

NOTARIA, REGISTRADURIA MUNICIPAL, ALCALDIA, CORREGIDURIA, ETC.
NOTARIA CUARTA - **CALI VALLE** - CODIGO 6304
 SECCION G ENERICA
 PRIMER APELLIDO: **MELO** - SEGUNDO APELLIDO: **MONTOYA** - NOMBRES: **LUZ ARGENIS**
 MASCULINO O FEMENINO: **FEMENINO** - MASCULINO FEMENINO
 FECHA DE NACIMIENTO: DIA **06** MES **SEPTIEMBRE** - CODIGO AÑO: **1975**
 PAIS: **COLOMBIA** - CODIGO DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** - CODIGO MUNICIPIO: **CALI** - CODIGO

SECCION ESPECIFICA
 CLINICA, HOSPITAL, DIRECCION DE LA CASA, VEREDA, CORREGIMIENTO, DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO: **CENTRO DE SALUD DE SILOE** - HORA: **1.45pm**
 CLASE DE CERTIFICACION PRESENTADA (MEDICA, ACTA PARROQUIAL, ETC.): **DOCTOR** - NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICO EL NACIMIENTO: **ILEGIBLE** - No. DE LICENCIA:
 APELLIDOS: **MONTOYA GUZMAN** - NOMBRES: **LUZ BELEN** - EDAD (AÑOS CUMPLIDOS): **23**
 IDENTIFICACION: **CC# 31.247850 CALI VALLE** - NACIONALIDAD: **COLOMBIANA** - PROFESION U OFICIO: **HOGAR** - CODIGO
 APELLIDOS: **MELO** - NOMBRES: **LEONARDO** - EDAD (AÑOS CUMPLIDOS): **27**
 IDENTIFICACION: **CC# 14.945.701 CALI VALLE** - NACIONALIDAD: **COLOMBIANO** - PROFESION U OFICIO: **GUARNECEDOR** - CODIGO

IDENTIFICACION CC# 14.945.701 CALI VALLE	FIRMA <i>Leonardo Melo</i>
DIRECCION POSTAL TERRON COLORADO	NOMBRE LEONARDO MELO
IDENTIFICACION	FIRMA
DOMICILIO (MUNICIPIO)	NOMBRE
IDENTIFICACION	FIRMA
DOMICILIO (MUNICIPIO)	NOMBRE
DIA 6 MES OCTUBRE - AÑO 1975	FIRMA DEL FUNCIONARIO



NOTARIA CUARTA DE CALI
LA NOTARIA ENCARGADA
CERTIFICA
 Que a petición de _____
 identificado con la c.c. _____
 Se expide la presente fotocopia del original que reposa en el
 protocolo de ésta Notaria Válida para demostrar parentesco
 ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE
LUZ MARINA VILLAFANE MUÑOZ
NOTARIA CUARTA ENCARGADA **24 ABR. 2009**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1108643916

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40100437

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código T 7 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
NOTARIA 14 CALI COLOMBIA VALLE CALI*****

Datos del inscrito

Primer Apellido GUERRERO***** Segundo Apellido MELO*****

Nombres(s) DANNA SOFIA*****

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 7 Mes S E P Día 2 7 Sexo (en letras) FEMENINO***** Grupo Sanguíneo O***** Factor RH +*****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA VALLE CALI*****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo A8259003*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MELO MONTOYA LUZ ARGENIS*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0067004951***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GUERRERO BLANCO NILTON CESAR*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0094378751***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GUERRERO BLANCO NILTON CESAR*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0094378751***** Firma *Maria Victoria Velez*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos *****

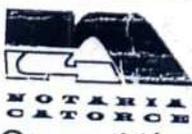
Documento de identificación (Clase y número) ***** Firma *****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos *****

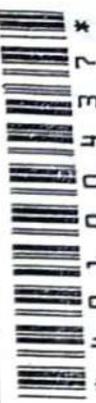
Documento de identificación (Clase y número) ***** Firma *****

Fecha de inscripción Año 2 0 0 7 Mes O C T Día 0 4 Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA VICTORIA VELEZ CASTRILLON NOTARIA (Nombre y firma)



NOTARIA CATORCE DE CALI CERTIFICA:

Que a petición del interesado: inscrito o su representante sr.(a) Hilton Guerrero se expide la presente partida que es fiel y auténtica copia del original que...



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

21761260

1219

64963

NOTARIA CATORCE. CALI VALLE DE CAUCA. 9695

6. Prácticamente nacido	7. Sexo	8. Nombres
VELEZ.	MELO	ANDRES FELIPE.
9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	11. Hora
MASCULINO	19 DICIEMBRE..	1.992
12. País	13. Municipio	
COLOMBIA.	VALLE DEL CAUCA.	CALI

14. Lugar de nacimiento	15. Hora
CENTRO INSITUTO DE LOS SELGROS SOCIALES DE CALI	7:30pm.
16. Certificado médico	17. Nombre
CERTIFICADO MEDICO	ILEGIBEL.

18. Nombre	19. Hora
MELO MONTOYA.	LUZ ARGENIS. 17
20. T.I. NO	21. Lugar de nacimiento
750906-04937 Cali(V).	COLOMBIANA. HOGAR.

