO**

**BALINERAS DEFORMADAS**

**GUARDABARRO DELANTERO ROTO**

**HORQUILLAS DEFORMADAS**

**ESPEJOS ROTOS**

**COMANDOS ROTOS**

**TUBERIA ABS DEFORMADA**

**DIRECCION DEFORMADA**

**DISCO DE FRENO PARA CAMBIO**

**GOLPE FRONTAL**

**EJES, ASIENTO, CALCOMANIAS, LOGOS  
PARA CAMBIO**



· OBSERVACIONES: Se recomienda que los cambios sean totales de las piezas, se informa desvió de chasis de 10 grados hacia la derecha dando como resultado diagnostico como PERDIDA TOTAL, el alinear este chasis se flexionaría disminuyendo la rigidez siendo un riesgo inminente; el valor total de repuestos es de \$10.000.000 teniendo en cuenta que surgen imprevistos al momento de la reparación, si se decide hacer la reparación en nuestro concesionario se dará la cotización o valor de cada pieza por cambiar. Se entrega este diagnóstico con la garantía del trabajo, el concesionario no se hace responsable por arreglos fuera de SUZUKI.

Atentamente

**DIEGO BENAVIDES**  
**CC 5207368**

JEFE TALLER

Sumoto S.A.  
3137911638

5207368

Rel: DIAGNOSTICO  
Mediana la presente, damos respuesta a la solicitud del diagnóstico  
MOTO: GIXER 250  
PLACA: GUD55  
MODELO: 1920  
PROPIETARIO: BILLY JOHN RIZUASTY RIVERA  
CEDULA: 81.061.581  
A continuación se proporcionamos la información que nos ha solicitado  
ORDEN DE TRABAJO: O.T.A 1920  
CUMAS  
SOPORTE CHASIS PERFORADO  
RADIADOR DETORNE PERFORADO  
CHASIS DEFORMADO  
FAROLA PARA CAMBIO  
DIRECCIONALES DELANTEROS INEXISTENTES  
MOTOR DEFORMADO FOLIOS DE 20GRAS  
MOTOR FUMADO CAMBIO DE FLECHA  
TAPAS O CUBRILLO PARA CAMBIO TOTAL  
BARRAS O TORNILLOS VARIAS  
RIN DELANTERO DEFORMADO  
BALINERAS DEFORMADAS  
GUARABARRIO DEL ANTERO ROTO  
HORQUILLAS DEFORMADAS  
ESPOS ROTOS  
COMANDOS ROTOS  
TUBERIA ASES DEFORMADA  
DIRECCION DEFORMADA  
DISCO DE FRENO PARA CAMBIO  
GOBE FRONTAL  
EJE, ASIENTO, CALCOMANIAS, LUBOS  
PARA CAMBIO



## PROCESO MISIONAL

|                           |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
|---------------------------|--|-----------|-----|---------------|------------------------|---------------|-----|-------------------|---|---------------|-----|--|----|--|
| CODIGO                    |  | FPMCM-003 |     | VERSION : 2   |                        | PAGINA: N/A   |     | FECHA: 17/07/2023 |   |               |     |  |    |  |
| FECHA DE COTIZACION       |  |           | DÍA |               | 4                      |               | MES |                   | 6 |               | AÑO |  | 24 |  |
| FECHA VIGENCIA COTIZACION |  |           | DÍA |               | 30                     |               | MES |                   | 6 |               | AÑO |  | 21 |  |
| Modelo                    |  |           |     |               | Modelo:                |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| G1XXE2 250 - 2025         |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| Precio de Lista           |  |           |     |               | Precio de Lista        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| 15.580.000                |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| Contado con Matrícula:    |  |           |     |               | Contado con Matrícula: |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| 16.861.000                |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| FINANCIACIÓN:             |  |           |     |               | FINANCIACIÓN:          |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
| CUOTA INICIAL             |  | MESES     |     | CUOTA MENSUAL |                        | CUOTA INICIAL |     | MESES             |   | CUOTA MENSUAL |     |  |    |  |
|                           |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
|                           |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |
|                           |  |           |     |               |                        |               |     |                   |   |               |     |  |    |  |

### LA MATRICULA INCLUYE

- TARJETA DE PROPIEDAD
- SEGURO OBLIGATORIO
- OBSEQUIO DE CASCO
- PLACAS
- CERTIFICADO DE GASES

### ASESOR COMERCIAL:

Nombre: *Neandia López*  
 CELULAR: 3152644054

### DOCUMENTACIÓN PARA CRÉDITO

|                                               | SOL | COD | COD2 |
|-----------------------------------------------|-----|-----|------|
| Fotocopia de Cédula Ampliada 150%             |     |     |      |
| Carta Laboral                                 |     |     |      |
| Certificado Cámara de Comercio                |     |     |      |
| Fotocopia contrato de Arrendamiento           |     |     |      |
| Carta de Afiliación del Vehículo              |     |     |      |
| Fotocopia Tarjeta de Propiedad Vehículo       |     |     |      |
| Fotocopia Extractos Bancarios 3 últimos meses |     |     |      |
| Desprendibles de Pago                         |     |     |      |
| Referencias Comerciales                       |     |     |      |
| Facturas Proveedores                          |     |     |      |
| Certificados Vacunación de Ganado             |     |     |      |
| Recibo de Luz o Agua                          |     |     |      |

### CENTRO DE SERVICIO TÉCNICO ESPECIALIZADO Y REPUESTOS ORIGINALES CON RESPALDO A NIVEL NACIONAL

1. El presente Aviso de Privacidad (en adelante el "Aviso") establece los términos y condiciones en virtud de los cuales SUMOTO S.A., identificado con Nit No. 814001582-6 y con domicilio en la Cra 19 No. 16-45 Avenida Las Américas de la Ciudad de Pasto, realizará el tratamiento de sus datos personales.

2. De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, Autorizo de manera libre, expresa e inequívocamente a SUMOTO S.A. con Nit 814.004.582-6, para que realice la recolección, tratamiento, almacenamiento y utilización de mis datos personales; los cuales suministro de manera veraz y completa, conforme lo establecido en la Política de Tratamiento y Protección de Datos la cual se encuentra disponible en <https://sumotobaja.com/>, <https://sumotoast.com/>, <https://sumotopasto.com/> en mi calidad de titular de los datos personales, declaro que me he informado los derechos que me asisten según establecido en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012.

3. DERECHOS DEL TITULAR: Como titular de sus datos personales Usted tiene derecho a: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento; (II) Corregir, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento este prohibido o no haya sido autorizado; (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada; (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente; (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos; (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Tendrá carácter facultativo las respuestas que verben sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

4. MECANISMOS PARA CONOCER LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO El Titular puede acceder a nuestra Política de Tratamiento de información, la cual se encuentra publicada en cartelera ubicada en la empresa ubicada en cada uno de nuestros puntos.

### 5. LEY 2300 DE 2023

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por SUMOTO S.A. para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensaje la por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial a publicitarios, todo dentro del marco legal aplicable.

De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por SUMOTO S.A. y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir.

Nombre:

Cédula:

Firma:



| A                                             | B            |
|-----------------------------------------------|--------------|
| gastos de transporte y movilidad              |              |
| transporte citas medicas a cali               | \$1.200.000  |
| transporte urbano cali                        | \$230.000.00 |
| transporte y movilidad local                  | \$7.500.000  |
|                                               |              |
| gastos hospedaje, alimentación                |              |
| hospedaje y alimentación cali                 | \$1.200.000  |
| pasto                                         | \$2.000.000  |
| papeleria y otros                             | \$980.000.00 |
| copagos citas medicas                         | \$950.000.00 |
| copago medicamentos                           | \$580.000.00 |
| medicamentos y suplementos particulares       | \$3.000.000  |
| endeudamiento por iliquides y perdida de capa | \$26.000.000 |
| parqueo moto                                  | \$1.480.000  |
|                                               |              |
| total                                         | \$45.040.000 |





ALCALDÍA DE PASTO

**Nombre** INSUASTY REYES BILLY JHONN  
**Esquema Básico** Administrativos  
1.210.287,00  
**Fecha Expd** 10 jul. 2024 03:38  
**Niv. Contratacion** Provisional Vacante Definitiva  
**Capacidad de Endeudamiento** 266.454,00

**Documento** 87061861  
**Centro Costo** Iem Ciudadela De Paz  
**Periodo pago** 1 dic. 2022 a 31 dic. 2022  
**Cargo** Celador  
**Grado** 02

|                 |                                            |       |      |                     |                   |
|-----------------|--------------------------------------------|-------|------|---------------------|-------------------|
| SUBTR           | Auxilio De Transporte                      |       |      | 117.172,00          | 0,00              |
| HEXDI           | Horas Extras - Diurnas 1.25%               | (10)  |      | 63.036,00           | 0,00              |
| HEXDD           | Horas Extras - Dominical Dia Extra 2.00%   | (6)   |      | 484.115,00          | 0,00              |
| HEXNO           | Horas Extras - Nocturna 1.75%              | (40)  |      | 353.000,00          | 0,00              |
| RECNO           | Horas Extras - Recargo Nocturno ( X Horas) | (180) |      | 317.700,00          | 0,00              |
| SUBAL           | Subsidio De Alimentacion                   |       |      | 72.749,00           | 0,00              |
| SUEBA           | Sueldo Basico                              |       |      | 1.210.287,00        | 0,00              |
| APEPEN          | Aporte Empleado Pension Normal             |       | NULL | 0,00                | 97.200,00         |
| APESDN          | Aporte Empleado Salud Normal               |       | NULL | 0,00                | 97.200,00         |
| SINT1           | Sintrenal                                  |       | N    | 0,00                | 12.103,00         |
| <b>Totales:</b> |                                            |       |      | <b>2.618.059,00</b> | <b>206.503,00</b> |

**Neto a pagar:** 2.411.556,00

**Fondos:** Salud:Sanitas S.A., Pension:Protección , Cesantias:Fondo Nacional De Ahorro

"Se informa que el NO descuento por nómina de sus obligaciones, no lo exime de la responsabilidad de cancelar por ventanilla y mantener la obligación al día." "Esta prohibido (...) percibir remuneración oficial por servicios no prestados, o por cuantía superior a la legal, (...), (Artículo 39, Numeral 14, Ley 1952 de 2.019)"





ALCALDÍA DE PASTO

**Nombre** INSUASTY REYES BILLY JHONN  
**Esquema Básico** 1.210.287,00  
**Fecha Expd** 10 jul. 2024 03:39  
**Niv. Contratacion** Provisional Vacante Definitiva  
**Capacidad de Endeudamiento** 141.088,00

