

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.175.585

TORRES SOLANO

APELLIDOS

BLANCA NIEVES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1963

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

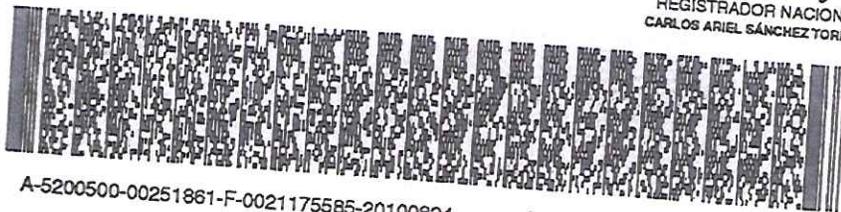
O+
G.S. RH

F
SEXO

14-DIC-1981 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200500-00251861-F-0021175585-20100824

0023541085A 1

7210918468

ENERO 01 FEBRERO 02 MARZO 03 ABRIL 04
 MAYO 05 JUNIO 06 JULIO 07 AGOSTO 08
 SEPT 09 OCTUBRE 10 NOVIEMBRE 11 DICIEMBRE 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
 REGISTRO CIVIL



Superintendencia de Notariado y Registro
 7722170

ACTA DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No
 1 Parte básica 2 Folio Compl.
 631108 970

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) Alcaldía Municipal
 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaria San Carlos de Guaroa
 Código 4200

SECCION GENERAL

5 Primer apellido Torres
 6 Segundo apellido Solano
 8 Nombres ANCA NIEVES
 9 Masculino o Femenino femenino
 10 Masculino Femenino
 11 Día 8
 12 Mes Noviembre
 13 Año 1.963
 14 País Colombia
 15 Departamento, Int., o Com. Meta
 16 Municipio S. Carlos de Guaroa

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento casa habitación area urbana
 18 Documento presentado - Antecedente (Cart. medico, Acta par. de etc.) Declaraciones a ex-rap pro-cto
 19 Hora 10.00
 20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento
 21 No. licencia
 22 Apellidos (de soltera) Solano
 23 Nombres BLASIN
 24 Edad (años) 57
 25 Identificación (clase y número) 21.196.730. S. Marín
 26 Nacionalidad Colombiana
 27 Profesión u oficio Hogar
 28 Apellidos Torres Ramirez
 29 Nombres Benito
 30 Edad (años) 68
 31 Identificación (clase y número) 2.172.115 de Purificación (T)
 32 Nacionalidad Colombiana
 33 Profesión u oficio Agricultor

34 Identificación (clase y número) 21.196.730 de S. Marín.
 35 Dirección postal S. Carlos de Guaroa
 36 Identificación (clase y número)
 37 Domicilio (Municipio)
 38 Identificación (clase y número)
 39 Domicilio (Municipio)

39 Firma (autógrafa)
 40 Firma (autógrafa)
 41 Nombre
 42 Firma (autógrafa)

FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO:
 39 Día 25
 40 Mes Febrero
 41 Año 1.983

42 Firma (autógrafa)
 43 Nombre
 44 Firma (autógrafa)
 45 Nombre



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO

No. A001051102

1. ORGANISMO DE TRANSITO 50006000

2. GRAVEDAD CON MUERTOS CON HERIDOS SOLO DAÑOS

Tranito Accion

3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRAFICAS

Avenida 23 N° 8-57

3.1 LOCALIDAD O COMUNA

Urbano

CODIGO DE RUTA

VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCION Y CIUDAD

Lat Long

4. FECHA Y HORA

24 01 2020 11:20
24 01 2020 12:00

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE CAIDA OCUPANTE
ATROPELLO INCENDIO
VOLCAMIENTO OTRO

5.1 CHOCUE CON 5.2 OBJETO FIJO

VEHICULO MURO SEMAFORO TARIMA CASITA
TREN POSTE INMUEBLE VEHICULO ESTACIONADO
REMOLQUE ARBOL HIPOFANTE OTRO
OBJETO FIJO BARANDA VALLA SENAL

6. CARACTERISTICAS DEL LUGAR

6.1 AREA 6.2 SECTOR 6.3 ZONA 6.4 DISEÑO 6.5 CONDICION CLIMATICA

7. CARACTERISTICAS DE LAS VIAS

7.1 GEOMETRICAS 7.2 UTILIZACION 7.3 CALZADAS 7.4 CARRILES
7.5 SUPERFICIE DE RODADURA 7.6 ESTADO 7.7 CONDICIONES
7.8 ILUMINACION ARTIFICIAL 7.9 CONTROLES DE TRANSITO
D. SEÑALES HORIZONTALES F. DELINEADOR DE PISO
E. REDUCTOR DE VELOCIDAD

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR APellidos y nombres DOC IDENTIFICACION No. NACIONALIDAD FECHA DE NACIMIENTO SEXO GRAVEDAD
Torres blanco Blanca Nieves C.C. 21175585 Colombia 08/11/63
Calle 9 No 391-15 Cona N°3 Accion 311558012
Licencia de conduccion No. 21175585 A2 060314 50006000

DESCRIPCION DE LESIONES
Dorso Fracturas multiples dedos mano izquierda
"Coloza e Indice" 11

8.2 VEHICULO
Marca SPIRLO Modelo 2015 SIN
Matriculado en Yopal A disposicion de Fisica
Cantidad de acompañantes o pasajeros en el momento del accidente 0
Aseguradora SURA

PROPIETARIO
Nombre Lora Flor Maria CC. 119667070
8.3 CLASE VEHICULO 8.4 CLASE DE SERVICIO 8.5 MODALIDAD DE TRANS. 8.6 RADIO DE ACCION
8.8 DESCRIPCION DE DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO
Fractura parte de la tartera y tapas y parte izquierda

8.7 FALLAS EN 8.9 LUGAR DE IMPACTO



8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR

APPELLIDOS Y NOMBRES: *Zambiano Gutierrez John Fredy CC*

DOC: *11412737* NACIONALIDAD: *Colombiana* FECHA DE NACIMIENTO: *18/07/81* SEXO: *M*

DIRECCION DE DOMICILIO: *Calle 12 N° 27-212* CIUDAD: *Bucaramanga* TELEFONO: *5000600* SE PRACTICO EXAMEN: *SI*

PORTA LICENCIA: *7* LICENCIA DE CONDUCCION No.: *11412737* CATEGORIA: *C2* RESTRICCION: *08/11/18* CODIGO OFICINA TRANSITO: *5000600* CHALECO: *SI* CASCO: *SI*

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: *[Blank]* DESCRIPCION DE LESIONES: *[Blank]*

8.2 VEHICULO

PLACA: *522568* NACIONALIDAD: *Colombiana* MARCA: *Entrincho* LINEA: *7600531* COLOR: *Naranja* MODELO: *2013* CARROCERIA: *100892828*