22. Nombre	23. Hora
VELEZ GRIJALBA.	EDISON. 24
24. C.C No	25. Lugar de nacimiento
16. 775.299 Cali(V).	COLOMBIANO OPERARIO

26. C.C No	27. Nombre
16.775.299. Cali(V).	EDISON VELEZ GRIJALBA.
28. Avenida	
4 oeste No 16-118.	



Edison Velez Grijalba

16. AGOSTO. 1994

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



La NOTARIA CATORCE DE CALI

C e r t i f i c a :

Edison

Con a partición de *Edison Velez* con c.c No *16.775.299*

se expide la presente partida, que es fiel y auténtica copia del Original que aparece en el

tomo No *16* Social No *16* Demos. *16* de 1978 Art 113

NUIF 17z-0252868

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33252065

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraría Notaría Número 114 Computado Corregimiento Inspección de Policía Código 9695

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA VALLE DEL CAUCA CALI

Datos del inscrito Primer Apellido GUERRERO Segunda Apellido MELO Nombre(s) NILTON CÉSAR

Fecha de nacimiento Año 2001 Mes 1 Día 06 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O+ Factor RH +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA VALLE DEL CAUCA CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO No. 3548381

Datos de la madre Apellidos y nombres completos MELO MONTOYA LUZ ARGENIS Documento de identificación (Clase y número) CC No. 67004951 DE CALI - VALLE Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre Apellidos y nombres completos GUERRERO BLANCO NILTON CÉSAR Documento de identificación (Clase y número) CC No. 94378751 DE CALI - VALLE Nacionalidad COLOMBIANA

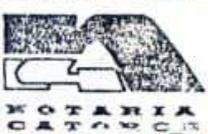
Datos del declarante Apellidos y nombres completos GUERRERO BLANCO NILTON CÉSAR Documento de identificación (Clase y número) CC No. 94378751 DE CALI - VALLE Firma X Nilton Cesar Guerrero

Datos primer testigo Apellidos y nombres completos Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo Apellidos y nombres completos Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2001 Mes 11 Día 20 Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA SOL SINISTERRA ALVAREZ

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento



La NOTARIA CATORCE DE CALI

Certifica:

Que a petición de Nilton Cesar Guerrero con c.c. No. 94378751

se expide la presente partida que es fiel y auténtica copia del Original que...

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
 REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro REGISTRO DE NACIMIENTO

16511271

IDENTIFICACION No.
 910311

3 Casa (Hospital, As. Mat. Concegnita, etc.) 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comarca 5 Ciudad
 NOARIA CATORCE CALI, VALLE DEL CAUCA Cali

SECCION GENERAL

6 Primer apellido 7 Segundo apellido 8 Nombres
 VELEZ HELO KATHERIN
 9 Masculino o Femenino 10 Masculino Femenino 11 Dia 12 Mes 13 Año
 FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO 11. MARZO 1.991
 14 Pais 15 Departamento, Int. o Com. 16 Municipio
 Colombia valle del cauca cali

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento 18 Hora
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CALI 5:15 p.
 19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parro. etc.) 20 Nombre del profesional que certifica el nacimiento 21 No. de identificación
 CERTIFICADO MEDICO FDO. ILEGIBLE
 22 Apellidos (de soltero) 23 Nombres 24 Edad actual
 HELO MONTOYA LUZ ARGENIS 15
 25 Identificación (clase y número) 26 Nacionalidad 27 Profesión u oficio
 IP No. 750996 - 04937 CALI (VALLE) COLOMBIANA: HOGAR
 28 Apellidos 29 Nombres 30 Edad actual
 VELEZ GRIJALBA EDINSON 20
 31 Identificación (clase y número) 32 Nacionalidad 33 Profesión u oficio
 C.C NO. 16.775.299 CALI (VALLE) COLOMBIANO OBRERO
 34 Identificación (clase y número) 35 Firma (autógrafa)
 C.C No. 16.775.299. CALI (VALLE)
 36 Dirección postal y municipio 37 Centro
 195a Oeste No. 19-10 B/TERRON COLOMBIANO EDINSON VELEZ GRIJALBA
 38 Identificación (clase y número) 39
 40
 41 Nombre
 42 Firma (autógrafa)
 43
 44
 45 Nombre
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



LA NOTARIA CATORCE DE CALI
 CERTIFICA

Que a petición del interesado se expide la presente partida es fiel y auténtica copia del original que aparece en el tomo No. _____ Serial No. _____ Decreto 1268 de 1978 Art. 115 Fecha _____

[Handwritten signature]

MARIA SOL SIMONERRA ALVAREZ
 NOTARIA CATORCE DE CALI



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Notaria Primera
PALMIRA

Indicativo Serial **62697567**

NUIP **1114244778**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	V	B	V
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - PALMIRA NOTARIA 1 PALMIRA									

Datos del inscrito

Primer Apellido SALAZAR					Segundo Apellido VELEZ									
Nombre(s) ISABELLA														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH							
Año	2	0	1	0	Mes	S	E	P	Día	1	7	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - PALMIRA														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos ESCRITURA PUBLICA	Número certificado de nacido vivo
--	-----------------------------------

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos VELEZ MELO KATHERIN	
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1143937226	Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos SALAZAR MORALES VICTOR HUGO	
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 94308246	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VELEZ MELO KATHERIN	
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1143937226	Firma Katherin Velez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 5 Mes E E B Día 2 7	JAI ME ANDRES CASTILLO

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que hizo el reconocimiento
Firma 94308246	JAI ME ANDRES CASTILLO

ESPACIO PARA NOTAS
SERIAL REEMPLAZA A: SERIAL: 0043976790 / FECHA DE INSCRIPCIÓN: 05/10/2010
OTRO: EP - MEDIANTE EP NO 221 DE FEBRERO 18 DE 2025 DE LA NOTARIA PRIMERA DE PALMIRA (V): 27/02/2025
Aceptación de la madre
Katherin Velez
1143937226



JAI ME ANDRES CASTILLO CADENA
NOTARIO PRIMERO DEL CIRCUITO DE PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

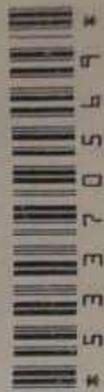


ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **53370569**

NUIP **1108569576**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría
 Notaría
 Número **02**
 Consulado
 Corregimiento
 Inspección de Policía
 Código **T 7 Y**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido **SALAZAR**
 Segundo Apellido **VELEZ**
 Nombre(s) **ANA VICTORIA**

Fecha de nacimiento

Año **2014**
 Mes **MAR**
 Día **25**
 Sexo (en letras) **FEMENINO**
 Grupo sanguíneo **0**
 Factor RH **+**