**Documento** 87061861  
**Centro Costo** Iem Ciudadela De Paz  
**Periodo pago** 1 ene. 2023 a 31 ene. 2023  
**Cargo** Celador  
**Grado** 02

|          |                                            |       |      |              |            |
|----------|--------------------------------------------|-------|------|--------------|------------|
| SUBTR    | Auxilio De Transporte                      |       |      | 140.606,00   | 0,00       |
| HEXDI    | Horas Extras - Diurnas 1.25%               | (10)  |      | 63.036,00    | 0,00       |
| HEXDD    | Horas Extras - Dominical Dia Extra 2.00%   | (4)   |      | 322.743,00   | 0,00       |
| HEXNO    | Horas Extras - Nocturna 1.75%              | (40)  |      | 353.000,00   | 0,00       |
| RECNO    | Horas Extras - Recargo Nocturno ( X Horas) | (192) |      | 338.880,00   | 0,00       |
| SUBAL    | Subsidio De Alimentacion                   |       |      | 72.749,00    | 0,00       |
| SUEBA    | Sueldo Basico                              |       |      | 1.210.287,00 | 0,00       |
| APEPEN   | Aporte Empleado Pension Normal             |       | NULL | 0,00         | 91.600,00  |
| APESDN   | Aporte Empleado Salud Normal               |       | NULL | 0,00         | 91.600,00  |
| SINT1    | Sintrenal                                  |       | N    | 0,00         | 12.103,00  |
| Totales: |                                            |       |      | 2.501.301,00 | 195.303,00 |

Neto a pagar: 2.305.998,00

Fondos: Salud:Sanitas S.A., Pension:Protección , Cesantias:Fondo Nacional De Ahorro

"Se informa que el NO descuento por nómina de sus obligaciones, no lo exige de la responsabilidad de cancelar por ventanilla y mantener la obligación al día." "Esta prohibido (...) percibir remuneración oficial por servicios no prestados, o por cuantía superior a la legal, (...), (Artículo 39, Numeral 14, Ley 1952 de 2.019)"





ALCALDÍA DE PASTO

|                            |                                |              |                            |
|----------------------------|--------------------------------|--------------|----------------------------|
| Nombre                     | INSUASTY REYES BILLY JHONN     | Documento    | 87061861                   |
| Esquema                    | Administrativos                | Centro Costo | Iem Ciudadela De Paz       |
| Básico                     | 1.210.287,00                   | Periodo pago | 1 feb. 2023 a 28 feb. 2023 |
| Fecha Expd                 | 10 jul. 2024 03:40             | Cargo        | Celador                    |
| Niv. Contratacion          | Provisional Vacante Definitiva | Grado        | 02                         |
| Capacidad de Endeudamiento | 142.888,00                     |              |                            |

|          |                                            |       |      |              |            |
|----------|--------------------------------------------|-------|------|--------------|------------|
| SUBTR    | Auxilio De Transporte                      |       |      | 140.606,00   | 0,00       |
| HEXDI    | Horas Extras - Diurnas 1.25%               | (10)  |      | 63.036,00    | 0,00       |
| HEXDD    | Horas Extras - Dominical Día Extra 2.00%   | (4)   |      | 322.743,00   | 0,00       |
| HEXNO    | Horas Extras - Nocturna 1.75%              | (40)  |      | 353.000,00   | 0,00       |
| RECNO    | Horas Extras - Recargo Nocturno ( X Horas) | (180) |      | 317.700,00   | 0,00       |
| SUBAL    | Subsidio De Alimentacion                   |       |      | 72.749,00    | 0,00       |
| SUEBA    | Sueldo Basico                              |       |      | 1.210.287,00 | 0,00       |
| APEPEN   | Aporte Empleado Pension Normal             |       | NULL | 0,00         | 90.700,00  |
| APESDN   | Aporte Empleado Salud Normal               |       | NULL | 0,00         | 90.700,00  |
| SINTI    | Sintrenal                                  |       | N    | 0,00         | 12.103,00  |
| Totales: |                                            |       |      | 2.480.121,00 | 193.503,00 |

Neto a pagar: 2.286.618,00

Fondos: Salud:Sanitas S.A., Pension:Protección , Cesantías:Fondo Nacional De Ahorro

"Se informa que el NO descuento por nómina de sus obligaciones, no lo exige de la responsabilidad de cancelar por ventanilla y mantener la obligación al día." "Esta prohibido (...) percibir remuneración oficial por servicios no prestados, o por cuantía superior a la legal, (...), (Artículo 39, Numeral 14, Ley 1952 de 2.019)"





ALCALDÍA DE PASTO

**Nombre** INSUASTY REYES BILLY JHONN  
**Esquema Básico** Administrativos  
1.210.287,00  
**Fecha Expd** 10 jul. 2024 03:41  
**Niv. Contratacion** Provisional Vacante Definitiva  
**Capacidad de Endeudamiento** 151.688,00

**Documento** 87061861  
**Centro Costo** Iem Ciudadela De Paz  
**Periodo pago** 1 mar. 2023 a 31 mar. 2023  
**Cargo** Celador  
**Grado** 02

|                 |                                            |       |      |                     |                   |
|-----------------|--------------------------------------------|-------|------|---------------------|-------------------|
| SUBTR           | Auxilio De Transporte                      |       |      | 140.606,00          | 0,00              |
| HEXDI           | Horas Extras - Diurnas 1.25%               | (10)  |      | 63.036,00           | 0,00              |
| HEXDD           | Horas Extras - Dominical Día Extra 2.00%   | (4)   |      | 322.743,00          | 0,00              |
| HEXNO           | Horas Extras - Nocturna 1.75%              | (30)  |      | 264.750,00          | 0,00              |
| RECNO           | Horas Extras - Recargo Nocturno ( X Horas) | (168) |      | 296.520,00          | 0,00              |
| SUBAL           | Subsidio De Alimentacion                   |       |      | 72.749,00           | 0,00              |
| SUEBA           | Sueldo Basico                              |       |      | 1.210.287,00        | 0,00              |
| APEPEN          | Aporte Empleado Pension Normal             |       | NULL | 0,00                | 86.300,00         |
| APESDN          | Aporte Empleado Salud Normal               |       | NULL | 0,00                | 86.300,00         |
| SINT1           | Sintrenal                                  |       | N    | 0,00                | 12.103,00         |
| <b>Totales:</b> |                                            |       |      | <b>2.370.691,00</b> | <b>184.703,00</b> |

**Neto a pagar:** 2.185.988,00

**Fondos:** Salud: Santas S.A., Pension: Protección , Cesantías: Fondo Nacional De Ahorro

"Se informa que el NO descuento por nómina de sus obligaciones, no lo exige de la responsabilidad de cancelar por ventanilla y mantener la obligación al día." "Esta prohibido (...) percibir remuneración oficial por servicios no prestados, o por cuantía superior a la legal, (...), (Artículo 39, Numeral 14, Ley 1952 de 2.019)"





# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10028096614

Libertad y Orden

PLACA

MARCA

LÍNEA

MODELO

QUD65F

SUZUKI

GIXXER 250

2020

CILINDRADA CC

COLOR

SERVICIO

249

GRIS NEGRO

PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO

TIPO CARROCERÍA

COMBUSTIBLE

CAPACIDAD K/PSJ

MOTOCICLETA

SIN CARROCERÍA

GASOLINA

1

NÚMERO DE MOTOR

EJA1-112460

REG

VIN

MB8ED24E5L8102731

NÚMERO DE SERIE

\*\*\*\*\*

REG

NÚMERO DE CHASIS

MB8ED24E5L8102731

REG

N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

BURBANO CUASPUD ANDREA CAROLINA

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1085278429



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

26

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE FECHA IMPORT. PUERTAS

352020000437367

I 09/12/2020

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

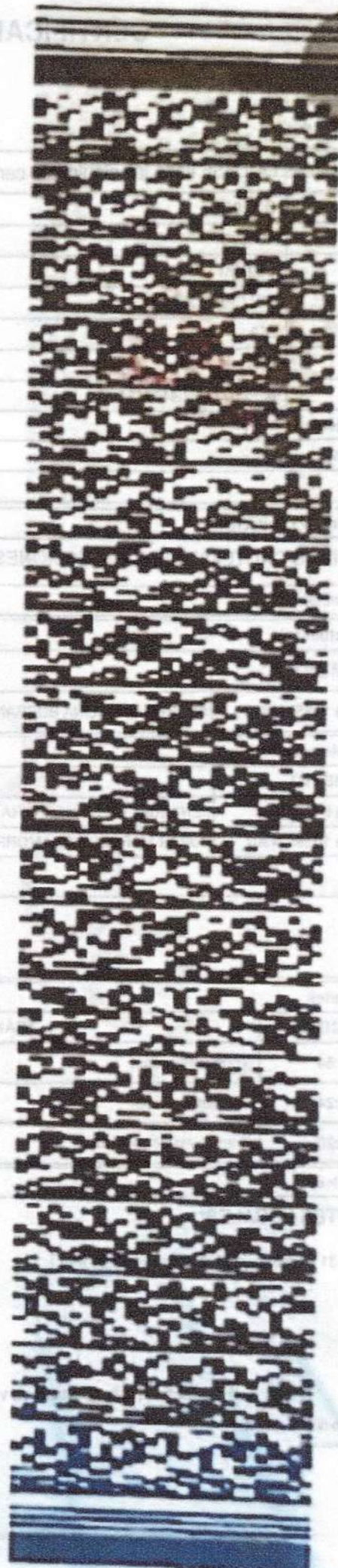
13/04/2021

28/12/2022

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

DPTO ADTVO TTOYTTE MCPAL PASTO



LT02002130445





**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**  
**UNIDAD BÁSICA PASTO**

DIRECCIÓN: Calle 22 No. 7-93 Hospital Universitario Departamental de Nariño. PASTO, NARIÑO  
TELÉFONO: 57 6027202935 Telefonía IP 6014069944 extensión 3235

**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**

**Número único de informe: UBPAS-DSNA-03235-2024**

CIUDAD Y FECHA: PASTO. 05 de julio de 2024  
OFICIO PETITORIO: No. SIN DATO - 2024-06-27. Ref: Noticia criminal  
520016000487202380091 -  
AUTORIDAD SOLICITANTE: FISCALÍA SEPTIMA LOCAL  
FISCALIA GENERAL DE LA NACION  
AUTORIDAD DESTINATARIA: FISCALÍA SEPTIMA LOCAL  
FISCALIA GENERAL DE LA NACION  
CALLE 22 N. 12 - 47 EDIFICIO MILAN  
PASTO, NARIÑO  
**NOMBRE EXAMINADO:** BILLY JHONN INSUASTY REYES  
**IDENTIFICACIÓN:** CC 87061861  
**EDAD REFERIDA:** 41 años  
**ASUNTO:** Lesiones / Evento 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 viernes 05 de julio de 2024 a las 14:21 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 de 27 de junio de 2024 emitido por Fiscalía local 7 de Pasto, solicitan valoración de lesiones personales por delito de lesiones personales culposas. examinado aporta cedula de ciudadanía número 87061861 de Pasto .