EMPRESA: *Nosquevia* MATRICULADO EN: *7P Pital* INMOVILIZADO EN: *Fiscalia* TARJETA DE REGISTRO No.: *1940620*

REV TEC MEC: *44761597* CANTIDAD DE ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: *0*

PORTA SOAT: *7* POLIZA No.: *2508004258042000* ASEGURADORA: *Previdora*

PORTA SEQ. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL: *SI* VENCIMIENTO: *201220* PORTA SEQ. RESP EXTRA CONTRACTUAL: *SI* VENCIMIENTO: *033169* ASEGURADORA: *Equidad*

8.3 CLASE VEHICULO

AUTOMOVIL M. AGRICOLA OFICIAL PASAJEROS COLECTIVO

BUS M. INDUSTRIAL PUBLICO INDIVIDUAL

BUSETA BICICLETA PARTICULAR MASIVO

CAMION MOTOCARRO DIPLOMATICO ESPECIAL TURISMO

CAMIONETA MOTOCICLO MIXTO ESPECIAL ESCOLAR

CAMPERO TRACCION ANIMAL CARGA ESPECIAL ASALARIADO

MICROBUS MOTOCICLO CARGA ESPECIAL OCASIONAL

TRACTOCAMION CUATRIMOTO B. RADIO DE ACCION

VOLQUETA REMOLQUE NACIONAL

MOTOCICLETA SEMI-REMOLQUE MUNICIPAL

CLASE DE MERCANCIA: *[Blank]*

8.7 FALLAS EN FRENOS DIRECCION LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSION OTRA

8.9 LUGAR DE IMPACTO FRONTAL LATERAL POSTERIOR OTRO

9. VICTIMAS, PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1

APPELLIDOS Y NOMBRES: *Uriel Iodino Guerra* DOC: *CC 17311164*

DIRECCION DE DOMICILIO: *[Blank]* CIUDAD: *[Blank]* TELEFONO: *[Blank]*

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: *[Blank]* SE PRACTICO EXAMEN: *SI* NO

DESCRIPCION DE LESIONES: *[Blank]* CINTURON: *SI* NO

CONDICION: PEATON PASAJERO ACOMPAÑANTE

GRAVEDAD: MUERTO HERIDO

10. TOTAL VICTIMAS PEATON ACOMPAÑANTE PASAJERO CONDUCTOR TOTAL HERIDOS MUERTOS

11. HIPOTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

DEL CONDUCTOR: *103* DEL VEHICULO: *[Blank]* DEL PEATON: *[Blank]*

DE LA VIA: *[Blank]* DEL PASAJERO: *[Blank]*

OTRA ESPECIFICAR ¿CUAL? *[Blank]*

12. TESTIGOS

APPELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD	TELEFONO

13. OBSERVACIONES

La hipotesis esta dirigida al conductor del Vehiculo IV 2

14. ANEXOS ANEXO 1 (Conductores, Vehiculos) ANEXO 2 (Victimas, Peatones o Pasajeros) OTROS ANEXOS (Fotos y Videos)

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO: *5217 Wilson* APPELLIDOS Y NOMBRES: *Wilson* DOC: *CC 80237987* PLACA: *002* ENTIDAD: *ITTA* FIRMA: *WBS*

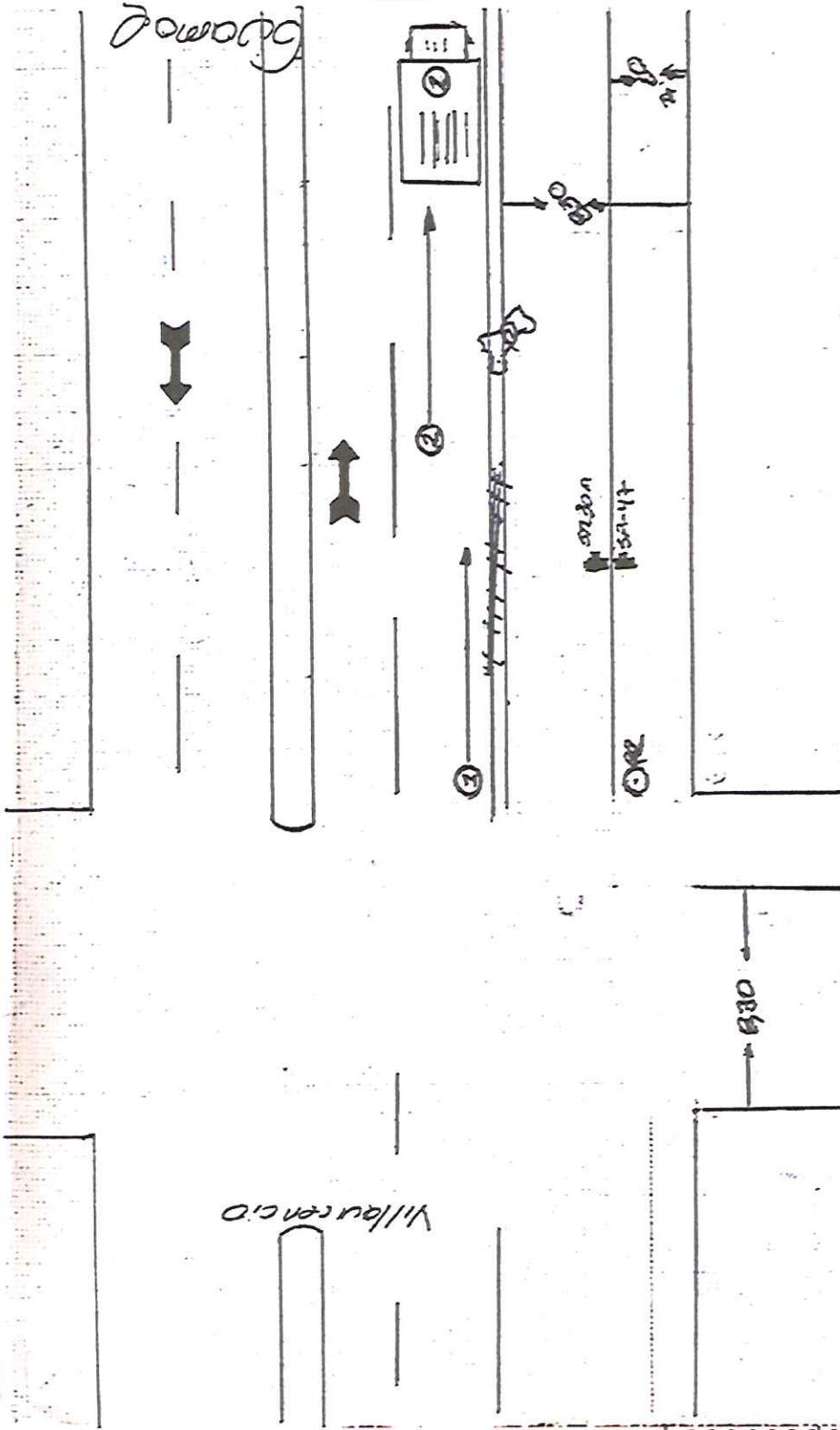
Genillo edey CC: *17477192* OIS: *ITTA*

16. CORRESPONDIO 500066000-571202000011

NUMERO UNICO DE INVESTIGACION: *500066000-571202000011* Dpto: *[Blank]* Municipio: *[Blank]* Ent: *[Blank]* U. Receptora: *[Blank]* Año: *[Blank]* Consecutivo: *[Blank]*