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

COLOMBIA - VALLE - CALI

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
12519625 - 5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **VELEZ MELO KATHERIN**
 Documento de identificación (Clase y número) **C.C 1.143.937.226 CALI**
 Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **SALAZAR MORALES VICTOR HUGO**
 Documento de identificación (Clase y número) **C.C 94.308.246 PALMIRA**
 Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **SALAZAR MORALES VICTOR HUGO**
 Documento de identificación (Clase y número) **C.C 94.308.246 PALMIRA**
 Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos **- - - -**
 Documento de identificación (Clase y número) **- - - -**
 Firma **- - - -**

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos **- - - -**
 Documento de identificación (Clase y número) **- - - -**
 Firma **- - - -**

Fecha de inscripción

Año **2014**
 Mes **ABR**
 Día **04**

Nombre y firma del funcionario que autoriza
PEDRO JOSE BARRETO VACA m.l.m.
NOTARIO SEGUNDO DE CALI
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento **PEDRO JOSE BARRETO VACA**
 Firma
 Nombre y firma

INSCRITO EN L.V 92 - 298

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



INFORME POLICIAL DE ACCIDENTES DE TRANSITO

No. A

1. ORGANISMO DE TRANSITO 7 6 8 9 2 0 0 0

2. GRAVEDAD

CON MUERTOS CON HERIDOS SOLO DAÑOS

secretaria movilidad yumbo

3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRAFICAS

Via panorama - Mulalo

Lat. Long.

3.1 LOCALIDAD O COMUNA

Estacion de Servicio Tarpel

4. FECHA Y HORA

19/11/2024 13:50

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE CAIDA OCUPANTE

5.1 CHOQUE CON

VEHICULO MURO SEMAFORO

5.2 OBJETO FIJO

TARIMA, CASETA

6. CARACTERISTICAS DEL LUGAR

6.1. AREA 6.2. SECTOR 6.3. ZONA 6.4. DISEÑO 6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA

7. CARACTERISTICAS DE LAS VIAS

7.1. GEOMETRICAS 7.2. SUPERFICIE DE RODADURA 7.3. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL 7.4. SEÑALES HORIZONTALES 7.5. DELINEADOR DE PISO

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR APellidos y Nombres: clays Orozco Hector Fabio

8.2 VEHICULO PLACA: CBE484

8.3 CLASE DE VEHICULO PASAJEROS

8.4 CLASE DE VEHICULO PASAJEROS

8.5 MODALIDAD DE TRANS. 8.6 RADIO DE ACCIÓN

8.7 FALLAS EN: FRENSOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA

8.8 LUGAR DE IMPACTO

8.9 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO

I. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS				VEHICULO <input checked="" type="checkbox"/>						
1.1 CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD	
Rivera Muñoz Guillermo		C.C. 76.450.057		Colombiana	03/08/62	M	MUERTO	HERIDO		
DIRECCION DE DOMICILIO		CUIDAD	TELEFONO	SE PRACTICO EXAMEN		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PSICOACTIVAS		
Carrera 4 No 14-32 B/ Bolivar		Yumbo	8137404140	AUTORIZADO		EMBRIAGUEZ		GRADO		
PORTALICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCION No.	CATEGORIA	RESTRICCION	EXP	VEN	CODIGO DE TRANSITO		CHALECO	
PORTALICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCION No.	CATEGORIA	RESTRICCION	EXP	VEN	CODIGO DE TRANSITO		CHALECO	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		DESCRIPCION DE LESIONES								
Valle Salud SUR		Múltiples politraumatismos.								
8.2 VEHICULO										
PLACA	PLACA REVOLOTE SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LINEA	COLOR	MODELO	CARROCERIA	TON	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANSITO No.
COL670		COLOMBIANO	Chevrolet spark	plata	2009	scdca		S	5	10017867942
EMPRESA	MATRICULADO EN	RMOVILIZADO EN:		TARJETA DE REGISTRO No.						
	Cali	Múltiplos y otros S.A		Monsiudad Yumbo						
REV. TEC. MEC.	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:									
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7									
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL	ASEGURADORA		VENCIAMIENTO							
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Seguros Bolivar S.A		21/09/25							
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL		ASEGURADORA		VENCIAMIENTO						
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO				
Padua Pino Thon Jairo		cc	76.747.946							
DIRECCION DE DOMICILIO		CUIDAD	TELEFONO	CINTURON	9.1 DETALLES DE LA VICTIMA					
				SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CONDICION					
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATON				
DESCRIPCION DE LESIONES		AUTORIZADO		EMBRIAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		
		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input checked="" type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		
								SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
								CHALECO		
								SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
								GRAVEDAD		
								MUERTO <input type="checkbox"/>		
								HERIDO <input type="checkbox"/>		
10. TOTAL VICTIMAS PEATON <input checked="" type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> TOTAL HERIDOS <input checked="" type="checkbox"/> MUERTOS <input type="checkbox"/>										
11. HIPOTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO										
DEL CONDUCTOR		DEL VEHICULO		DEL PEATON						
1104										
DE LA VIA				DEL PASAJERO						
OTRA		ESPECIFICAR ¿CUAL?								
12. TESTIGOS										
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD		TELEFONO				
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD		TELEFONO				
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD		TELEFONO				
13. OBSERVACIONES: El presunto responsable del accidente es el conductor del vehículo tipo furgon de placas USW 046 por adelantarse innadmiendo carril de sentido contrario. hipótesis 104.										
14. ANEXOS										
ANEXO 1. Conductores Vehículos <input type="checkbox"/> ANEXO 2. Víctimas, peatones o pasajeros <input type="checkbox"/> OTROS ANEXO (Fotos y Videos) <input type="checkbox"/>										
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE										
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA				
	Arriances Jean Carlos	cc	76.778.410	058	Yumbo	<i>JCA</i>				
16. CORRESPONDIO										
NUMERO UNICO DE INVESTIGACION		Zona	Municipio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo			

FIRMA DE COMPROMISO CON EL INFORME CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FIRMA CONDUCTOR VEHICULO O TESTIGO C.C.