**RELATO DE LOS HECHOS:**

El examinado refiere que "El día 22 de marzo de 2023, en horas de la noche no recuerdo la hora exacta, yo había terminado un trabajo de instalación de sistemas de seguridad por el barrio la Colina, luego me fui en mi moto a mi casa por el barrio el Calvario, ese día tenía que ir a recoger mi hijo al centro comercial valle de atriz, yo bajaba por la universidad mariana y recuerdo que bajaba normal en la moto y de allí no recuerdo nada."

**ATENCIÓN EN SALUD:** Fue atendido en Centro médico Valle de Atriz. Aporta copia de historia clínica número 87061861, que refiere en sus partes pertinentes lo siguiente: Aporta historia digital centro médico valle de atriz fecha de ingreso 22/03/2023 hora de ingreso 22+52 horas paciente traído por ambulancia víctima de accidente de tránsito cuadro de trauma cráneo facial pérdida de conciencia 3 minutos trauma en cuello, trauma en muñeca derecha e izquierda contusión de rodilla derecha accidente sucedió calle 18 con carrera 25 barrio Palermo a las

**MILTON RAFAEL JOJA PUERRES**  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

*Aportamos a la justicia en favor de la vida*

10/07/2024 15:38

Caso: UBPAS-DSNA-03170-C-2024

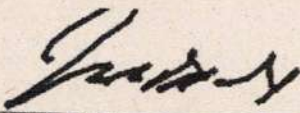
Pag. 1 de 4



**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**Número único de informe: UBPAS-DSNA-03235-2024**

22+20 horas en calidad de conductor de motocicleta colisiona con taxi. Al examen físico cabeza hematoma frontal derecho, cefalea holo craneana 9/10 ojos órbita derecha edema biparpebral, nariz edematizada con sangrado activo por ambas fosas nasales herida abierta en dorso nasal, boca perdida de piezas dentales más aflojamiento, herida abierta en maxilar inferior con sangrado activo herida abierta en lengua con sangrado activo, labio superior con herida abierta, labio inferior con herida abierta, cuello normal, tórax normal, extremidades superiores muñeca derecha con deformidad anatómica más edema y limitación funcional muñeca izquierda con deformidad anatómica más edema y limitación funcional, extremidades inferiores rodilla derecha lacerada más edema con dolor a la palpación y limitación funcional, toman al ingreso estudios de imagen radiografías más tomografía de cráneo y realizan procedimientos quirúrgicos descritos a continuación en fechas descritas 23/03/2023 Reducción abierta de epífisis separada de radio y cubito con fijación de mano derecha + lavado y desbridamiento de fractura abierta de radio y cubito bilateral + secuestrectomía, drenaje y curetaje de radio y cubitos bilaterales + reducción abierta de fractura en diáfisis de cubito y radios con fijación bilaterales, 27/03/2023 reducción abierta de fractura lefort II + reducción abierta de fractura + reducción de luxación dentoalveolar + decorticación y curetaje de hueso facial más colocación de colgajo regional por dos (lengua y labio) 31/03/2023 Fractura de huesos propios de la nariz realizan, área de otorrinolaringología realiza reducción abierta fractura de huesos propio de la nariz más septo rinoplastia más turbinolastia Estancia en UCI, posteriormente en hospitalización de Centro Médico Valle de Atriz de donde dan egreso el día 06/04/2023 hora de egreso 15+23 horas. Aporta historia clínica digital de clínica Hispanoamérica. 06/05/2023; Paciente ingresa a clínica Hispanoamérica a las 20+45 horas ingresa por retiro accidental de clavos en área quirúrgica de antebrazo derecho, por lo que toman radiografías en las cuales no evidencian alteración en el material de osteosíntesis radial, ortopedia indica manejo con férula de yeso palmar por desplazamiento de cabeza ulnar derecha por comparación con radiografía previa. 09/05/2023; Paciente ingresa a clínica Hispanoamérica a las 15+26 horas ingresa por dolor dental secundario al trauma dan remisión para endodoncia tratamiento de conducto de piezas dentales 11,12,21,22, y orden para cirugía oral de piezas dentales 18/48 20/05/2023 Control por ortopedia reporta paciente con secuela de radio derecho en material de osteosíntesis por lo que ortopedia solicita valoración prioritaria por cirujano de miembro superior en cuarto nivel. 08/06/2023; Paciente ingresa a clínica Hispanoamérica a las 10+45 horas para ser intervenido quirúrgicamente por parte de cirugía maxilo facial realiza exodoncia de tercer molar número 18. 26/06/2023; Paciente ingresa a clínica Hispanoamérica a las 20+15 horas, sufre trauma en antebrazo derecho por caída desde su propia altura toman radiografías en las cuales se aprecia material de osteosíntesis normo inserto sin cambios con relación a radiografías de 06/05/2024 dan manejo ambulatorio con analgesia. 06/11/2023, Paciente ingresa clínica Hispanoamérica 20+02 olor del brazo derecho a nivel de muñeca y mareo dan manejo para dolor y dan egreso Aporta historia clínica digital de Clínica MED CALI. 11/08/23 Valorado en la ciudad de Cali Dr. Carlos Méndez indica requiere retiro de material de osteosíntesis de radio derecho más tenolisis de flexores y extensores para mejorar movilidad Clínica MED CALI ingreso 11/08/2023 14+55 Remitido para retiro de material de osteosíntesis del lado derecho por desviación y prominencia del material a nivel de la muñeca radiografía previa un mes muestra consolidación de la fractura de radio distal derecho con desviación cubital y dorsal de la fractura en historia clínica no hay información de retiro de material de osteosíntesis Examinado no aporta más documentación digital. .

**ANTECEDENTES:** Médico legales: No refiere . Sociales: Desempleado, vive con su esposa en unión libre, tiene 3 hijos de 21 ,15,14 años. estudio bachillerato completo. . Familiares: Madre

  
**MILTON RAFAEL JOJOA PUERRES**  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

*Aportamos a la justicia en favor de la vida*

10/07/2024 15:38

Caso: UBPAS-DSNA-03170-C-2024

Pag. 2 de 4



**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**Número único de informe: UBPAS-DSNA-03235-2024**

diabetes mellitus 2 hipertensión arterial, insuficiencia renal. . Patológicos: No refiere . Quirúrgicos: Toracostomía derecha. Traumáticos: Neumotórax derecho.. Hospitalarios: Po neumotórax derecho . Psiquiátricos: No refiere . Toxicológicos: Consumía licor ocasional, fumaba ocasionalmente. .

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Refiere menos ánimo desesperación miedo de estar en la calle, refiere dolor intenso en el brazo derecho, refiere dolor en la pierna derecha cuando camina.

**EXAMEN MÉDICO LEGAL**

DATOS ANTROPOMÉTRICOS: Peso: 72 kg. Talla: 175 cm.

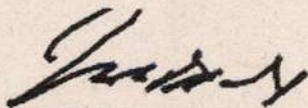
Aspecto general: Ingresa vestido se desplaza por sus propios medios.

Descripción de hallazgos

- Examen mental: Alerta, consiente orientado en sus tres esferas, lenguaje coherente, tono bajo, estables contacto con el examinador.
- Neurológico: Orientado en sus tres esferas Glasgow 15/15
- Cara, cabeza, cuello: Asimetría en zona de articulación temporo mandibular derecha con relación a la zona mandibular izquierda, dolor a la palpación en región de zona mandíbula inferior derecha. cuello con movilidad normal
- Cavidad oral: Fractura coronal de trazo oblicuo que afecta borde medio e incisal de piezas dental número 22, Fractura coronal de trazo oblicuo que afecta borde incisal de piezas dental número 21, Fractura coronal de trazo oblicuo que afecta borde medio e incisal de piezas dental número 11, Fractura coronal de trazo oblicuo que afecta borde medio e incisal de piezas dental número 12.
- Tórax: Dos cicatrices planas normocrómicas en un área de 4x6 cm localizadas en quinto espacio intercostal con línea media axilar derecha.
- Abdomen: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.
- Genital: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.
- Espalda: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.
- Región glútea: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.
- Axilas: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.
- Miembros superiores: Derecho cicatriz plana de 12x1 cm localizada en cara externa tercio distal de antebrazo derecho visible ostensible. -- cicatriz plana de 13x 1 cm localizada en cara interna tercio distal de antebrazo, cicatriz circular plana de 1x1 cm en cara lateral tercio distal de antebrazo, cicatriz plana irregular de 2,2x2.5 cm localizada en cara posterior tercio distal de antebrazo. Arcos de movilidad de flexión y extensión de quinto dedo de la mano derecha disminuidos. Izquierda cicatriz plana de 7x2 cm localizada en la cara interna tercio distal de antebrazo.
- Miembros inferiores: Derecha cicatriz irregular plana, normocrómica de 3x2 cm localizada en cara anterior de la rodilla derecha
- Osteomuscular: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.
- Anal y Perianal: No presenta huellas de lesiones reciente en la presente valoración.

**ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES**

Al examen presenta lesiones actuales consistentes con el relato de los hechos. Mecanismos traumáticos de lesión: Contundente; Biodinámico. Incapacidad médico legal PROVISIONAL SETENTA Y CINCO (75) DÍAS. Debe regresar a nuevo reconocimiento médico legal en dos meses con historia clínica de controles de especialidades de ortopedia, fisioterapia y de sub especialidad de miembro superior, además de nuevo oficio de su despacho. SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente.



**MILTON RAFAEL JOJOA PUERRES**  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

10/07/2024 15:38

*Aportamos a la justicia en favor de la vida*

Caso: UBPAS-DSNA-03235-2024



**INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE**  
**Número único de informe: UBPAS-DSNA-03235-2024**



Atentamente,

**MILTON RAFAEL JOJOA PUERRES**  
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE**

***Aportamos a la justicia en favor de la vida***

NOTA: 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.