17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRÁFICO)
 INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO No. A001051102



FORMA CONTINUA DEL ÚLTIMO TESTIGO 02

N°	0.3" x 1"	IDENTIFICACION DEL PUNTO
1	2.20	THAM HI
2	2.60	FHAM HI
3	3.00	60 VU HI
4	3.40	60 VU HI
5	3.80	60 VU HI
6	4.20	60 VU HI
7	4.60	60 VU HI
8	5.00	60 VU HI
9	5.40	60 VU HI
10	5.80	60 VU HI
11	6.20	60 VU HI
12	6.60	60 VU HI
13	7.00	60 VU HI
14	7.40	60 VU HI
15	7.80	60 VU HI
16	8.20	60 VU HI
17	8.60	60 VU HI
18	9.00	60 VU HI
19	9.40	60 VU HI
20	9.80	60 VU HI
21	10.20	60 VU HI
22	10.60	60 VU HI
23	11.00	60 VU HI
24	11.40	60 VU HI
25	11.80	60 VU HI

FORMA CONTINUA DEL ÚLTIMO TESTIGO 02

N°	MEDIDAS	CM	TIPO DE MARCA
1	184		HAM VU HI

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE
 GRABO: Paulo José Wilson APELLIDOS Y NOMBRES

16. CORRIE SPONDIO
 NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN: 15712020 Tipo: Abn Municipio: El Estero

PLACA: 01F 377A ENTIDAD: HTA FIRMA: [Signature]

ESCALA: [Scale] PLANO: [Scale] VISTA: [Scale]





EL SUSCRITO FISCAL TREINTA Y DOS DELEGADO
ANTE JUECES PROMISCUOS MUNICIPALES DE
ACACIAS - META

CERTIFICACION

Que a esta Unidad de Fiscalía 32 Delegada, por Asignación le correspondió conocer las Noticias Criminal 500066000571202000011, siendo víctima Blanca Nieves Torres Solano, indiciado Jhon Fredy Zambrano Gutierrez, Delito Lesiones Personales Culposas, hechos ocurridos el día 24 de enero de 2020.

Una vez revisado el sistema Penal Acusatorio SPOA, la noticia criminal se encuentra en estado ACTIVA, Una vez sea levantado el aislamiento preventivo por COVI-19 y se dicten directrices para la atención al público de manera presencial, se citara a diligencia de Conciliación y de traslado de Escrito de Acusación de acuerdo a la Ley 1826 de 2017 procedimiento Abreviado.

Se expide la presente a los once (11) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2021) a solicitud de la Abogada de la víctima SANDRA MILENA MORENO REYES.

MILTON RENE GUTIERREZ BAUTISTA
Fiscal Treinta y dos Local de Acacias Meta



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10017928228

PLACA SZZ568	MARCA INTERNATIONAL	LÍNEA 7600 SBA	MODELO 2013
CILINDRADA CC 10.831	COLOR NARANJA	SERVICIO PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO VOLQUETA	TIPO CARROCERÍA PLATON	COMBUSTIBLE DIESEL	CAPACIDAD Kg/PSI 16580
NÚMERO DE MOTOR 35300311	REG N	VIN 3HTWYAHT1DN198398	
NÚMERO DE SERIE *****	REG N	NÚMERO DE CHASIS 3HTWYAHT1DN198398	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) LADINO GUEVARA URIEL	IDENTIFICACIÓN C.C. 17311164		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 482012000205400	ME I	FECHA IMPORT. 11/05/2012
LIBITACION A LA PROPIEDAD *****		PUERTAS 2
FECHA MATRÍCULA 08/06/2012	FECHA EXP. LIC. TTD. 07/03/2019	FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRÁNSITO STRIA TTEYMOV CUND/MOSQUERA		



LT07000005069



REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO
HISTÓRICO PROPIETARIOS

Página 1 de 1

Solicitud No. 773698

Identificación : SZZ568

Expedido el 09 de abril de 2021 a las 05:26:12 PM

"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA HISTORIA DE LOS PROPIETARIOS DEL VEHÍCULO
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"

HISTÓRICO DE PROPIETARIOS

Tipo Documento	Nro. Documento	Nombres	Fecha Inicio	Fecha Fin
NIT	860007738	BANCO POPULAR S.A	08/06/2012	05/03/2019
C.C.	17311164	URIEL LADINO GUEVARA	05/03/2019	ACTUAL

AVISO LEGAL: El histórico de propietarios no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.



09 de abril de 2021 a las 05:26:12 PM



**REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO
HISTÓRICO VEHICULAR**

Página 1 de 3

Histórico vehicular generado con la solicitud No. 773698

Identificación : SZZ568

Expedido el 09 de abril de 2021 a las 05:26:09 PM

**"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA SITUACIÓN DEL VEHICULO HASTA LA FECHA
Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"**

DATOS LICENCIA DE TRÁNSITO

Nro. Licencia de tránsito	10017928228	Autoridad de tránsito	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
Fecha Matrícula	08/06/2012	Estado Licencia	ACTIVO

DATOS ACTA DE IMPORTACIÓN

Nro. Acta importacion	482012000205400	Fecha Acta importación	11/05/2012
-----------------------	-----------------	------------------------	------------

CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

Nro. Placa	SZZ568	Nro. Motor	35300311		
Nro. Serie		Nro. Chasis	3HTWYAHT1DN198398		
Nro. VIN	3HTWYAHT1DN198398	Marca	INTERNATIONAL		
Linea	7600 SBA	Modelo	2013		
Carrocería	PLATON	Color	NARANJA		
Clase	VOLQUETA	Servicio	PÚBLICO		
Cilindraje	10831	Tipo de Combustible	DIESEL		
Importado	SI	Estado del vehículo	ACTIVO		
Radio Acción		Modalidad Servicio	CARGA		
Nivel Servicio	NO APLICA				
Regrabación motor	NO	No. Regrabación motor	NO APLICA		
Regrabación chasis	NO	No. Regrabación chasis	NO APLICA		
Regrabación serie	NO	No. Regrabación serie	NO APLICA		
Regrabación VIN	NO	No. Regrabación VIN	NO APLICA		
Tiene gravamen	NO	Vehículo rematado	NO	Tiene medidas cautelares	NO
Revisión Técnico-Mecánica vigente	SI	Tiene Seguro Obligatorio Vigente	SI		
Tiene Póliza de responsabilidad civil contractual y extracontractual					NO

DATOS ACTA DE REMATE

Nro. Acta de remate	NO APLICA	Fecha Acta remate	NO APLICA
---------------------	-----------	-------------------	-----------

AVISO LEGAL: El histórico vehicular no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.