FIRMA CONDUCTOR VEHICULO O TESTIGO C.C.



ANEXO N° 1
CONDUCTORES, VEHICULOS, PROPIETARIOS

PERTENECE AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO No.



8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS												
8.1 CONDUCTOR					VEHICULO							
APELLIDOS Y NOMBRES Escobar Bucheli cristiano Aljondro					DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD		
DIRECCION DE DOMICILIO					CUIDAD	TELEFONO	SE PRACTICO EXAMEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ		
PORTALGENCIA					LICENCIA DE CONDUCCION No.	CATEGORIA	RESTRICCION	EXP <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/>	CODIGO DE TRANSITO	CHALECO		
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION					DESCRIPCION DE LESIONES							
8.2 VEHICULO												
PLACA	PLACA REMOLQUE/SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LINEA	COLOR	MODELO	CARROCERIA	TON	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANSITO No.		
USW046		COLOMBIANA	Toyota Hilux Plata	2015	Furgon					10013914011		
EMPRESA		MATRICULADO EN		INMOVILIZADO EN		TARJETA DE REGISTRO No.						
Apriola automoviles Ltda		Medellin		Medellin		Multiprovechos S.A						
REV. TEC. MEC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		POLIZA No.		ASEGURADORA		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:						
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		775876276		La previosora								
PORTA SEQ. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL			VENCIAMIENTO			PORTA SEQ REP EXTRA CONTRACTUAL			VENCIAMIENTO			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
PROPIETARIO		APELLIDOS Y NOMBRES				DOC		IDENTIFICACION No.				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO												
8.3 CLASE VEHICULO		8.4 CLASE DE SERVICIO		PASAJEROS		8.5 DESCRIPCION DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO						
AUTOMOVIL <input type="checkbox"/> BUS <input type="checkbox"/> BUSETA <input type="checkbox"/> CAMION <input type="checkbox"/> CAMIONETA <input type="checkbox"/> CAMPERO <input type="checkbox"/> MICROBUS <input type="checkbox"/> TRACTOCAMION <input type="checkbox"/> VOLQUETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>		MAGRICA <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCARRO <input type="checkbox"/> MOTOCICLO <input type="checkbox"/> TRACCION ANIMAL <input type="checkbox"/> MOTOCICLO <input type="checkbox"/> CUATRIMOTO <input type="checkbox"/> REMOLQUE <input type="checkbox"/> SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>		OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> DIPLOMATICO <input type="checkbox"/> MODALIDAD DE TRANS. <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> CARGA <input type="checkbox"/> EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/> EXTRAPESADA <input type="checkbox"/> MERCANCIA PELIGROSA <input type="checkbox"/> CLASE DE MERCANCIA <input type="checkbox"/>		PASAJEROS <input type="checkbox"/> COLECTIVO <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> MASIVO <input type="checkbox"/> ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/> ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/> ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/> RADIO DE ACCION <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/>		Capó, parachoque delantero, llantas delanteras y otros daños por deficiencia.				
8.6 FALLAS EN: FRENSOS <input type="checkbox"/> DIRECCION <input type="checkbox"/> LUCES <input type="checkbox"/> BOCINA <input type="checkbox"/> LLANTAS <input type="checkbox"/> SUSPENSION <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>												
8.7 LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL <input checked="" type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>												
8.8 LUGAR DE IMPACTO:												
8.9 LUGAR DE IMPACTO:												
11. HIPOTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO												
DEL CONDUCTOR			DEL VEHICULO			DEL PEATON			DEL VIAJERO			
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
OTRA <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR ¿CUAL?												
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE												
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA			
	Juan Carlos Quintero				CC	96.788.410	058	Wumbo				
16. CORRESPONDIO												
NUMERO UNICO DE INVESTIGACION												
Día: Multiplo: Ent: U. receptora: Año: Consecutivo:												

ANEXO N° 2
VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO No.



9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>									
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACION No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
FOMEQUE CAJON MAYIA DE JESUS CA.		31.481.008	COLOMBIANA			DIA	MESES	AÑO	M F
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELEFONO		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA			
CALLE 60 N° 61N-83 MULATO		YUMBO		3107125095		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CASCO		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
La Buena Esperanza Yumbo		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>	
Múltiples politraumatismos.		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CHALECO		GRAVEDAD	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		MUERTO <input type="checkbox"/>		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>									
MILLAN FOMEQUE DEIVI		CC.1116.373.134	COLOMBIANA			03	01	1975	M F
CALLE 60 N° 61N-83 MULATO		YUMBO		317125095		CINTURÓN		CONDICIÓN	
La Buena Esperanza Yumbo		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
Múltiples politraumatismos		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CHALECO		ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		MUERTO <input type="checkbox"/>		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>									
MELO MONTAYA LUZ ARGENTIS CC		67.004.951	COLOMBIANA			06	10	1975	M F
BARRIO LA NUEVA ESTANCIA		YUMBO		3107523527		CINTURÓN		CONDICIÓN	
La Buena Esperanza Yumbo		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
Múltiples politraumatismos.		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CHALECO		ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		MUERTO <input type="checkbox"/>		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>									
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>									
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>									
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>									
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>									
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/> DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>									
13. OBSERVACIONES									
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE									
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA			
	QUINONES Juan Carlos	CC	76.778470	058	YUMBO	<i>[Firma]</i>			
16. CORRESPONDIÓ									
NUMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto	Municipio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo			



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsClxFch

Pag: 2 de 5

Fecha: 19/11/24

G. etareo: 11



HISTORIA CLÍNICA No. CC 67004951 -- LUZ ARGENIS MELO MONTOYA

Empresa: SEGUROS BOLIVAR -SOAT

Afiliado: SOAT

Fecha Nacimiento: 06/09/1975 Edad actual : 49 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 3107523521