10/07/2024 15:38

Caso: UBPAS-DSNA-03170-C-2024

Pag. 4 de 4





|             |                      |                     |                                           |                                                          |
|-------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>NUIP</b> | <b>1.004.509.501</b> | Tipo de certificado | Datos Esenciales <input type="checkbox"/> | Acreditar Parentesco <input checked="" type="checkbox"/> |
|-------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

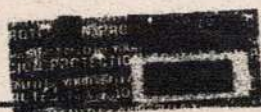
|                                                                                    |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>Datos del Inscribo</b>                                                          |   |   |   |   |
| Apellidos y Nombres completos                                                      |   |   |   |   |
| INSUASTY RODRIGUEZ JONATHAN DAVID                                                  |   |   |   |   |
| Fecha de nacimiento (Mes en letras)                                                |   |   |   |   |
| Año                                                                                | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Mes                                                                                | J | U | N |   |
| Día                                                                                | 1 | 8 |   |   |
| Sexo (en letras)                                                                   |   |   |   |   |
| MASCULINO                                                                          |   |   |   |   |
| Tipo Sanguíneo                                                                     |   |   |   |   |
| O +                                                                                |   |   |   |   |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o inspección) |   |   |   |   |
| COLOMBIA NARIÑO PASTO                                                              |   |   |   |   |
| Fecha de inscripción (Mes en letras)                                               |   |   |   |   |
| Año                                                                                | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Mes                                                                                | J | U | N |   |
| Día                                                                                | 1 | 8 |   |   |
| Indicativo serial                                                                  |   |   |   |   |
| 0038457190                                                                         |   |   |   |   |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| <b>Datos de la Madre</b>                     |              |
| Apellidos y Nombres completos                |              |
| RODRIGUEZ ROSERO LEYDI NATHALI               |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| TARJETA DE IDENTIDAD 860326 32892            | COLOMBIA     |

|                                              |              |
|----------------------------------------------|--------------|
| <b>Datos del Padre</b>                       |              |
| Apellidos y Nombres completos                |              |
| INSUASTY REYES BILLY JHONN                   |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CEDULA DE CIUDADANIA 87 061 861              | COLOMBIA     |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| <b>Datos del Solicitante</b>                 |  |
| Apellidos y Nombres completos                |  |
| RODRIGUEZ ROSERO LEYDI NATHALI               |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.252.584           |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Espacio para notas</b> |  |
| VALIDO PARA ESTUDIOS      |  |

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Datos de la oficina de registro que expide el certificado</b>                    |                                                                                      |
| País - Departamento - Municipio                                                     | Código                                                                               |
| COLOMBIA NARIÑO PASTO                                                               | 1 2 V                                                                                |
| Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)                                 | Nombre y firma del funcionario                                                       |
| Año 2 0 1 1 Mes D I C Día 1 2                                                       |  |
|  | Registrador del Estado Civil                                                         |





REPÚBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N 6259304**

**NUIP 1.085.285.090**

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar  
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

**INSUASTY MAFLA CRISTIAN ALEJANDRO**

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año

2

0

0

8

Mes

N

O

V

Día

1

0

MASCULINO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año

2

0

1

1

Mes

M

A

R

Día

1

1

00000000

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MAFLA HERNANDEZ ROSARIO MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.087.047.002

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

INSUASTY REYES BILLY JHONN

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 87.061.861

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MAFLA HERNANDEZ ROSARIO MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.087.047.002

Espacio para notas

VALIDO PARA AFILIACION

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Código

L Z V

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año

2

0

1

2

Mes

S

E

P

Día

0

7

Nombre y firma del funcionario

IVAN SERAFIN PARRA DORADO

Registrador del Estado Civil





NUIP 1.081.280.644

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41898595

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 90 Comuna ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código I 4 W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 4 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido INSUASTY Segundo Apellido MAFLA

Nombre(s) JENIFER ALEXANDRA

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes ABR Día 10 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento anterior al de inscripción de los datos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

52089295- 3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MAFLA HERNANDEZ ROSARIO MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.087.047.002

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

INSUASTY REYES BILLY JHONN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 87.061.861

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

INSUASTY REYES BILLY JHONN

CC 87.061.861

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

2010

ABR

21

JAI ME RENE CAMBRANO CABRERA - NOT

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JAI ME RENE CAMBRANO CABRERA

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES ORIGINAL

PASTO

05 SEP 2012



— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —





ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

**Hospital San Rafael de Pasto**  
PASTO | COLOMBIA**HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO**  
Nit: 891200274-2  
Cod. Habilitacion: 520010009601  
Calle 15 No 42C- 35  
Telefono: 7362680

Fecha Actual : jueves, 11 julio 2024

1/3

**DATOS PERSONALES**

**Paciente** Cédula de ciudadanía - 87061861 - BILLY JHONN INSUASTY REYES  
**Edad en Atención** 41 Años / 0 Meses / 16 Días **Sexo** Masculino **Estado Civil** UnionLibre  
**Fecha Nacimiento** 24/06/1983 **Dirección** CORAZON DE JESUS - MZ 11 D CASA 3 **Teléfono** 3152659534  
**Grupo étnico** Ninguno **Discapacidad** SIN DISCAPACIDAD **Identidad género** Masculino  
**Procedencia** SAN JUAN DE PASTO **Ingreso** 18563 **Fecha Ingreso** 11/07/2024 7:54:32 a. m.  
**Servicio Folio** 701 - UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA **Última Cama** **Fecha Egreso**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN **Regimen** Subsidiado **Ninguno** **NIVEL** SUBSIDIADO NIVEL I  
**Acudiente** BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÓN **Teléfono** **Parentesco**  
**Acompañante** **Teléfono**

**Folio N° 3** **Profesional** GABRIEL FELIPE PEÑA SALAS **Fecha grabación de folio** 11/07/2024 8:36

**PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL**

**CAUSA EXTERNA** Enfermedad\_General **FINALIDAD CONSULTA** No\_Aplica **DX** F331 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE

¿Esta es una atención por teleconsulta? NO

Consentimiento informado

Aceptación del consentimiento

Observaciones de no aceptación

**Subjetivo**

Tratamiento previo:

Escitalopram 20 mg 1-0-0.

Quetiapina 50 mg 0-0-1.

Acompañante: Andrea Burbano (pareja).

Refiere: "sigo mal, deprimido, con un terror terrible de salir, muy deprimido por motivo del estado en que me encuentro, la demora en la mejoría, no me han atendido los especialistas, se me olvidan mucho las cosas...; a raíz del accidente he seguido desorientado, la droga para el dolor puede tener mucho que ver, sigo preocupado porque estos olvidos me siguen dando, hasta los nombres de mis hijos..., tengo preocupación constante y con el miedo de que esto empeore, no puedo conciliar bien el sueño". Tiene dolor físico importante, está en espera de cirugías correctivas, tiene audiencias judiciales pendientes en esta semana, razones por las que no desea hospitalizarse.

**Examen mental**

Aceptable presentación personal, establece contacto visual, alerta, orientado en tres planos, eufórico, afecto reactivo con hipotimia y ansiedad moderadas, pensamiento de curso normal, lógico, ideas de minusvalía, frustración, incertidumbre, tanatismo mal elaborado. No se observa compromiso sensorio-perceptivo ni motor, juicio de realidad conservado, introspección aceptable.

**Frecuencia cardíaca**

80,0000

**Frecuencia respiratoria**

14,0000

**Presión sistólica**

100,0000

**Presión diastólica**

70,0000

**Saturación de O2**

100,0000

**Temperatura**

37,0000

**Peso (Kg)**

60,0000

**Talla (Cm)**

160,0000

**Análisis**

Paciente de 41 años, diagnósticos anotados, síntomas afectivos presentes de origen reactivo dados sus antecedentes; en el entendido que debe seguir acompañamiento estrecho tanto por psiquiatría como por psicología y que no puede tener manejo intramural por las diligencias pendientes de diferirle, considero que puede beneficiarse de internación parcial para realizar vigilancia farmacológica, psicoterapia por psicología y acompañamiento por neuropsicología para rehabilitación cognitiva. Se ordenan diez (10) sesiones, inicio duloxetine 30 mg/día y se ajusta quetiapina 100 mg/noche.

**Plan**

Anotado.

Fecha estimada próximo control

**GESTIÓN DEL RIESGO**

¿Paciente sintomático respiratorio?

¿Paciente sintomático de piel?

¿Paciente víctima de violencia?

En caso de víctima de violencia, especifique

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: ADIAZD





ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS  
**Hospital San Rafael de Pasto**  
PASTO - COLOMBIA

**HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO**

**NIT 891200274 -2**

**PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL**

Fecha Actual : jueves, 11 Julio 2024  
Página 2/3

Paciente Cédula de ciudadanía - 87061861 - BILLY JHONN INSUASTY REYES  
Procedencia SAN JUAN DE PASTO Ingreso 18563

Fecha Ingreso 11/07/2024 7:54:32 a. m.

| DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10 |                                                                                                |        |                       | Principal                           | Ingreso                  | Egreso                   |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CODIGO                    | NOMBRE                                                                                         |        |                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F331                      | - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE                                   |        |                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo:                     | Presuntivo                                                                                     | Clase: | Impresión_Diagnostica | Clasificación:                      | No_Corresponde           | Observación:             |
| F069                      | - TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA |        |                       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo:                     | Presuntivo                                                                                     | Clase: | Impresión_Diagnostica | Clasificación:                      | No_Corresponde           | Observación:             |
| MEDICAMENTOS SOLICITADOS  |                                                                                                |        |                       | CANTIDAD                            | VIA                      | AMBITO                   |
| DULOXETINA 30 MG CAPSULA  |                                                                                                |        |                       | 90                                  | Oral                     | Externo                  |
| Posologia: 1 cápsula 8am. |                                                                                                |        |                       | 90                                  | Oral                     | Externo                  |
| QUETIAPINA 100 MG TABLETA |                                                                                                |        |                       |                                     |                          |                          |
| Posologia: 1 tableta 8pm. |                                                                                                |        |                       |                                     |                          |                          |

| SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS |                                                                      |  | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                                     |                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 890384                                     | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA |  | En un mes.<br>Paciente de 41 años, diagnósticos anotados, síntomas afectivos presentes de origen reactivo dados sus antecedentes; en el entendido que debe seguir un acompañamiento estrecho tanto por psiquiatría como por psicología y que no puede tener manejo intramural por las diligencias pendientes de diferente índole, considero que puede beneficiarse de internación parcial para realizar vigilancia farmacológica, psicoterapia por psicología y acompañamiento por neuropsicología para rehabilitación cognitiva. |
| S12802                                     | INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA) NCOC                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| INDICACIONES MEDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salida_Consulta_Externa</b><br>1. Cita de control con psiquiatría en un mes; asistir sin falta.<br>2. No consumir alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína u otras sustancias psicoactivas bajo ningún pretexto.<br>3. Tomar la medicación tal como está en la fórmula médica y sin suspender hasta nueva orden del especialista.<br>4. En caso de presentar ansiedad, síntomas de tristeza fuertes, deseos de consumo o ideas de muerte y/o suicidas, consultar de inmediato por urgencias de primer nivel.<br>5. Realizar ejercicio mínimo tres veces por semana y por un tiempo no menor a 30 minutos.<br>6. No trasnochar; acostarse a más tardar a las 10 pm.<br>7. Acompañamiento familiar constante.<br>8. Ingreso a hospital día 10 sesiones. |