09 de abril de 2021 a las 05:26:09 PM



**REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO
HISTÓRICO VEHICULAR**

Página 2 de 3

Histórico vehicular generado con la solicitud No. 773698

Identificación : SZZ568

Expedido el 09 de abril de 2021 a las 05:26:09 PM

**"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA SITUACIÓN DEL VEHICULO HASTA LA FECHA
Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"**

GARANTÍAS A FAVOR DE

Persona natural	NO APLICA
Persona Jurídica	NO APLICA
Fecha de Inscripción	NO APLICA

SOAT

No. Póliza	Fecha Inicio Vigencia	Fecha Fin Vigencia	Entidad que expide SOAT	Vigente
2508004285651000	15/06/2020	14/06/2021	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	SI
2508004258042000	15/06/2019	14/06/2020	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO

REVISIÓN TECNICO MECANICA

Tipo de Revisión	Fecha Expedición	Fecha Vigencia	CDA expide RTM	Vigente
REVISION TECNICO-MECANICO	24/08/2020	24/08/2021	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR LOS CENTAUROS SAS	SI
REVISION TECNICO-MECANICO	22/08/2019	22/08/2020	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR SEGURA	NO

HISTÓRICO DE PROPIETARIOS

Tipo de Propietario	Fecha Inicio	Fecha Fin
PERSONA JURÍDICA	08/06/2012	05/03/2019
PERSONA NATURAL	05/03/2019	ACTUAL

LISTA DE ACCIDENTES REGISTRADOS

Nro. Accidente	A001051102	Tipo de Accidente	CHOQUE
Fecha Accidente	24/01/2020	Area	NO REGISTRA
Nro. Accidente	C1403983	Tipo de Accidente	CHOQUE
Fecha Accidente	03/11/2013	Area	NO REGISTRA

SOLICITUDES

No. Solicitud	Fecha	Estado	Trámite(s)	Entidad
142954915	24/08/2020	APROBADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR LOS
136941780	30/01/2020	AUTORIZADA	Tramite certificado tradicion,	STRIA TTEyMOV CUNDINAMARCA/COTA

AVISO LEGAL: El histórico vehicular no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.



09 de abril de 2021 a las 05:26:09 PM



**REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO
HISTÓRICO VEHICULAR**

Página 3 de 3

Histórico vehicular generado con la solicitud No. 773698

Identificación : SZZ568

Expedido el 09 de abril de 2021 a las 05:26:09 PM

**"ESTE DOCUMENTO REFLEJA LA SITUACIÓN DEL VEHICULO HASTA LA FECHA
Y HORA DE SU EXPEDICIÓN"**

SOLICITUDES

No. Solicitud	Fecha	Estado	Trámite(s)	Entidad
130338455	22/08/2019	AUTORIZADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO
123921895	05/03/2019	AUTORIZADA	Tramite traspaso,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
123940157	05/03/2019	RECHAZADA	Tramite traspaso,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
116296657	22/08/2018	AUTORIZADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO
109745842	21/02/2018	AUTORIZADA	Tramite certificado tradicion,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
105820113	15/11/2017	AUTORIZADA	Tramite certificado tradicion,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
103980916	25/09/2017	AUTORIZADA	Tramite certificado tradicion,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
102738606	24/08/2017	AUTORIZADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO
88373284	22/08/2016	AUTORIZADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO
72611506	06/08/2015	AUTORIZADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO
56446071	08/08/2014	AUTORIZADA	Tramite revision tecnico mecanica,	CENTRO NACIONAL DE DIAGNOSTICO
44251691	06/11/2013	AUTORIZADA	Tramite certificado tradicion,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA
26114413	08/06/2012	AUTORIZADA	Tramite matricula inicial,	STRIA TTEyMOV CUND/MOSQUERA

INFORMACIÓN DE CARGA

Vehículo se encuentra Postulado	NO	Motivo Postulación	NO REGISTRA
Tiene certificado de Desintegración	NO	Nro. Certificado Desintegración	NO REGISTRA
Entidad Desintegradora	NO REGISTRA		
Tiene Certificado de Dijn	NO REGISTRA	Vehículo fue objeto de Reposición	NO

AVISO LEGAL: El histórico vehicular no reemplaza el certificado de tradición que expiden los organismos de tránsito. Se precisa que la información suministrada es la que se encuentra en el Registro Único Nacional de Tránsito al momento de la consulta y a su vez la información contenida en el registro es producto de los reportes efectuados por los diferentes Organismos de Tránsito, Direcciones Territoriales, entre otros actores, quienes son los responsables de reportar información al RUNT y de su actualización. Por lo que la Concesión RUNT S.A. no asume responsabilidad alguna de la veracidad de la información.



09 de abril de 2021 a las 05:26:09 PM

**SEGURO
AUTOS PESADOS INDIVIDUAL**

PÓLIZA
AA033169

FACTURA
AA130740



INFORMACIÓN GENERAL

CCO. PRODUCTO *Carros* PRODUCTO AUTOS PESADOS INDIVIDUAL
 CCO. AGENCIA AA130740 CERTIFICADO ? DOCUMENTO *Renovación* TEL: 37074115
 AGENCIA VILLA TRIUNFO DIRECCIÓN CALLE 15 # 276 - 35 LOCAL 2 ESPERANZA OCTAVA ETAPA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN		
14	12	2019	DESDE	28	12	2019	HOJA	24	00
			HASTA	28	12	2020	HOJA	24	00

DATOS GENERALES

TOMADOR JADRO GUEVARA UREL NETICO *37074115*
 DIRECCIÓN CALLE 12 # 21 - 02 E-MAIL ALEXLADINO@GMAIL.COM TEL: 37074115

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 15/022018-1971-P-03-10000/RP/000179-0000. EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.equidadseguros.com

LA PRESENTE PÓLIZA SE RENOVARA AUTOMATICAMENTE EL DIA DE SU VENCIMIENTO Y HASTA LA CANCELACION TOTAL DEL CREDITO OTORGADO POR LA BANCO POPULAR Y NO PODRA SER CANCELADA O REVOCADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, SIN AUTORIZACION PREVIA DEL BENEFICIARIO ONEROSO.

LA EQUIDAD SEGUROS SE OBLIGA A DAR AVISO AL BENEFICIARIO ONEROSO, EN CASO O LE DECIDA REVOCAR UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGURO, CON UNA ANTELACION NO MENOR A 30 DIAS A LA FECHA EN QUE SURTIRA EFECTO LA ANTERIOR DECISION.