Dirección:

CARRERA 13F # 15B21

Barrio: LA ESTANCIA

Departamento:

VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupación:

NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Grupo Poblacional: OTRO

Discapacidad: NO

EXAMEN FISICO

CABEZA NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, TOLERA DECUBITO, NO DESCOMPENSACION CARDIOPULMONAR, TORAX SIMETRICO, PULMONES BIEN VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN DEPRESIBLE SIN DEFENSA ABDOMINAL, GENITOURINARINO CONFIGURADO, EXTREMIDADES PIERNA DERECHA CON EDEMA EN TERCIO MEDIO, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS, SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

ANÁLISIS

PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAUMAS DESCRITOS, DOLOR INTENSO, SE INDICA MANEJO DE DOLOR EN OBSERVACION DE URGENCIAS, SE SOLICITA RADIOGRAFIAS DE SITIOS DE TRAUMA MAS VALORACION POR ORTOPEDIA PARA DESCARTAR LESIONES Y DEFINIR CONDUCTA

PLAN Y MANEJO

OBSERVACION DE URGENCIAS

KETOROLACO AMPX 30 MG IM AHORA

TRAMADOL AMP X 50 MG SC AHORA

SS/ RX TORAX, PIERNA DERECHA

SS/ VALORACION POR ORTOPEDIA

REVALORAR

Evolución realizada por: EDUARDO QUINTERO ARAUJO-Fecha: 19/11/24 15:20:48

DIAGNÓSTICO S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA NO ESPECIFICADO Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DE Tipo RELACIONADO

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1,00 UNIDADES	KETOROLACO AMP 30 MG/ML 30MG X ML	INTRAMUSCULAR	Ahora	NUEVO
1,00	1,00 AMPOLLA	TRAMADOL AMP 50 MG 5%	SUBCUTANEA	Ahora	NUEVO

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	Estado
1	RADIOGRAFIA DE TORAX	Pendiente
1	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	Pendiente

DERECHA

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de Orden: 19/11/2024 Ordenada

OBSERVACIONES

DESCARTAR LESIONES Y DEFINIR CONDUCTA MEDICA

RESULTADOS :



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsClxFch

Pag: 1 de 5

Fecha: 19/11/24

G. etareo: 11



HISTORIA CLÍNICA No. CC 67004951 -- LUZ ARGENIS MELO MONTOYA

Empresa: SEGUROS BOLIVAR -SOAT

Afiliado: SOAT

Fecha Nacimiento: 06/09/1975 Edad actual : 49 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 3107523521

Dirección:

CARRERA 13F # 15B21

Barrio: LA ESTANCIA

Departamento:

VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupacion:

NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Grupo Poblacional: OTRO

Discapacidad: NO

SEDE DE ATENCIÓN:	01	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA	Edad : 49 AÑOS
FOLIO	1	FECHA 19/11/2024 14:43:04	TIPO DE ATENCIÓN
URGENCIAS			

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

URGENCIA MAYOR (T3 R 5596 DE 2015) ATENCION EN 3 HORAS -

OBSERVACIONES

MOTIVO DE CONSULTA: TRAUMA EN HOMBRO IZQ, TORAX Y PIERNA DERECHA.

PACIENTE TRAAIDA POR AMBULANCA DAF.

ALERGICO: NIEGA

ANTECEDENTES: NIEGA

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 3 TRIAGE III

DIRECCIONAMIENTO:

Mayerli P.
1006537160

MAYERLI TATIANA PERILLA LOPEZ

Reg. 1006537160

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	01	HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA	Edad : 49 AÑOS
FOLIO	2	FECHA 19/11/2024 15:20:48	TIPO DE ATENCIÓN
URGENCIAS			

MOTIVO DE CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE A LA INSTITUCION EN COMPAÑIA DE PARAMEDICOS AMBULANCA EXTERNA, REFIEREN ACCIDENTE DE TRANSITO, PRESENTANDO TRAUMA EN TORAX, PIERNA DERECHA, POSTERIORMENTE DOLOR INTENSO EN SITIOS DE TRAUMA, EVA 7/10 SEGUN ESCALA DEL DOLOR, LIMITACION PARA MOVILIDAD, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO Y DEFINIR CONDUCTA MEDICA.

ANTECEDENTES

PERSONALES

Personales

PATOLOGICOS, MEDICAMENTOS, TOXICOS: NO REFIERE

ALERGICOS: NO REFIERE

QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA, SAFENECTOMIA

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS, HEMODINAMICAMENTE NORMAL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALGIDO, AFEBRIL, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS

SIGNOS VITALES:

FC: 72PPM FR: 16RPM T: 36.4°C GLASGOW 15/15 TA: 122/73MMHG SAT: 95%

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsClxFch

Pag: 3 de 5

Fecha: 19/11/24

G.eta: 11



HISTORIA CLÍNICA No. CC 67004951 -- LUZ ARGENIS MELO MONTOYA

Empresa: SEGUROS BOLIVAR -SOAT

Afiliado: SOAT

Fecha Nacimiento: 06/09/1975 Edad actual : 49 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 3107523521

Dirección:

CARRERA 13F # 15B21

Barrio: LA ESTANCIA

Departamento:

VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupacion:

NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NO

Grupo Poblacional: OTRO

Eduardo Q
CC 1097749477

EDUARDO QUINTERO ARAUJO

Reg. 1087749477

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 49 AÑOS

FOLIO 3 FECHA 19/11/2024 15:41:44 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE 49 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX -TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA NO ESPECIFICADO

PACIENTE QUE INGRESA A SALA DE OBSERVACION POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON ORDEN MEDICA ESCRITA POR DR QUINTERO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS, SE DA EDUCACION AL PACIENTE SOBRE LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR, PACIENTE NIEGA SER ALERGICO AL MEDICAMENTO, SE REALIZAN LOS CORRECTOS. SE ADMINISTRA:

KETOROLACO 1 AMP 30MG VIA IM G.D
TRAMADOL 1 AMP 50MG VIA SUBC D.I

PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZA CON BUENA TECNICA ASEPTICA Y ANTISEPTICA EN EL SITIO DE PUNSION Y PREVIO LAVADO DE MANOS. PACIENTE SE UBICA EN SALA DE OBSERVACION PARA NUEVA VALORACION MEDICA.