GABRIEL FELIPE PEÑA SALAS  
94424055 PSIQUIATRÍA

### "Súmese al cuidado de su salud mental"

La familia es un pilar fundamental en la recuperación y proceso terapéutico de los pacientes, brindando acogida, buen trato y participando activamente en la atención, asistencia y cuidado del paciente. Para ello tenga en cuenta:  
Tome los medicamentos diariamente en el horario y la cantidad prescrita por su médico. NO realice cambios en la formulación, podría recaer en la enfermedad o presentar síntomas inesperados. Si está siendo manejado por otros especialistas, informe los medicamentos que recibe.  
Asista a los controles de psiquiatría y psicología, según orden médica.  
Gestione las autorizaciones de los ordenamientos ante su EPS, programe de forma oportuna las citas médicas, tramite las ayudas diagnósticas (exámenes) con antelación y presente los resultados en las citas médicas de control.  
Establezca un horario para descansar procurando que sean mínimo 8 horas de sueño cada noche y mantenga este horario regularmente.  
Tenga una alimentación saludable, disminuyendo el consumo de alimentos ricos en azúcar o grasas saturadas. Ingiera una cena liviana para facilitar la conciliación del sueño.  
Motívase a participar de actividades deportivas o realice ejercicio físico diariamente en compañía de algún miembro de la familia, ya que ésta práctica le permite liberar tensiones y mejorar el estado de ánimo.  
Realice alguna actividad laboral y/o vincúlese a actividades académicas. Si no es posible intente ejercitar sus habilidades en otras prácticas.  
Favorezca el desarrollo de alguna habilidad personal de su gusto, como interpretación musical, canto, baile, teatro, jardinería, disciplina deportiva, lectura, escritura, pintura, dibujo, manualidades, entre otros; esto fortalece sus habilidades cognitivas.  
Mantenga rutinas diarias relacionadas con actividades de autocuidado y de apoyo en casa. Tareas como levantarse a una hora fija, bañarse, arreglar sus objetos personales, colaborar con la organización del hogar, lavar y organizar su ropa, contribuirá a ejercitar sus habilidades, a disminuir los períodos de inactividad y a fortalecer sus hábitos y rutinas.  
Reintégrese poco a poco en las actividades sociales con el apoyo de la familia o cuidadores, el tiempo que se comparte en familia puede llegar a ser un factor de protección de una posible recaída y puede contribuir a mejorar las relaciones familiares.  
Reconozca los signos de alarma como: Agitación, sentirse fácilmente irritable, depresión y llanto incontrolable, insomnio, diarrea, taquicardia, náuseas, alucinaciones, ansiedad, temblores, pesadillas, alteración en el apetito (disminución o aumento) y sudoración excesiva. Ante estos signos consulte  
Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: ADIAZD





ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

**Hospital San Rafael de Pasto**

PASTO | COLOMBIA

**HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO**

Nit: 891200274-2

Cod. Habilitación: 520010009601

Calle 15 No 42C- 35

Teléfono: 7362680

Fecha Actual : miércoles, 10 julio 2024

1/3

**DATOS PERSONALES**

|                         |                                                              |                      |                                   |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| <b>Paciente</b>         | Cédula de ciudadanía - 87061861 - BILLY JHONN INSUASTY REYES | <b>Estado Civil</b>  | UnionLibre                        |
| <b>Edad en Atención</b> | 41 Años / 0 Meses / 16 Días                                  | <b>Sexo</b>          | Masculino                         |
| <b>Fecha Nacimiento</b> | 24/06/1983                                                   | <b>Dirección</b>     | CORAZON DE JESUS - MZ 11 D CASA 3 |
| <b>Grupo étnico</b>     | NINGUNO                                                      | <b>Discapacidad</b>  | SIN DISCAPACIDAD                  |
| <b>Procedencia</b>      | SAN JUAN DE PASTO                                            | <b>Ingreso</b>       | 18520                             |
| <b>Servicio Folio</b>   | 501 - UNIDAD DE URGENCIAS                                    | <b>Última Cama</b>   |                                   |
|                         |                                                              | <b>Fecha Ingreso</b> | 10/07/2024 11:58:30 a. m.         |
|                         |                                                              | <b>Fecha Egreso</b>  |                                   |

**DATOS DE AFILIACIÓN**

|                    |                                                            |                 |            |                   |                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|------------|-------------------|--------------------|
| <b>Entidad</b>     | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S - EN INTERVENCIÓN | <b>Regimen</b>  | Subsidiado | <b>NIVEL</b>      | SUBSIDIADO NIVEL 1 |
| <b>Acudiente</b>   | ANDREA BURBANO                                             | <b>Teléfono</b> | 3178361333 | <b>Parentesco</b> | PAREJA             |
| <b>Acompañante</b> |                                                            | <b>Teléfono</b> |            |                   |                    |

|                              |                                                                                                                                               |                               |                                 |                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------|
| <b>Folio N° 2</b>            | <b>Profesional</b>                                                                                                                            | PAOLA ALEJANDRA BENITEZ BRAVO | <b>Fecha grabación de folio</b> | 10/07/2024 13:32 |
| <b>Clasificación Triage:</b> | TRIAGE 3M: RIESGO MODERADO AUTO O HETEROLÍTICO, ANSIEDAD GRAVE, SÍNDROME DE ABSTINENCIA MODERADO, OTROS CUADROS DE SEVERIDAD MODERADA A GRAVE |                               |                                 |                  |

**HOJA DE INGRESO A URGENCIAS**

|                      |                    |                           |           |           |                     |
|----------------------|--------------------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------|
| <b>CAUSA EXTERNA</b> | Enfermedad_General | <b>FINALIDAD CONSULTA</b> | No_Aplica | <b>DX</b> | R413 - OTRA AMNESIA |
|----------------------|--------------------|---------------------------|-----------|-----------|---------------------|

**ANANMESIS****Motivo de consulta**

"estoy angustiado por lo que pasó y ansioso deprimido"

**Enfermedad actual**

Paciente masculino de 41 años, ingresa por sus propios medios, conocido en la institución por antecedente de episodio depresivo moderado, reporta síntomas que inician por antecedente de accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta en marzo 2023 con secuelas dadas por limitación para movilidad de miembros superiores.  
último control por psiquiatría 23 nov 2023  
En manejo con :  
Quetiapina tab 50mg 1 tab 08.00pm  
Escitalopram tab 20mg 1 tab 08.00am  
irregular adherencia por no dispensación de EPS

Acude a control por medicina del dolor hace 1 semana donde modifican manejo con:  
Ciclobenzaprina 15mg capsula de liberación prolongada 1 tab 06.00pm  
Diclofenaco gel 1% aplicar cada 12 horas en área afectada  
Duloxetina tab 30mg tab recubierta, 1 tab a las 08.00am (aún no iniciada)  
Acetaminofén + cafeína (500/65mg) 1 tab 07.00am, 1 tab 02.00pm

Reporta síntomas afectivos de corte depresivo de larga data con exacerbación de los mismos hace 8 meses con ánimo triste la mayor parte del tiempo, sensación de temor, incertidumbre, ideas de minusvalía, ideas de muerte. Síntomas que se presentan por fallas mnésicas secundarias al TCE de marzo 2023, pérdida progresiva de la memoria. Manifiesta "tengo siempre ese sentimiento de estar siempre preocupado porque se me olvidan las cosas las citas constantemente, ese sentimiento de temor intenso si se me acercan carros o moto, además sentir esa dependencia me hace sentir muy poca cosa, hay cosas pequeñas que sé que puedo hacer pero se me olvida en ocasiones mi cédula, mi teléfono, me angustia mucho eso, tengo miedo de que siga progresando esa falta de memoria, me da más estrés, rabia, ira no duermo.. no me pueden decir nada porque permanezco a la defensiva, me da angustia que la vida de mi pareja se vuelva todo solo para mí que esté pendiente de medicamentos, recordarme cosas, que no me confunda, además ese dolor permanente en la mano derecha y en el dedo de la mano izquierdo me van a hacer bloqueos.. No quiero ser una carga, si tengo ideas muchas veces de muerte pero sé que hay gente que me necesita. no pensé que iba a llegar a esta desesperación, al dolor permanente, no pensé que mi memoria se iba a afectar tanto"

Acudiente reporta "no lo ha visto neurología, al principio le mandaron terapias de lenguaje y ahora de medicina de dolor. El médico nos dijo que tuvieron que sedarlo por 15 días, pero ahora lo noto como más disperso, preocupado, irritable, le he notado últimamente un déficit más marcado."

Tiene pendiente procedimientos por parte de medicina de dolor

Inmunización COVID 19, 2 dosis

Niega síntomas sugestivos de infección por SARS COV 2

**Historia personal**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: MTORRESP



**Paciente** Cédula de ciudadanía - 87061861 - BILLY JHONN INSUASTY REYES**Procedencia** SAN JUAN DE PASTO**Ingreso** 18520**Fecha Ingreso** 10/07/2024 11:58:30 a. m.

Natural y procedente: Pasto

Vive con esposo

Tiene 3 hijos con otra pareja, tiene contacto con hijos

Se dedicaba a instalación de medios tecnológicos y como celador. En el momento cesante

No practica religión

Niega alergias

**Historia familiar**

Madre: diabetes mellitus tipo 2, ERC

Niega antecedente familiar de enfermedad mental

**Conciliación medicamentosa**

Ciclobenzaprina 15mg capsula de liberación prolongada 1 tab 06.00pm

Diclofenaco gel 1% aplicar cada 12 horas en área afectada

Duloxetine tab 30mg tab recubierta, 1 tab a las 08.00am (aún no iniciada)

Acetaminofén + cafeína (500/65mg) 1 tab 07.00am, 1 tab 02.00pm

**GESTIÓN DEL RIESGO**

¿Paciente sintomático respiratorio?

NO APLICA

**Resultado de prueba Minimental****SOSPECHA DE DETERIORO  
COGNITIVO**

¿Paciente con tabaquismo?

NO APLICA

¿Paciente con enfermedad mental conocida? SÍ

¿Ha sido atendido por Psicología?

SÍ

¿Es un paciente remitido de otra institución? NO

¿Paciente con riesgo de suicidio?

NO

¿Paciente con riesgo de fuga? NO

¿Paciente con riesgo de auto o heteroagresión?

NO

¿Paciente sintomático de piel? NO

¿Paciente víctima de violencia?

NO

En caso de violencia, especifique

**EXAMEN FÍSICO Y MENTAL****EXAMEN MENTAL**

Estado de conciencia

Alerta

Juicio y raciocinio

debilitado por afecto

Orientación

Orientado globalmente

Atención

euproséxico

Porte y actitud

porte cuidado, contactado con entorno y evaluadora

Introspección

incierta

Psicomotor

euquinético

Prospección

incierta

Afecto

hipomodulado ansioso

Abstracción

no valorado

Pensamiento

lógico, coherente, ideas sobrevaloradas de tipo ansioso y depresivo, preocupación, ideas de desesperanza y muerte sin ideas suicidas.