EN EL EVENTO EN QUE CONFORME AL ARTICULO 1086 DEL CODIGO DE COMERCIO SE PRESENTE LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR EL NO PAGO DE LA PRIMA, LA EQUIDAD SEGUROS SE COMPROMETE A DAR AVISO ESCRITO AL BENEFICIARIO ONEROSO DENTRO DE LOS TRES DIAS HABILES SIGUIENTES A TAL TERMINACION, PARA QUE TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EL ASEGURAMIENTO DEL VEHICULO.

CLÁUSULA DE PRIMER BENEFICIARIO

SE DA LA EMPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE SINISTRO QUE AFECTE EL VEHICULO AMPARADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, LA ENTIDAD BANCO POPULAR OBRARA COMO BENEFICIARIO PREFERENCIAL HASTA POR EL RESPECTIVO MONTO DE SUS INTERESES Y ACRECENCIAS.

EN CASO DE QUE PARA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. NO SEA POSIBLE LA OBTENCION DE REFUEGOS Y/O MANO DE OBRA ESPECIALIZADA PARA LA MARCA, CUALQUIER RECLAMACION SE ATENDERA A TRAVES DE ARREGLO DIRECTO DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES DE LA ENTIDAD PARA ESTE PROCEDIMIENTO.

VICILADO

B

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MÁS INFORMACION DEL PRODUCTO CONTACTE CON NUESTRA PAGINA WEB WWW.EQUIDADSEGUROS.COM
 Linea Seguros 37074115



Junta de
Calificación de
INVALIDEZ
DEL META

FO PC 14
VERSION 2
25/04/2018



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINTRABAJO

Villavicencio, 26 de Marzo de 2021

Señor(a)(es).

SANDRA MILENA MORENO REYES
CALLE 25A No 13-49 ESTE PRIMER PISO BARRIO MARACOS
Teléfonos: 3115588122-3203740281-3214551372
Villavicencio

Señor(a)(es).

SURAMERICANA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. SOAT
CARRERA 38 No. 26C - 51 LOCAL 1 BARRIO 7 AGOSTO, VILLAVICENCIO - correocem@suramericana.com.co
Villavicencio

ASUNTO: AVISO DE NOTIFICACION PERSONAL DE DICTAMEN
RADICADO No. 14332
PACIENTE: **BLANCA NIEVES TORRES SOLANO CC. 21175585**

Reciba un cordial saludo,

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2.2.5.1.39 del decreto 1072 de 2015, procedemos el envío del aviso de notificación personal de dictamen emitido a nombre de la siguiente persona **BLANCA NIEVES TORRES SOLANO CC. 21175585**, audiencia privada del día **19 DE MARZO DE 2021**.

Con esta comunicación se remite fiel copia del original del dictamen a todos los interesados, a fin de evitar su desplazamiento hasta las instalaciones de la junta, todo ello con el fin de dar cumplimiento a las medidas preventivas sobre el COVID- 19 según la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional y conforme a las medidas adoptadas por la JUNTA mediante resolución No. 004 de marzo 17 de 2020. De igual manera, cualquier manifestación frente al dictamen lo puede realizar por cualquiera de nuestros canales de comunicación virtual:

- o **Vía Telefónica:** El área de servicio al cliente recibe todas las llamas que entran por el siguiente número: Celular: 3138709023.
- o **Vía email:** info@juntadecalificaciondelmeta.co

Vía mensaje de texto a través de la página: <http://www.juntadecalificaciondelmeta.co>

Debido a que NO es posible su comparecencia dentro de los cinco (5) días hábiles al recibo de la misma para notificarlas personalmente, todas las notificaciones de dictámenes se entenderán surtirán mediante la fijación del aviso de notificación personal durante diez (10) días hábiles posteriores a la terminación del término anterior.

Así mismo se informa que contra el dictamen NO proceden los recursos de reposición y en subsidio el de apelación, de conformidad con el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1072 DE 2015: "...3. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos **no procederán recursos**, en los siguientes casos:

3.1. Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral;

3.2. Entidades bancarias o compañía de seguros;

3.3. Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997...". (Resaltado fuera de texto).

De acuerdo con lo anterior, para conocer el término para emisión del acta de ejecutoria, deberá contar cinco días hábiles a partir del recibido del email que contiene este formato de aviso de notificación, al finalizar los 5 días, deberá contar 10 días hábiles más correspondientes a la fijación del aviso de notificación personal de dictamen, y al finalizar el término anterior, se procederá con emisión del acta de ejecutoria de dictamen.

Los días hábiles para efectos de notificación se entenderán de lunes a viernes.

Cordialmente,

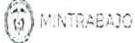
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL META
Copia: Expediente

Proyectado por: DIEGO RODRIGUEZ
C:\Users\CINDY\Documents\AVISOS DE DICTAMENES\AVISOS 15032021\BLANCA NIEVES TORRES SOLANO CC. 21175585_FORMATO AVISO NOTIFICACION SIN PRESENCIA DEL NOTIFICADO POR COVID19 SIN RECURSO V.1.docx

Calle 35 No 41-39 Barrio el Barzal Teléfono 6662070 Celular 3138709023
info@juntadecalificaciondelmeta.co <http://www.juntadecalificaciondelmeta.co/web/>
Villavicencio – Meta

JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META



 Junta de Calificación de INVALIDEZ DEL META		FORMULARIO DE DICTAMEN CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DECRETO 1507 DE 2014 FO PC 29 V-2 2/03/2020			 GOBIERNO DE COLOMBIA		 MINTRABAJO	
INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN								
Ciudad y Fecha de calificación: VILLAVICENCIO 2021-03-19					No. Radicación 14332			
Instancia actual:		Entidad califica en primera oportunidad:			Motivo de radicación:			
INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA								
Nombre JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL META		Teléfono		6662070 - 3138709023				
Dirección Calle 35 No 41-39		e-mail: info@juntadecalificaciondelmeta.co		ágina http://www.juntadecalificaciondelmeta.co				
INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD REMITENTE								
Nombre SANDRA MILENA MORENO REYES					Fecha radicación: 2021/02/03			
DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO								
Nombre BLANCA NIEVES TORRES SOLANO			No. ID:		CC 21175585		F.N:1963/11/08	
Genero	Estado Civil SOLTERA		EDAD: 57	AÑOS x	Meses		Dias	
Dirección CALLE 40 30-A66 BARRIO CENTRO				Teléfono 3115588122-3203740281-3214551372				
e-mail:		Escolaridad:	NO INFORMA		Profesion u Oficio: OPERARIA			
Tipo de vinculación al sistema				Regimen de afiliación al sistema:				
EPS: N/A		AFP: N/A		ASEGURADORA: N/A		ARL: N/A		
ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL								
Nombre empresa			Antigüedad		Cargo			
N/A			N/A		N/A			
FUNDAMENTOS DE HECHO - Documentación - valoraciones								
SEGÚN PONENCIA ANEXA								
DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN								
1. Trauma severo dedos 2,3,4, mano izquierda 2. Ruptura espontanea de tendones extensores.								
EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR								
RESULTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS Y VALORACIONES POR ESPECIALISTAS								
DEFICIENCIAS								
Nº orden	Descripción			Asignad	Capitulo, Numeral, Literal. Tabla			
1	Deficiencia por disminución de los rangos de movilidad dedos índice, medio y anular			13,00	cap.14 tabla 14.2			
2								
3								
4								
5								
6				0,00				
SUMATORIA	A+(B*(100-A)/100) Calificación Máxima Posible 100%			13,00				
Def Final	Sumatoria Deficiencia *0,5 Máximo Posible 50%			6,50				
II. ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES								
Tabla	Rol	1	2	3	4	5	6	%
1	Restricciones del rol laboral. Max 25%	0	5	0	0	0	0	5,00
2	Autosuficiencia economica. Max 2,5%	Autosuficiencia	Autos.Reajustada	Precaria.Auto suficiencia	Economica mente debil	Economicamente dependiente		1,00
		0	1	0	0	0		
3	Edad Cronologica. Max 2,5%	< 18	18<30	30<40	40<50	50<60	60 y +	2,00
		0	0	0	0	2	0	