Nota realizada por: DIANA VALERIA GUAPACHA LONDOÑO Fecha: 19/11/24 15:41:46

Valeria Guapacha L.

DIANA VALERIA GUAPACHA LONDOÑO

Reg.

ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 49 AÑOS

FOLIO 4 FECHA 19/11/2024 16:53:33 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

folio respuesta interconsulta ortopedia

EVOLUCIÓN MÉDICO

RESPUESTA INTERCONSULTA ORTOPEDIA

PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAUMA EN TORAX, TRAUMA EN PIERNA DERECHA E IZQUIERDA.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA
800030924 - 0

RHsClxFch
Pag: 4 de 5
Fecha: 19/11/24
G. etareo: 11



HISTORIA CLÍNICA No. CC 67004951 – LUZ ARGENIS MELO MONTOYA

Empresa: SEGUROS BOLIVAR -SOAT **Afiliado:** SOAT **Estado Civil:** Soltero(a)
Fecha Nacimiento: 06/09/1975 **Edad actual:** 49 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** CARRERA 13F # 15B21
Teléfono: 3107523521 **Dirección:** VALLE
Barrio: LA ESTANCIA **Departamento:** NO APLICA
Municipio: YUMBO **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA **Grupo Etnico:** NO APLICA
Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NO **Grupo Poblacional:** OTRO

SUBJETIVO: MODULACION DE DOLOR.

EXAMEN FISICO

TORAX NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJE.
EN EXTREMIDADES AFECTADAS EN PIERNA DERECHA, PIERNA IZQUIERDA CON EDEMA LEVE, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS A LA MOVILIZACION ACTIVA.

RADIOGRAFIAS (PREVIO INFORME RADIOLOGO)

PIERNA DERECHA, PIERNA IZQUIERDA NO FRACTURAS
TORAX NO LESIONES DE VIA AEREA, NO HEMOTORAX, NO NEUMOTORAX. NO FRACTURAS ASOCIADAS

DIAGNOSTICOS

TRAUMA EN TORAX
TRAUMA EN PIERNA DERECHA E IZQUIERDA

ANALISIS

PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAUMAS DESCRITOS, RADIOGRAFIAS NO LESIONES OSEAS, SE INDICA SALIDA CON CONTROL AMBULATORIO EN DOS SEMANAS, FORMULA MEDICA, INCAPACIDAD MEDICA

Evolución realizada por: LEONARDO GABRIEL CHACIN GARCIA-Fecha: 19/11/24 16:54:16

DIAGNÓSTICO S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA NO ESPECIFICADO Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DE Tipo RELACIONADO

León
1235241144

LEONARDO GABRIEL CHACIN GARCIA

Reg. 1235241144

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN: 01 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

Edad : 49 AÑOS

FOLIO 5 FECHA 19/11/2024 17:12:05 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

ORDENES DE SALIDA.

DIAGNÓSTICO S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA NO ESPECIFICADO Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DE Tipo RELACIONADO

RECOMENDACIONES

CONTROL CONSULTA EXTERNA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
15,00	1,00 TABLETA	ACIDO ACETILSALICILICO TAB 100 MG 100MG	ORAL	24 Horas	NUEVO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: EQUINTERO



LA COORDINACIÓN DE FACTURACIÓN

CERTIFICA QUE:

Que La Sra. **LUZ ARGENIS MELO MONTOYA** Identificada con cedula de ciudadanía N° **67.004.951** de Cali fue atendida en el **HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE**, por accidente de tránsito el día 19 de noviembre del 2024, con cuenta de cobro a: **SEGUROS BOLIVAR-SOAT**.

Fecha	No Factura	Nom. Empresa	Identificación	Nombre	Total factura
19/11/2024 0:00	376267	SEGUROS BOLIVAR-SOAT	67004951	LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	288.178
25/11/2024 0:00	377613	SEGUROS BOLIVAR-SOAT	67004951	LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	40.000
28/11/2024 0:00	378848	SEGUROS BOLIVAR-SOAT	67004951	LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	57.700
TOTAL					385.878

Para constancia de lo anterior se firma en Yumbo (v) el 26 de diciembre del 2024

Helena S.

HELEN SERNA

Facturación/Cuentas Médicas



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA

800030924 - 0

RHsClx Fch
Pag: 5 de 5
Fecha: 19/11/24
Getareo: 11



HISTORIA CLÍNICA No. CC 67004951 – LUZ ARGENIS MELO MONTOYA

Empresa: SEGUROS BOLIVAR -SOAT

Afiliado: SOAT

Fecha Nacimiento: 06/09/1975 Edad actual : 49 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 3107523521

Dirección:

CARRERA 13F # 15B21

Barrio: LA ESTANCIA

Departamento:

VALLE

Municipio: YUMBO

Ocupación:

NO APLICA

Etnia: SIN PERTENENCIA ETNICA

Grupo Etnico:

Atención Especial: NO APLICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA

Grupo Poblacional: OTRO

Discapacidad: NO

12,00	1,00 TABLETA	METOCARBAMOL TABLETA 750 MG 750MG	ORAL	8 Horas	NUEVO
12,00	1,00 TABLETA	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG 500MG	ORAL	8 Horas	NUEVO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de Orden: 19/11/2024 Ordenada

OBSERVACIONES

CONTROL EN DOS SEMANAS

RESULTADOS :