Cálculo

no valorado

Sensopercepción

sin compromiso

Memoria

reporta fallas mnésicas

**EXAMEN FÍSICO**

Peso (Kg)

75

Talla (Cm)

175

Frecuencia cardíaca

80

Frecuencia respiratoria

18

Presión sistólica

100

Presión diastólica

60

Saturación de O2

94

Temperatura

36

Índice de Masa Corporal (IMC)

245,0000





**Paciente** Cédula de ciudadanía - 87061861 - BILLY JHONN INSUASTY REYES  
**Procedencia** SAN JUAN DE PASTO **Ingreso** 18520

**Fecha Ingreso** 10/07/2024 11:58:30 a. m.

Normocéfalo, isocoria normorreactiva, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cuello móvil sin adenopatías, tórax simétrico, normoexpandible, murmullo vesicular conservado en ambos campos, no sobreagregados, corazón rítmico sin soplos auscultables, abdomen blando, ruidos hidroaéreos conservados, depresible, no signos de irritación peritoneal. Extremidades eutróficas, simétricas, sin edemas, perfusión distal conservada, llenado capilar conservado, fuerza muscular 4/5 en las 4 extremidades, no presenta signos meníngeos. Dificultad para movilización de miembros superiores por dolor.

#### ANÁLISIS Y CONDUCTA

##### Análisis

Paciente masculino de 41 años, conocido en la institución por antecedente de TCE en 2023 con secuelas en miembros superiores con síntomas afectivos de corte depresivo secundarios, ahora reporta exacerbación de fallas mnésicas sin valoraciones previas por neurología, se considera paciente quien requiere inicialmente valoración urgente por neurología con toma de paraclínicos y TAC de cráneo para evaluar sintomatología reportada y descartar componente orgánico/neurológico, posterior a descartar organicidad derivar a esta unidad mental para evaluación por psiquiatría de manera intramural, se explica claramente conducta a paciente y acudiente quienes entienden y aceptan.

##### Plan

ACUDIR A HOSPITAL GENERAL AHORA, INGRESAR POR URGENCIAS.

##### Conducta

ALTA

##### Justificación de ingreso

REGRESIÓN COMPORTAMENTAL SIGNIFICATIVA DERIVADA DE PATOLOGÍA MENTAL

##### Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

51-60: SÍNTOMAS MODERADOS (ANSIEDAD, DEPRESIÓN, INSOMNIO MODERADOS, ENTRE OTROS) O DIFICULTAD MODERADA EN LA ACTIVIDAD SOCIAL, LABORAL O ESCOLAR

#### DATOS DEL ACUDIENTE

##### Nombre

ANDREA BURBANO (Pareja) al tel 3178361333

##### Parentesco

Pareja

##### Número de contacto

3178361333

| ANTECEDENTES |            |                               |                                                                                                                          |
|--------------|------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO         | FECHA      | REGISTRA                      | OBSERVACIONES                                                                                                            |
| Quirúrgicos  | 10/07/2024 | BENITEZ BRAVO PAOLA ALEJANDRA | Osteosíntesis muñeca derecha e izquierda marzo 2023 Osteosíntesis fractura radio y cúbito bilateral 2023 implante dental |
| Traumáticos  | 10/07/2024 | BENITEZ BRAVO PAOLA ALEJANDRA | Accidente de tránsito en 2023 Fractura facial                                                                            |

| DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10                                         |                              |                               |                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CODIGO                                                            | NOMBRE                       |                               |                                                                                                                          |
| R413 - OTRA AMNESIA                                               |                              |                               | Principal Ingreso Egreso                                                                                                 |
| Tipo: Presuntivo                                                  | Clase: Impresión_Diagnostica | Clasificación: No_Corresponde | Observación: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| F331 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE |                              |                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                               |
| Tipo: Presuntivo                                                  | Clase: Impresión_Diagnostica | Clasificación: No_Corresponde | Observación: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                  |

| INDICACIONES MEDICAS |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
|----------------------|--|--|--|

##### Salida

ACUDIR A HOSPITAL GENERAL AHORA, INGRESAR POR URGENCIAS.

PAOLA ALEJANDRA BENITEZ BRAVO  
1085301311 MEDICINA GENERAL





# HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

HERMANOS HOSPITALARIOS DE SAN JUAN DE DIOS

NIT 891200274-2 Cod. SGSSS: 520010009601

CALLE 15 42C - 35 PASTO - NARIÑO

TELEFONOS 7362680 - 7235144

**NOMBRE:** INSUASTY REYES BILLY JHONN  
**IDENTIFICACION:** 87061861  
**TIPO DE IDENTIFICACION:** CEDULA DE CIUDADANIA  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 1983-06-24 (40)  
**TELEFONO:** 3152659534  
**DIRECCION:** BRR CALVARIO PASTO - NARIÑO  
**FECHA DE INGRESO:** 2023-10-02 09:46:37  
**FECHA DE EGRESO:** 2023-10-02 10:11:24  
**FECHA DE REGISTRO:** 2023-10-02 09:54:56

**MEDICO TRATANTE:** GABRIEL FELIPE P SALAS  
**ENTIDAD:** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANIT S A S  
**REGIMEN:** CONTRIBUTIVO  
**COD. SGSSS:** EPS005  
**TIPO DE USUARIO:** COTIZANTE  
**NIVEL DE USUARIO:** NIVEL I

**ACUDIENTE:** ANDREA BURBANO  
**DIR. ACUDIENTE:**  
**TEL. ACUDIENTE:**

**ID. ACUDIENTE:**  
**DEP. ACUDIENTE:**

## HOJA DE INGRESO

**Vía de ingreso:** Consulta externa **Triaje:** Triaje4

### Informante

Acude solo a la consulta.

**Edad:** 40años. **Ocupación:** Celador en colegio público.

**Escolaridad:** Sin escolaridad **Estado Civil:** Soltero

**Procedencia**  
NA

**Viene Remitido?:** No

**Institucion de la que viene remitido o a la que se remite**  
NA

**Departamento Entidad Remite:** NA **Municipio Entidad Remite:** NA

**Motivo de Consulta**  
"Tuve un accidente".

**Origen de la atencion**  
Enfermedad general.

### Enfermedad actual

Paciente de 40 años quien hace cinco meses presentó accidente de tránsito conduciendo su moto; dice que al salir del hospital se sentía tranquilo, "con muchas ganas de salir adelante, inclusive tengo otro trabajo de arreglar computadores, electrónica, pongo cámaras...". Ahora la recuperación ha sido muy lenta, no tengo movilidad importante de las manos, la mandíbula también ha estado afectada. Yo siempre he sido una persona que me he valido yo solo en todo y esta situación me ha dado muy duro..., me siento en declive, me tienen que ayudar muchas cosas mías, de mi aseo..., volverme dependiente de mi pareja ha sido duro..., mentalmente siento que las cosas se me olvidan, me siento triste, ansioso, lloro a veces con facilidad, me siento mal con mucha gente, me siento como poca cosa, incapaz, envidia de la gente que hace cosas, no duermo, tengo pérdida del apetito; el médico general le formuló hace un mes escitalopram 10 mg/día y levomepromizina 40 mg/día con respuesta parcial. Tiene ideas de muerte aunque no tiene ideas suicidas elaboradas.

**Violencia:** NO **Tipo:** No Aplica

**Historia Personal y Familiar**  
Aplazado.

**Personalidad Premorbida**  
Normal.

**Experiencias Emocionalmente perturbadoras**  
El accidente de tránsito arriba descrito.

**Antecedentes Medicos**  
No.

**Antecedentes Quirurgicos**  
No.



Diagnostico Eje I **F321** EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Impresion diagnostica

Causa Externa: Enfermedad general Finalidad Consulta: No aplica

Diagnostico Eje II

NA.

Diagnostico eje IV

Buena red de apoyo.

Diagnostico Eje V (GAF)

80%

Otros Diagnosticos Medicos

No.

Intento suicida: ☐ Capacidad de Autodeterminacion:

Adecuada

Hospitalizar ?

NO

Paraclínicos Solicitados (Justificacion )

No.

Plan de Manejo ( conducta faramacologica, signos de alarma y recomednaciones, Plan Casero; Interconsultas; proximo Control)

Control en un mes con psiquiatria.

Sigue en acompañamiento psicoterapéutico con psicología.

Escitalopram sin cambios.

Se suspende levomepromazina.

Quetiapina 25 mg 0-0-1.

Destino del paciente

Domicilio

Conciliacion Medicamentosa

Fuente de la Informacion

Formula medica: ☐ Paciente-Responsable: ☒ Familia: ☐ Historia Clinica: ☐ Medico Tratante: ☐

Calidad de la Informacion

Confiable

Medicamento(Dosis-Frecuencia)

Medicamentos

Anotado.

Observacion: No.

ESCALA DE NORTON

Estado Fisico  
General:

4.Bueno

Estado  
Mental:

4.Alerta

Actividad:

4.Ambulante

Movilidad:

4.Total

Incontinencia:

4.Ninguna

Punto:

1

Riesgo de  
Ulcera:

Mayor 14 No  
Riesgo

(La firma digital es única de la persona que la usa y está bajo su control exclusivo. Puede ser verificada en Hospital San Rafael de Pasto)





NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE PASTO  
ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO  
CARRERA 26 No 19 – 96 CENTRO  
TELEFONO 7221268- 3106344952  
E-mail [notaria3pasto@hotmail.com](mailto:notaria3pasto@hotmail.com)

**ACTA DE DECLARACION EXTRAPROCESO  
ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD**

Hoy, diez (10) del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024), ante mi **ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO**, Notario Tercero del círculo de Pasto, compareció **ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD** quien se identificó con cédula de ciudadanía número 1.085.278.429 de PASTO, con el fin de rendir auto declaración de conformidad con el Decreto Ley 1557 de 1984 y artículo 442 del Código Penal, Artículo 33 de la Constitución y bajo la gravedad de juramento el compareciente prometió decir en este despacho la verdad, toda la verdad y nada más que la verdad, en lo que sepa, le conste y desee manifestar, a saber.- **AL PUNTO PRIMERO MANIFIESTO:** Que me llamo como quedo dicho, vecino (a) de PASTO, residente en MZ 11 CA 3 BR CORAZON DE JESUS, estado civil, UNION LIBRE, Profesión u Oficio INDEPENDIENTE, tengo 36 años de edad, sin más generalidades de Ley.-**AL PUNTO SEGUNDO:** Manifiesto que el 22 de marzo de 2023, mi compañero BILLY JOHN INSUASTI REYES con C.C. número 87.061.861 de Pasto, colisiono contra un taxi de PLACAS SVP 813 MARCA HYUNDAI, en la calle 18 cerca de la Universidad Mariana, en accidente mi pareja tuvo bastantes afectaciones en la parte física, mental y material, le hicieron una serie de operaciones tratamientos y terapias. Después del accidente mi compañero quedo con muchas limitaciones físicas y cognitivas yo me vi obligada a retirarme de mi trabajo, yo tenía un trabajo de un salario mínimo y dedicarme de lleno a él, él ha necesitado el acompañamiento en la parte física que incluía trasladarlo porque tuvo fracturas en los brazos y la recuperación fue larga y a nivel cognitivo ha tenido un déficit de atención con pérdida de la memoria, ya que olvida muchas cosas, por eso necesita de un acompañante para recordar todo. Además declaro que en todo este tiempo no se ha visto mejoría y se volvió dependiente y necesita que yo lo esté acompañando, en si me he vuelto una extensión de él. **EL NOTARIO ENTERA AL OTORGANTE QUE UNA VEZ FIRMADA Y AUTORIZADA LA PRESENTE DECLARACIÓN, CUALQUIER MODIFICACIÓN REQUIERE DE UNA NUEVA DECLARACIÓN EXTRA JUICIO QUE CAUSARÁ LOS DERECHOS NOTARIALES DE LEY.** Es todo lo que puedo manifestar en honor a la verdad. No siendo otro el objeto de la presente diligencia se la termina una vez leída al declarante que la acepto en todas y cada una de sus partes y en constancia firma con el suscrito Notario que da fe.- Resolución 00773 del 26 de enero de 2024.-Derechos \$18.000 más IVA \$3.420 Identificación biométrica \$5.236. Total \$26.656

**EL (LA) DECLARANTE**

*ANDREA BURBANO*  
**ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD**

**ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO,**  
Notario Tercero del Círculo De Pasto

Se le advirtió al interesado lo establecido en los Arts. 7 y 138 del Decreto 0019 de 2012; los cuales consagran la prohibición de exigir declaraciones extrajuicio, no obstante, a solicitud expresa del usuario y con fundamento en el Art. 4º del Decreto 960 de 1970 el Notario firma la presente declaración.





## AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA PARA DECLARACIÓN EXTRA-PROCESO



COD 31857

En la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, República de Colombia, el diez (10) de julio de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría tercera (3) del Círculo de Pasto, compareció: ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 1085278429.

31857-1

ANDREA BURBANO.



acde2898e7

10/07/2024 17:25:52

----- Firma autógrafa -----

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

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

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información: CONSTANCIA rendida por el compareciente con destino a: INTERESADO.



ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO

Notario (3) del Círculo de Pasto, Departamento de Nariño

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: acde2898e7, 10/07/2024 17:25:59





**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO**  
**SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE MUNICIPAL**  
**INSPECCIÓN II DE TRÁNSITO**  
**REF. PROCESO CONTRAVENCIONAL No. 5200100000036290544**

**RESOLUCION No. INS2-2023-231**  
**(10 de agosto de 2023)**

En la fecha, nueve (09) de agosto de dos mil veintitrés (2023), siendo las 02:30 p.m., este Despacho de conformidad a lo ordenado mediante proveído del 10 de julio de dos mil veintitrés (2023) y encontrándose presente la doctora DIANA CAROLINA BURBANO CHAMORRO, en su calidad de apoderado del presunto infractor BILLY JHONN INSUASTY REYES, se reanuda la audiencia pública con la finalidad de evacuar los interrogatorios ordenados al agente de tránsito CARLOS LOPEZ con Placa No. 033 de la STTMP y al médico perito JHON JAIRO MUÑOZ RUALES, como también al testigo BOLIVAR JOJOA, en este estado de la diligencia la señora apoderada solicita la palabra, la cual le es concedida y en uso de la misma, manifiesta: Señor Inspector con el debido respeto me permito manifestar ante su Despacho, que la suscrita apoderada desiste de las pruebas solicitadas y en su lugar, eleva solicitud de nulidad de orden de comparendo en razón a la afectación al debido proceso, derecho fundamental de mi prohijado, petición que fundamento en el hecho de que el formato de la prueba clínica de alcoholemia diligenciado por el médico perito, no cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento Técnico Forense para la determinación del estado clínico de embriaguez aguda, establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, habida cuenta que el formato allegado a la presente investigación es una fotocopia de estos formatos y además, no tiene número consecutivo o de radicación del asunto, como también por la vulneración al debido proceso, teniendo en cuenta las graves lesiones que sufrió mi prohijado en el accidente de tránsito, en razón de lo cual y por encontrarse inconsciente por las lesiones sufridas, era imposible que haya dado su consentimiento para la realización de la prueba clínica. Consecuencialmente, al declararse la nulidad del procedimiento clínico adelantado, solicito que se declare la orden comparencial que le fue impuesta, procediéndose a exonerar de la responsabilidad contravencional endilgada a mi prohijado.

Teniendo en cuenta el desistimiento de la practica de las pruebas solicitadas por la defensa, este Despacho encuentra viable la solicitud y en razón de ello, acepta el desistimiento de las pruebas correspondientes a las declaraciones testimoniales de los señores CARLOS LOPEZ con Placa No. 033 de la STTMP y al médico perito JHON JAIRO MUÑOZ RUALES y del testigo BOLIVAR JOJOA, decisión que se notifica por estrados. CUMPLASE: FABIO ANTONIO PUERRES DELGADO, Inspector Segundo de Tránsito Municipal de Pasto.

Seguidamente el Despacho procede a resolver el incidente de nulidad formulada por la defensa, relacionado con las irregularidades presentadas en el formato de denominado: "INFORME PERICIAL PARA LA DETERMINACION CLÍNICA DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA", que contiene el dictamen pericial practicado a su prohijado, no cumple con los requisitos previstos en el Reglamento Técnico Forense para la Determinación del Estado de Embriaguez Aguda, emitido por el Instituto Nacional de Ciencias forenses, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

En razón de la solicitud de nulidad impetrada por la defensa dentro del presente proceso contravencional, el Despacho procede a ejercer el control de legalidad para corregir o sanear los vicios que configuren nulidades u otras irregularidades del proceso, las cuales, salvo que se trate



De hechos nuevos, no se podrán alegar en las etapas siguientes, conforme lo previsto en el artículo 132 del C. G. del P., aplicado por remisión normativa del artículo 162 de la Ley 769 de 2002; en este orden de ideas, el Despacho una vez revisada y analizadas las pruebas documentales allegadas en sobre cerrado y correspondientes a la prueba clínica de alcoholemia que dio lugar a la imposición de la orden comparencial, constata que el documento denominado "INFORME PERICIAL PARA LA DETERMINACIÓN CLINICA FORENSE DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA", el cual se encuentra diligenciado por el medico perito Dr. JHON JAIRO MUÑOZ RUALES, en el cual se registra información correspondiente al señor BILLY JHONN INSUASTY REYES, relacionada con el procedimiento clínico adelantado para establecer si el examinado se encontraba conduciendo bajo el influjo de alcohol o sustancias psicoactivas; se observa que este documento, se encuentra diligenciado en un formato fotocopiado, es decir, no es un formato original, así mismo, es un formato incompleto, ya que en su encabezamiento no se establece que corresponde al "INFORME PERICIAL PARA LA DETERMINACIÓN CLINICA FORENSE DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA", que generalmente se utiliza para esta clase de pruebas, en razón de lo cual, no aparece registrada la INFORMACION GENERAL - 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO - 3 ABORDAJE DEL CASO - 3.1. RESUMEN DE LA INFORMACION DISPONIBLE - 3.2. EXAMEN CLINICO FORENSE" y por otra parte, no aparece el número de radicación; por lo cual, a todas luces el procedimiento clínico adelantado por el médico legista, se encuentra viciado de nulidad insubsanable, por lo cual, este Despacho procederá a conceder la nulidad impetrada sin necesidad de entrar al análisis de otras situaciones que también generan nulidad en el procedimiento, en consecuencia de la nulidad de la prueba referida, de contera conlleva la nulidad de la orden comparencial impuesta al conductor infraccionado, en razón de que el comparendo se sustenta en la prueba clínica.

Las nulidades procedimentales son raigambre del debido proceso fundamental y grosso modo constituyen una garantía en favor del procesado, por tal razón, el reconocimiento de una nulidad, se enfila a corregir las actuaciones anormales que hipotéticamente rutilen en un acto, las cuales involucran a los sujetos legitimados para que manifiesten la fortuita violación de sus derechos o que su silencio valide o subsane la actuación.

Respecto, al tema de las nulidades, se encuentra previsto en el artículo 41 del CPACA, que establece: "Corrección de irregularidades en la actuación administrativa. La autoridad, en cualquier momento anterior a la expedición del acto, de oficio o a petición de parte, corregirá las irregularidades que se hayan presentado en la actuación administrativa y ajustarla a derecho, y adoptará las medidas necesarias para concluirla" (Negritas y subrayas fuera de texto).

En mérito de lo expuesto, la Inspección Segunda de Tránsito Municipal,

#### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Declarar a petición de parte, la nulidad del documento denominado: "INFORME PERICIAL PARA LA DETERMINACIÓN CLINICA FORENSE DEL ESTADO DE EMBRIAGUEZ AGUDA" y, consecuentemente, Declarar la nulidad de la Orden de Comparendo No. 52001000000036290544, impuesta por la presunta infracción al artículo 131 de la Ley 769 de 2002, numeral E3, modificado por el artículo 21 de la Ley 1383 de 2010, reformado a su vez, por el artículo 4 de la Ley 1369 de 2013, que eliminó el numeral E3 y en su lugar creo el literal "F" en el artículo 131 de la ley 769 de 2002, quedando, así: "Conducir bajo el influjo de alcohol o bajo efectos de sustancias psicoactivas", conforme lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Absolver de responsabilidad contravencional al señor BILLY JHONN INSUASTY REYES, identificado con cédula de ciudadanía No. 87061861, en su condición de conductor del vehículo de Placa QUD65F, por la infracción contenida la orden comparencial No. 52001000000036290544, de fecha 23 de marzo de 2023, de conformidad a las consideraciones expuestas en la parte motiva del presente proveído.





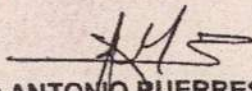
**ARTICULO TERCERO:** Ordenar la desanotación de la orden de comparendo 5200100000036290544, de fecha 23 de marzo de 2023, de las bases de datos de los sistemas de esta entidad y del SIMIT, respectivamente.

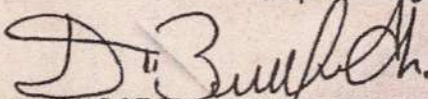
**ARTICULO CUARTO:** Contra la presente decisión procede el Recurso de Reposición y en subsidio el de Apelación ante el superior jerárquico, el cual debe ser interpuesto y sustentado dentro de la presente audiencia (Art. 142 de la Ley 769 de 2002).