		FORMULARIO DE DICTAMEN CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DECRETO 1507 DE 2014 FO PC 29 V-2 2/03/2020						
Total Rol Laboral Max: 30%					8,00			
CLASIFICACIÓN DE LAS OTRAS AREAS OCUPACIONALES MAXIMO 20%								
A. No Dif. No dependencia		B. Dif Leve No dep.	C. Dif.Mod. Dep Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp.Dep Gra Comp			
Tabla 6. 1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento. (Valor máximo posible 4 %)								
1	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores			A	B	C	D	E
				0	0,1	0,2	0,3	0,4
1.1	Mirar			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.2	Escuchar			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.3	Aprender a leer, escribir y calcular			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.4	Aprender a calcular			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.5	Pensar			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.6	Leer			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.7	Escribir			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.8	Calcular usando principios matematicos			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.9	Resolver problemas y tomar decisiones			0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.10	Llevar a cabo tareas simples			0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total				0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total 1							0,0	
A. No Dif. No dependencia		B. Dif Leve No dep.	C. Dif.Mod. Dep Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp.Dep Gra Comp			
Tabla 7. Categorías del area ocupacional de comunicación (Valor máximo posible 4 %)								
2	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores			A	B	C	D	E
				0	0,1	0,2	0,3	0,4
2.1	Comunicarse con recepción de Mensajes verbales			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.2	Comunicarse con recepción de Mensajes no verbales			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.3	Comunicarse, recepción de lenguaje signos formal			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.4	Comunicarse, recepcion mensajes escritos			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.5	Habla, palabras frases y parrafos			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.6	Producción de mensajes no verbales			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.7	Mensajes escritos			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.8	Iniciar y sostener conversación			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.9	Resolver problemas y tomar decisiones			0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.10	Utilización dispositivos y tecnicas de comunicación			0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total				0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total 2							0,0	
A. No Dif. No dependencia		B. Dif Leve No dep.	C. Dif.Mod. Dep Mod.	D. Dif. Sev. Dep. Sev.	E. Dif. Comp.Dep Gra Comp			
Tabla 8 -- Relacion de catagorias del area ocupacional de movilidad. (Valor máximo posible 4 %)								
3	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores			A	B	C	D	E
				0	0,1	0,2	0,3	0,4
3.1	Cambiar posturas corporales basicas y de lugar			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.2	Mantener la posición del cuerpo			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.3	Levantar y llevar objetos			0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
3.4	Uso fino de la mano			0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
3.5	Uso de la mano y el brazo			0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
3.6	Andar y desplazarse por el entorno			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.7	Desplazarse por distintos lugares			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.8	Desplazarse utilizando algun tipo de equipo			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.9	Utilización de transporte como pasajero			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.10	Conducción			0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Total				0,0	0,0	0,8	0,0	0,0



FORMULARIO DE DICTAMEN
CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD
LABORAL DECRETO 1507 DE 2014
FO PC 29 V-2 2/03/2020



Total 3 0,8

A. No Dif. No dependencia B. Dif Leve No dep. C. Dif.Mod. Dep Mod. D. Dif. Sev. Dep. Sev. E. Dif. Comp.Dep Gra Comp

Tabla 9. Relacion de categorias para el area ocupacional del cuidado personal. (Valor máximo posible 4 %)						
4	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E
		0	0,1	0,2	0,3	0,4
4.1	Lavarse	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
4.2	Cuidado de partes del cuerpo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.3	Higiene personal relacionada con procesos excreción	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.4	Vestirse	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
4.5	Quitarse la ropa	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
4.6	Ponerse el calzado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.7	Comer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.8	Beber	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.9	Cuidado de la propia salud	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4.10	Control de la dieta y la forma fisica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total		0,0	0,2	0,2	0,0	0,0

Total 4 0,4

A. No Dif. No dependencia B. Dif Leve No dep. C. Dif.Mod. Dep Mod. D. Dif. Sev. Dep. Sev. E. Dif. Comp.Dep Gra Comp

Tabla 10. Relación de las categorias para el area ocupacional de la vida doméstica. (Valor máximo posible 4 %)						
5	Nivel de Gravedad Excluyente entre los cinco indicadores	A	B	C	D	E
		0	0,1	0,2	0,3	0,4
5.1	Adquisición de lugar para vivir	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5.2	Aquisición de bienes y servicios	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5.3	Comprar	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
5.4	Preparar comidas	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
5.5	Realizar los quehaceres de la casa	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
5.6	Limpieza de la vivienda	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
5.7	Cuidado de los objetos del hogar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5.8	Ayudar a los demas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5.9	Mantenimiento de los dispositivos de ayuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5.10	Cuidado de los animales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total		0,0	0,0	0,8	0,0	0,0

Total 5 0,8

Total otras areas ocupacionales Max 20 %

2,0

Total Rol laboral, rol ocupacional y otras areas ocupacionales (Capitulo 2) Max 50%

10,0

Suma Total % PCL Deficiencias Ca(p I (50%) + Rol Titulo II (50%) Max 100%

16,5

FECHA DE ESTRUCTURACION: 24/01/2020

ETIOLOGIA	ACCIDENTE	ENFERMEDAD	ORIGEN	LABORAL	COMUN
		X			

Requiere ayuda de terceros: NO

FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1072 DE 2015, DECRETO 1507 DE 2014

DR(A). AMIRA USME SABOGAL
Integrante Principal -Médica- Esp y Magister en S.O.
R.M. 85583/97 L.O. 7345-2014

Martha Alexandra Galvis
DR(A). MARTHA ALEXANDRA GALVIS
PALACIO Integrante Principal Terapeuta
Ocupacional- ESP y Magister S.O. R.P. 3968/97
L.O. 022/2004

Wilson Contreras Pinto
Dr. WILSON CONTRERAS PINTO
Integrante Principal-Médico-ESP y Magister en S.O.
R.M. 14253/88 L.O. 0094/98

PONENCIA DE DICTAMEN

Fecha de calificación y emisión del dictamen: 2021-03-19

Número de dictamen: 14332

Nombre: BLANCA NIEVES TORRES SOLANO CC. 21175585 Años: 57 años

MEDICO PONENTE: AMIRA USME SABOGAL ACTA N° 631

Radica SANDRA MILENA MORENO REYES, solicitud de calificación de PCL para efectos de reclamación póliza soat por accidente de tránsito como conductor de motocicleta, hechos ocurridos el 24-01-2020, posterior a lo cual presento: 1. Fractura conminuta de falange distal del tercer dedo de mano izquierda 2. Avulsión de 2 y 4 dedos mano izquierda con tenorrafia de extensores.