Eduardo Q
CC 1087749477

EDUARDO QUINTERO ARAUJO

Reg. 1087749477

MEDICINA GENERAL

2/1/25, 18:56

MOTIVO DE SALIDA Y RECOMENDACIONES

2025-01-02 09:16 **PROFESIONAL:** yulsaner - YULIANA SANCHEZ ERASO **ESPECIALIDAD:** MEDICINA GENERAL

*** INGRESO URGENCIAS OBSERVACION ****
MC: "ME DUELE TODO"

PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO Y FUE ATENDIDA EN EL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA CON POSTERIOR TRAUMA EN PIERNA DERECHA DONDE LE REALIZAN RADIOGRAFIA LA CUAL SE ENCONTRABA EN PARAMETROS DE NORMALIDAD. SIN EMBRAGO DIAS DESPUES MANIFESTO DOLOR EN MAMA IZQUIERDA, DOLOR Y LIMITACION EN HOMBRO IZQUIERDO POR LO QUE LE MANDARON ESTUDIOS AMBULATORIOS QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE REALIZACION. INGRESA A NUESTRA INSTITUCION PARA VALORACION YA QUE PERSISTE CON DOLOR Y LIMITACION EN PIERNA DERECHA, DOLOR Y LIMITACION EN HOMBRO IZQUIERDO Y MAMA IZQUIERDA. INTENSIDAD DE DOLOR 10/10, NIEGA OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES PERSONALES:

- ** PATOLOGICOS: INSUFICIENCIA VENOSA
- ** FARMACOLOGICOS: ASA
- ** QUIRURGICOS: POMEROY, APENDICECTOMIA, LIPOMA EN SENO IZQUIERDO
- ** ALERGICOS: NIEGA
- ** TOXICOS: NIEGA

GINECOLOGICOS:

- **FUR: HACE 9 MESES

REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA: NIEGA

PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, CONSCIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

SIGNOS VITALES: TA:116/74 MMHG, FC: 82 LPM, FR: 16 RPM, SAO2: 98%, T: 36°C.PESO ESTIMADO: 100 KG

CABEZA: NORMOCEFALO

ORL: PUPILAS ISOCÓRICAS, REACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS

CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN MASAS, NI ADENOPATIAS CERVICALES, TRAQUEA CENTRADA, SIN DOLOR A LA PALPACION.

CARDIO-PULMONAR: CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS.

TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, ESTABLE, NIEGA DOLOR.

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO DOLOROSO A LA PALPACION.

EXTREMIDADES: DOLOR, LIMITACION, ERITEMA EN PIERNA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION EN ARCOS DE MOVILIDAD EN HOMBRO IZQUIERDO. OTRAS EXTREMIDADES SIMETRICAS, PULSOS DISTALES CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.

GENTU URINARIO: DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION EN MAMA IZQUIERDA CON ERITEMA

SNC: PACIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS MENTALES.

DIAGNOSTICOS:

TRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO

TRAUMA EN MAMA IZQUIERDA

TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA

-- HEMATOMA ??

TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO

SE BRINDA ANALGESIA PARA MANEJO DE DOLOR Y SE SOLICITAN IMAGENES PARA REVALORAR Y TOMAR CONDUCTAS MEDICAS ADICIONALES, PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, CONSCIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

OBSERVACION

NADA VIA ORAL

LEV SSN AL 0,9% 100 CC PCADA 8 HORAS PASO DE MEDICAMENTOS

DIPIRONA AMP X 2 GR 1 AMP IV CADA 8 HORAS

TOMA DE IMAGENES

INFORMAR SI PACIENTE PRESENTA DETERIORO NEUROLOGICO.

REVALORAR CON RESULTADOS

CSV-AC

2025-01-02 15:37 **PROFESIONAL:** valrodre - VALENTINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ **ESPECIALIDAD:** MEDICINA GENERAL

REVALORACION

DIAGNOSTICOS:

TRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO

TRAUMA EN MAMA IZQUIERDA

TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA

-- HEMATOMA 21CC

TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO

IMAGNES:

RADIOGRAFIA DE HOMBRO

DOSIS DE RADIACION: 0.736 mGy.

HALLAZGOS:

Incipiente pinzamiento y fenómeno de vacío osteo-degenerativos en la articulación acromio-clavicular.

Densidad ósea normal.

No hay fracturas ni luxaciones.

78-56
PAMA DERECHA:
El complejo piel, areola
No se observan lesiones
No se evidencian lesiones

MAMA DERECHA:

Tejido con patrón fibroglandular heterogéneo, sin áreas de distorsión.
 El complejo piel, areola-pezones no muestra alteraciones.
 No se observan lesiones focales sólidas o quísticas en el tejido glandular.
 No se evidencian lesiones sospechosas de malignidad.
 No se identifican focos de ectasia ductal.
 En el rastreo de cola mamaria y región axilar se evidencian algunos ganglios de aspecto benigno.

MAMA IZQUIERDA:

Tejido con patrón fibroglandular heterogéneo, sin áreas de distorsión.
 El complejo piel, areola-pezones no muestra alteraciones.
 No se observan lesiones focales sólidas o quísticas en el tejido glandular.
 No se evidencian lesiones sospechosas de malignidad.
 No se identifican focos de ectasia ductal.
 En el rastreo de cola mamaria y región axilar se evidencian algunos ganglios de aspecto benigno.

OPINIÓN:

1. ECOGRAFÍA MAMARIA DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.
2. CATEGORÍA BI-RADS I.

ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA DERECHA.

TÉCNICA:

Se realiza evaluación de los tejidos blandos de la pierna derecha identificándose:

HALLAZGOS:

Hay aumento del espesor y de la ecogenicidad de los tejidos blandos superficial y profundos de predominio anterior en relación a edema.
 Se identifica colección hipocóica irregular con algunos ecogénicos en su interior, sin niveles, sin señal al flujo Doppler, la cual se encuentra aproximadamente a 3.7 mm de la piel hacia la parte anterior del tercio medio de la pierna y su parte más profunda se encuentra a 21 mm. La colección mide 59 x 15 x 74 mm (T x AP x L).
 No se definen masas.