**ARTICULO QUINTO:** La presente decisión se notifica por Estrados (Art. 139 Ley 769 de 2002)

Dado en San Juan de Pasto, a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil veintitrés (2023)

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

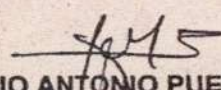
  
**FABIO ANTONIO PUERRES DELGADO**  
Inspector Segundo de Tránsito Municipal de Pasto.

  
**DIANA CAROLINA BURBANO CHAMORRO**  
Apoderada - Notificada.

**CONSTANCIA DE EJECUTORIA**

*El suscrito Inspector Segundo de la Inspección Segunda de Tránsito Municipal, deja constancia que la presente Resolución queda debidamente ejecutoriada y cobra firmeza, en consideración a que no se interpuso recurso alguno.*

Dado en San Juan de Pasto, a los diez (10) días del mes de agosto de dos mil veintitrés (2023)

  
**FABIO ANTONIO PUERRES DELGADO**  
Inspector Segundo de Tránsito Municipal de Pasto.







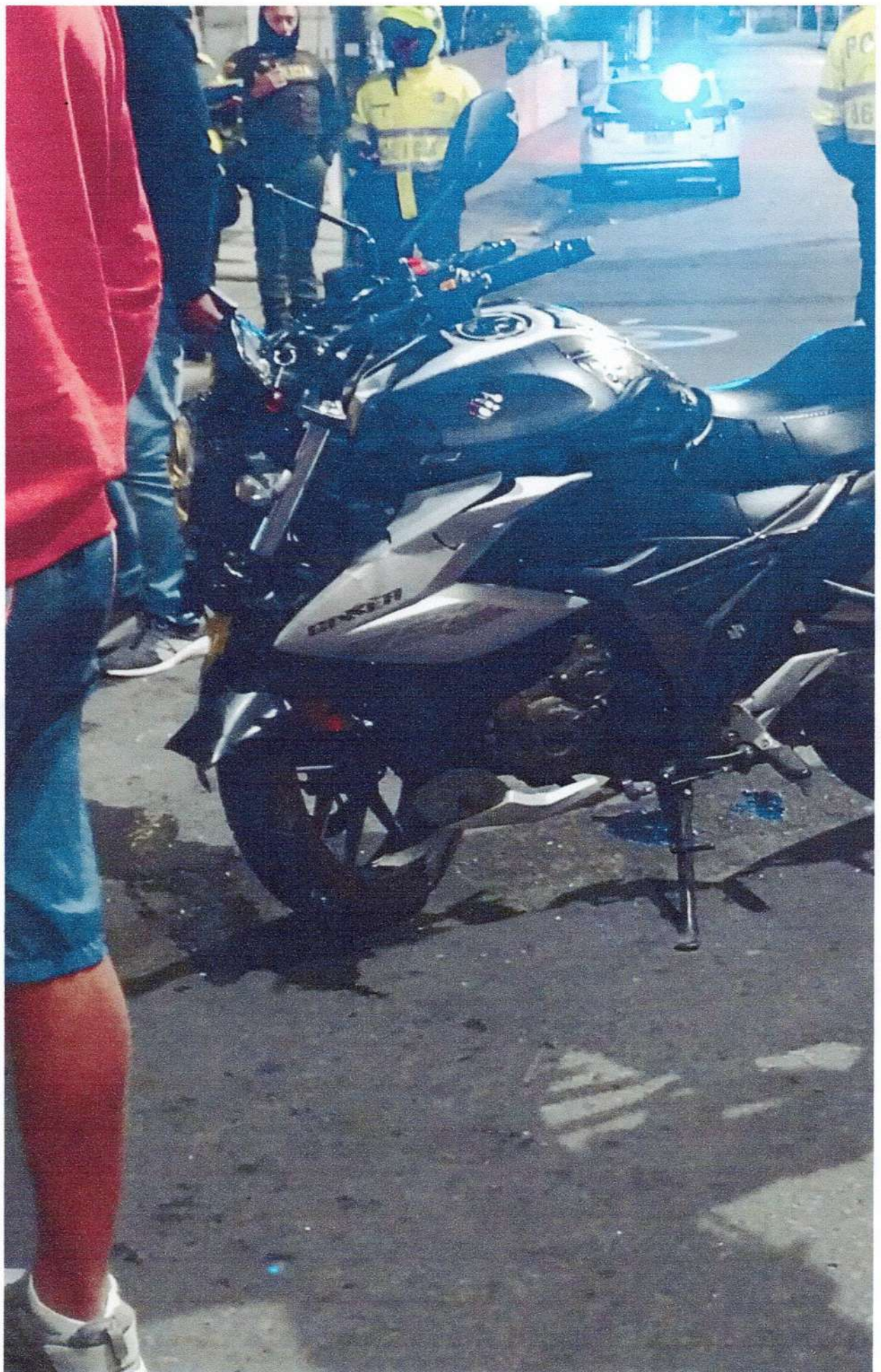






04/07/2023 12:54









04/01/2023 12:55





04/07/2023 12:54



**IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**

-----  
-----**ABOGADO**

San Juan de Pasto, julio de 2024

Señores  
**CENTRO DE CONCILIACION ALCALDIA MUNICIPAL**  
Ciudad.

**Referencia. Otorgamiento Poder**

**ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD**, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, a Usted, manifestó que **OTORGO PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**, al Doctor **IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**, abogado en ejercicio, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No 98.391.562 y portador de T. P. No 104.401 del C. S. de la J.; Para que me represente en mi calidad de Convocante, Afectado a Audiencia de Conciliación, Con el fin de Reparar los perjuicios materiales, causados a motocicleta de mi propiedad de placas **QUD 65F**. en Accidente de Tránsito de fecha 22 de marzo de 2023, específicamente en la Calle 18 con carrera 35B de San Juan de Pasto.

Mi apoderado queda facultado de conformidad CGP en especial para **CONCILIAR, TRANSAR**, recibir, sustituir, Solicitar, transigir, desistir, renunciar, nombrar defensor suplente y en general todas las demás facultades legales para mi defensa y el buen desempeño de este mandato.

Sírvase en consecuencia, tener a mi apoderado como mi representante en los términos y para los efectos del presente poder.

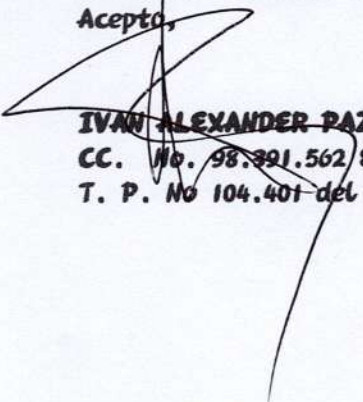
Att,



**ANDREA CAROLINA BURBANO CUASPUD**

Cedula de Ciudadanía No.1.085.278.429 Expedida en Pasto

Acepto,

  
**IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**

CC. No. 98.391.562 Exp. En Pasto

T. P. No 104.401 del C. S. de la J.

Celular 310 831 55 79

Email. [ivnpzs@gmail.com](mailto:ivnpzs@gmail.com) - San Juan de Pasto - Nariño



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.278.429  
EUFEBANO CUASPUD

ANDREA CAROLINA

WOLFF BURBANO





IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA

ABOGADO

San Juan de Pasto, julio de 2024

Señores  
**CENTRO DE CONCILIACION ALCALDIA MUNICIPAL**  
Ciudad.

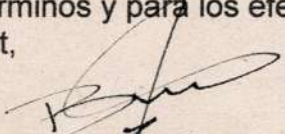
**Referencia. Otorgamiento Poder**

**BILY INSUASTY REYES**, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, a Usted, manifestó que **OTORGO PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE**, al Doctor **IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**, abogado en ejercicio, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No 98.391.562 y portador de T. P. No 104.401 del C. S. de la J.; Para que me represente en mi calidad de Convocante, Afectado a Audiencia de Conciliación, Con el fin de Reparar los perjuicios de todo tipo causados en Accidente de Transito de fecha 22 de marzo de 2023, específicamente en la Calle 18 con carrera 35B de San Juan de Pasto.

Mi apoderado queda facultado de conformidad CGP en especial para **CONCILIAR, TRANSAR**, recibir, sustituir, Solicitar, transigir, desistir, renunciar, nombrar defensor suplente y en general todas las demás facultades legales para mi defensa y el buen desempeño de este mandato.

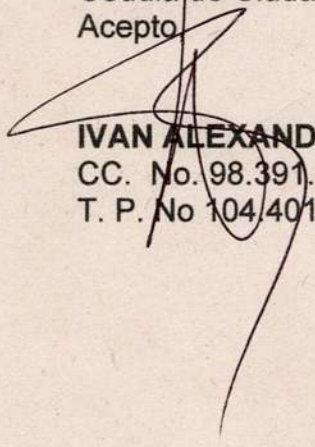
Sírvase en consecuencia, tener a mi apoderado como mi representante en los términos y para los efectos del presente poder.

Att,

  
**BILY INSUASTY REYES**

Cedula de Ciudadanía No.87.061.861 Expedida en Pasto

Acepto

  
**IVAN ALEXANDER PAZOS AGREDA**

CC. No. 98.391.562 Exp. En Pasto

T. P. No 104.401 del C. S. de la J.

Celular 310 831 55 79

Email. [ivnpzs@gmail.com](mailto:ivnpzs@gmail.com) - San Juan de Pasto - Nariño



6

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **87.061.861**  
**INSUASTY REYES**

APELLIDOS  
**BILLY JHONN**

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1983**

**CONSACA**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**

ESTATURA

**B+**

G.S. RH

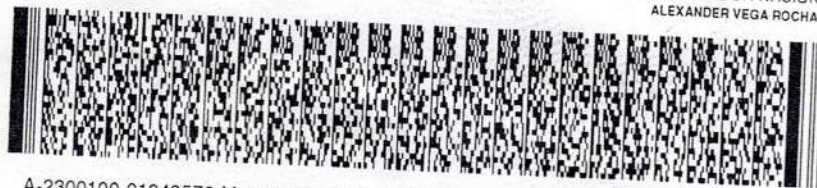
**M**

SEXO

**13-AGO-2001 PASTO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2300100-01242576-M-0087061861-20210701

0074816531A 2

9915695495



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.509.501**  
**INSUASTY RODRIGUEZ**

APELLIDOS  
**JHONATHAN DAVID**

NOMBRES



FIRMA







INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

18-JUN-2003

PASTO  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

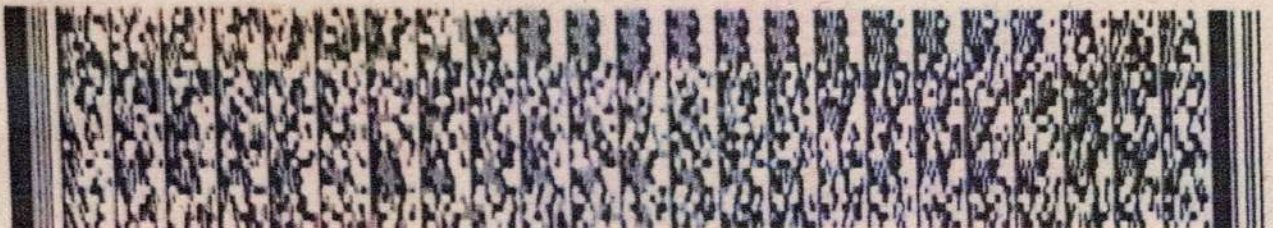
G.S. RH

SEXO

25-JUN-2021 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2300150-01249079-M-1004509501-20210810

0075236195A 1

8502276398