URGENCIA de fecha 24-01-2020: "...Pérdida traumática del 85% del pulpejo dedo 2, 3 y 4, se indica RX de mano izquierda, antibióticos y analgesia..."

MEDICINA GENERAL de fecha 25-01-2020: "...Radiografía de mano hallando fractura del 3er dedo de la mano izquierda, Diagnósticos: Fracturas múltiples de los dedos de la mano, amputación traumática de dos o más dedos solamente (completa) (parcial), con avulsión de tejidos del 2do-3er y 4to dedo, además con lesión ósea asociada del 3er dedo, se da indicación de lavado y cubrimiento de la herida, continua cobertura antibiótica y se ss valoración y manejo por el servicio de cirugía de mano..."

ORTOPEDIA de fecha 27-01-2020: "...Realizan radiografía de mano hallando fractura del 3er dedo de la mano izquierda, trauma con avulsión de tejidos del 2do-3er y 4to dedo, además con lesión ósea asociada del 3er dedo, con radiografía de ingreso donde se observa fractura conminuta de falange distal del tercer dedo de mano izquierda, por lo cual se decide realizar procedimiento de osteosíntesis, Diagnóstico: Fractura conminuta de falange distal del tercer dedo de mano izquierda..."

CIRUGIA DE LA MANO de fecha 28-01-2020: "...Procedimientos: Reducción abierta de fractura en falanges de mano (una o más) con fijación interna. Tenorrafia de extensores de dedos (cada uno) ..."

RX MANO IZQUIERDA de fecha 31-01-2020: "...Hay fractura conminuta de la falange distal del 3er dedo. No se identifica la epífisis distal de la falange media de este mismo dedo y se evidencia fractura conminuta de la diáfisis del mismo. Las

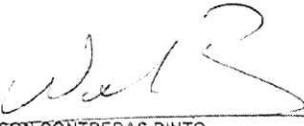
relaciones articulares se conservan. Marcado edema de los tejidos blandos del 2º y 3er y 4º dedo. Densidad ósea normal...”.

CIRUGIA PLASTICA de fecha 05-03-2020: “...Pop de 30 días, por fracturas múltiples de los dedos de la mano, que se le realizo tenorrafia del extensor del tercer dedo y osteosíntesis del 3er dedo con pin, en la actualidad no se evidencia edema, dolor o signos de infección por lo tanto se retirara pin de inmovilización y se ordena retiro de puntos y terapia física 30 sesiones y se da salida y de alta...”.

ORTOPEDIA de fecha 29-04-2020: “...RX de mano izquierda: Relación articular metacarpofalángico conservada, reabsorción ósea parcial de la falange intermedia y distal del dedo, con pérdida de realización interfalángicas distal secundaria accidente de tránsito, paciente con trauma en mano izquierda, con lesión deformativa, más fractura del tercer dedo de la mano izquierda, más limitación funcional del segundo dedo de mano izquierda que le impiden movilidad, requiere de terapia física 20 sesiones...”.

EXAMEN JUNTA: Se realiza video llamada, es diestra, MSI severa en todos los arcos de movimiento, no realiza agarres a mano llena ni pinza, movilidad dedos abolida

VALORACION POR TERAPIA OCUPACIONAL: se realiza valoración por video llamada, persona de 57 años de edad, soltera, madre de cuatro hijos, labora como operaria en planta de sacrificio de pollos, presento accidente de tránsito, lesionándose el miembro superior izquierdo, no completa arcos de movimiento en 2, 3 y 4 dedos de la mano, manifiesta dolor y pérdida de la fuerza, limitando el desarrollo de las actividades de la vida diaria, de la motricidad fina y laboral.

 <p>DR(A). AMIRA USME SABOGAL Integrante Principal -Médica - Esp S.O R.M. 85583/97 L.O. 7345-2014</p>	 <p>DR(A). MARTHA ALEXANDRA GALVIS PALACIO Integrante Principal Terapeuta Ocupacional- ESP y Magister S.O. R.P. 3968/97 L.O. 022/2004</p>
 <p>-Dr.- WILSON CONTRERAS PINTO Integrante Principal-Médico-ESP y Magister en S.O. R.M. 14253/88 L.O. 0094/98</p>	



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS
CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha Radicación:

RG

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a Glosa, marcar x en RG)

Nro. Factura / Cuenta de Cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

Código Habilitación

500060016901

Nit:

8 9 2 0 0 0 2 6 4 4

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

TORRES

SOLANO

1er Apellido

2do Apellido

BLANCA

NIEVES

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de Documento

 CE PA TI RC AS MS

No. Documento

2 1 1 7 5 5 8 5

Fecha de Nacimiento

08/11/1963

Sexo

M

Dirección de Residencia CLL 9 N 39-15 - CASA 3 BRISAS DEL PLAYON

Departamento

META

Cod 50

Teléfono 3115588122

Municipio

ACACIAS

Cod 006

Condición del Accidentado

Ocupante: Peatón: Conductor: Ciclista:

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento

Accidente de Tránsito

Evento Catastrófico

Naturales:

Sismo:

Maremoto:

Erupciones Volcánicas:

Huracán:

Inundaciones:

Avalancha:

Deslizamiento de tierra:

Incendio natura:

Terrorista:

Explosión:

Masacre:

Mina Antipersonal:

Combate:

Incendio:

Ataque a Municipios:

Otro ¿Cuál?

Dirección de la ocurrencia

AVENIDA 23 CON CALLE 8

Fecha Evento/Accidente

2 4 0 1 3 0 2 0

Hora

11:20

Departamento

META

Cod 50

Municipio

ACACIAS

Cod. 006

Zona U:

R:

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enunciar las principales características del Evento/Accidente

YO BLANCA NIEVES TORRES SOLANO EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTOCICLETA RESULTO LESIONADA AL PERDER EL EQUILIBRIO AL SUFRIR CHOQUE EN LA PARTE TRASCERA DE LA MISMA; Y ASI CAIGO EN VIA PUBLICA.

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de aseguramiento

Asegurado: No Asegurado: Vehículo Fantasma: Póliza Falsa: Vehículo en Fuga:

Marca KYMCO

Placa

S P I 9 6 D

Tipo de Servicio Particular:

 Particular: Publico: Oficial: Emergencia: Diplomático: Tranp. Masivo: Escolar:

Código de la aseguradora

AT1318

No. de la Póliza

22763494

Intervención de Autoridad

Si No

Vigencia Desde

24/05/2019

Hasta

23/05/2020

Cobro de Excedente Póliza

Si No

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

YUNADO

LOMBANA

1er Apellido o Razón Social

2do Apellido

FLOR

MARIA

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de Documento

 CE PA NIT TI RC

No. Documento

1119667050

Dirección de Residencia

CALLE 9 N 39/15 CASA 3

Departamento

META

Cod 50

Teléfono 3115588122

Municipio Residencia

ACACIAS

Cod 006

Total Folios 1



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS
EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PRESTADORES JURIDICAS - FURIPS

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

TORRES 1er Apellido SOLANO 2do Apellido
BLANCA 1er Nombre NIEVES 2do Nombre

Tipo de Documento X CEPATIRCA SCD No. Documento 21175585
Dirección de Residencia C I T I 9 N 3 9 - 1 5 - C A S A 3 1
Departamento META Cod 50 Teléfono 3115588122
Municipio Residencia A C A C T I A S Cod 006

VII. DATOS DE REMISION

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

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)
Datos del Vehículo Placa No.
Transporte de la Víctima desde Hasta
Tipo de Transporte Ambulancia básica: X Ambulancia medicada: Lugar donde recoge la Víctima Zona X R

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

Fecha de Ingreso a las Fecha de egreso a las
Código Diagnostico Principal de Ingreso Código Diagnostico Principal de Egreso
Otro Código Diagnostico de ingreso Otro Código Diagnostico de egreso
Otro Código Diagnostico de ingreso Otro Código Diagnostico de egreso
1er Apellido del Médico o Profesional tratante 2do. Apellido del Médico o Profesional tratante
1er Nombre del Médico o Profesional tratante 2do Nombre del Médico o Profesional tratante
Tipo de Documento C C C P A No. Documento
Número de Registro Médico

X. AMPAROS QUE RECLAMA

Table with 3 columns: GASTOS MEDICO QUIRURGICOS, VALOR TOTAL FACTURADO (465,700), VALOR RECLAMADO AL FOSYGA (0)
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA, VALOR TOTAL FACTURADO (351,100), VALOR RECLAMADO AL FOSYGA (0)

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

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

NUBIA ESPERANZA TORRES ROJAS
NOMBRE



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGAD

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE
ESTADO DE CUENTA

Fecha: 25/01/2020

Página 1 de 1

N° Historia 21175585 Paciente TORRES SOLANO BLANCA NIEVES
Sexo: FEMENINO Edad: 57 años
Fecha Ingreso: 24/01/2020 15:01 Fecha Salida: 24/01/2020 15:01
Administradora: SURAMERICANA DE SEGUROS S.A. Convenio: SOAT2020

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	
B05XR007701	Ringer lactato (Solucion Hartman) BOLSA 5	2.00	3,500	7,000	0
B05XR007701	Ringer lactato (Solucion Hartman) BOLSA 5	2.00	3,500	7,000	0
J01FC019701	CLINDAMICINA 600MG/4ML Amp	4.00	4,000	16,000	0
J01FC019701	CLINDAMICINA 600MG/4ML Amp	1.00	4,000	4,000	0
J01GG0037031	Gentamicina (sulfato)Amp80 mg / 2 mL de ba	3.00	1,000	3,000	0
J01GG0037031	Gentamicina (sulfato)Amp80 mg / 2 mL de ba	5.00	1,000	5,000	0
J06AT019701	Toxoide tetanicoAmp 0.5 Ml	1.00	14,500	14,500	0
MQX00000101	Cateter Hepanizado unidad	1.00	1,000	1,000	0
MQX0000021	Equipo de buretrol unidad	1.00	5,200	5,200	0
MQX0000023	EQUIPO JELCO 18	1.00	3,000	3,000	0
MQX0000027	Equipo Macrogooteo unidad	1.00	3,000	3,000	0
MQX0000033	JERINGA 10 CC	5.00	500	2,500	0
MQX0000033	JERINGA 10 CC	4.00	500	2,000	0
MQX0000045	PROLENE 3.0 UNID	4.00	16,000	64,000	0
N02AT020701	Tramadol clorhidratoAmp50 mg / mL	2.00	1,000	2,000	0
N02BA0010111	Acetaminofen Tab 500 mg	6.00	100	600	0
N02BD0267012	Dipirona Amp 2G	3.00	2,000	6,000	0
S19290	19290 Creatinina suero* orina y otros	1.00	14,000	14,000	0
S19304	19304 Cuadro hemático o hemograma hemato	1.00	24,300	24,300	0
S19749	19749 Nitrógeno uréico	1.00	11,700	11,700	0
S21101	21101 Mano* dedos* puño (muñeca)* codo* p	1.00	42,700	42,700	0
S38915	OBSERVACION URGENCIAS	1.00	66,100	66,100	0
				304,600	0.00

Valor de recuperación : 0









AVICULTORES UNIDOS DE GUAMAL
AVIGUAMAL S.A.
NIT: 900.212.368 - 1

Guamal, 21 de diciembre de 2020

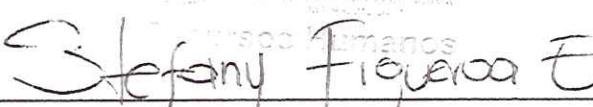
AVICULTORES UNIDOS DE GUAMAL AVIGUAMAL S.A.

CERTIFICA QUE:

La señora, **TORRES SOLANO BLANCA NIEVES** identificada con cédula de ciudadanía N° 21.175.585 De Acacias. Labora para esta empresa con un contrato a término indefinido desde el 01 de enero de 2009, desempeñando el cargo de **OPERARIO DE PLANTA**. Devengando un salario mínimo mensual legal vigente (\$877.803).

Se expide a solicitud de la interesada a los 21 días del mes de diciembre de 2020.

Cordialmente,


STEFANY MICHEL FIGUEROA ENCISO
Jefe De Recursos Humanos

AVIGUAMAL S.A.
Recursos Humanos

Carrera 10 No.12-37 Los Fundadores Guamal-Meta
E-mail: recursoshumanosaviguamal@gmail.com
Tel. (038) 6567134
Cel.320-845-9649

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21175585
NOMBRES	BLANCA NIEVES
APELLIDOS	TORRES SOLANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	ACACIAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	16/01/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/13/2019 22:45:30	Estación de origen:	192.168.70.1
---------------------	------------------------	---------------------	--------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)