No hay compromiso intramuscular.

CONCLUSIÓN:

1. Hematoma del tejido celular subcutáneo de la parte anterior del tercio medio de la pierna derecha, parcialmente licuefacto.

PACIENTE QUIEN REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO Y FUE ATENDIDA EN EL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA CON POSTERIOR TRAUMA EN PIERNA DERECHA DONDE LE REALIZAN RADIOGRAFÍA LA CUAL SE ENCONTRABA EN PARAMETROS DE NORMALIDAD. SIN EMBARGO DIAS DESPUES MANIFESTO DOLOR EN MAMA IZQUIERDA, DOLOR Y LIMITACION EN HOMBRO IZQUIERDO POR LO QUE LE MANDARON ESTUDIOS AMBULATORIOS QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE REALIZACION. INGRESA A NUESTRA INSTITUCION AHORA CON IMAGENES QUE DESARTAN LEISIONES EN HOMBRO, MAMA, SIN EMBARGO EN LA ECOGRAFIA DE PIERNA SE OVSERA HEMATOMA a 21 mm. La colección mide 59 x 15 x 74 mm (T x AP x L). SE SOLICITA CONCEPTO POR PARTE DE ORITOPEDIA PARA DEFINIR SI REQUIERE MANEJO ADICIONAL. SE EXPLICA A APICIENTE QUIEN REFIERE ENTNDER Y ACEPTAR.

2025-01-02 18:54 **PROFESIONAL:** dencobol - DENIS EDMOND COBO OLIVEROS **ESPECIALIDAD:** TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

ORTOPEDIA

LUZ ARGENIS MELO MONTOYA
 49 AÑOS

PACIENTE CON CUADRO DE TRAUMA SOBRE PIERNA IZQUIERDA CON POSTERIOR DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL POR LO CUAL TOMAN RX.
 AL EXAMEN FÍSICO CON DOLOR EN AMAS DE PIERNA, EQUIMOSIS, EDEMA, HEMATOMA MINIMO SIN SIGNOS DE INFECCION, NO DÉFICIT VASCULAR DISTAL.
 ECOGRAFIA CON HEMATOMA DE 20 CC.
 SE CONSIDERA TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS.
 SE DEJA MANEJO CONSERVADOIR.
 SE DA SALIDA.
 PONER PAÑOS DE SULFATO DE MAGNESIO, CALENDULA.
 CONTROL 15 DIAS.
 SI PRESENTA DOLOR INTENSO O SE SIENTE MAL CONSULTAR URGENCIAS.
 INCAPACIDAD POR 15 DIAS.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
S200	CONTUSION DE LA MAMA
S400	CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S801	CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

FECHA

RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO

2025-01-02	09:16 yulsaner - YÜLIANA SANCHEZ ERASO ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL OBSERVACION NADA VIA ORAL LEV SSN AL 0,9% 100 CC PCADA 8 HORAS PASO DE MEDICAMENTOS DIPIRONA AMP X 2 GR 1 AMP IV CADA 8 HORAS TOMA DE IMAGENES
------------	--

2/1/25, 18:56

17:29 valrodro - VALENTINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
 ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL
 Solicitud Interconsulta por: TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
 **Obs: hematoma

18:55 dencobol - DENIS EDMOND COBO OLIVEROS
 ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
 Solicitud Proc No Qx: 890380-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

NO HAY RESULTADOS DE EXAMEN FISICO

REVISION POR SISTEMA DEL PACIENTE

FECHA REGISTRO

SISTEMA

OBSERVACION

General

DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION EN ARCOS DE MOVILIDAD EN PIERNA DERECHA, MAMA Y HOMBRO IZQUIERDO

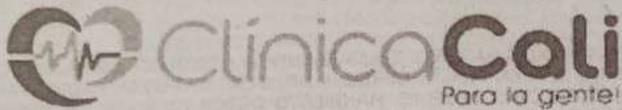
02/01/2025 09:04

YO DENIS EDMOND COBO OLIVEROS CERTIFICO QUE EL SEÑOR LUZ ARGENIS MELO MONTOYA IDENTIFICADO CON CEDULA CIUDADANIA NUMERO 67004951, HA SUFRIDO DAÑO EN SU INTEGRIDAD FISICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

PROFESIONAL : DENIS EDMOND COBO OLIVEROS
 CC - 16645161 - T.P 13210/16610-84
 ESPECIALIDAD - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

Imprimió: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS - dencobol

Fecha Impresión : 2025/1/2 - 18:56:34



RESUMEN EPICRISIS

PACIENTE: LUZ ARGENIS MELO MONTOYA		IDENTIFICACION: CC 67004951	HC: 67004951 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 6/9/1975	EDAD: 49 Años	SEXO: F	TIPO AFILIADO: Otro
RESIDENCIA: CARRERA 13F 15B 21	VALLE DEL CAUCA-CALI		TELEFONO: 3107523528
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACIÓN: SIN INFORMACION		
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:	
FECHA INGRESO: 02/01/2025 08:54 AM	FECHA EGRESO:	CAMA:	
DEPARTAMENTO: URGENC - URGENCIAS	SERVICIO: URGENCIAS		
CLIENTE: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	PLAN: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. 2025		

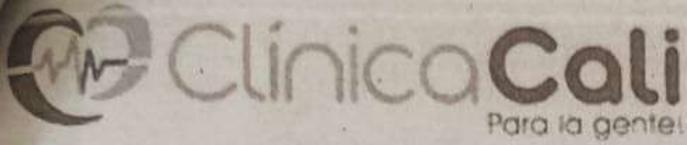
FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2025-01-02	<p>09:11 yulsaner - YULIANA SANCHEZ ERASO</p> <p>CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: Accidente de transito de origen comun</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : MC: "ME DUELE TODO"</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : **** INGRESO URGENCIAS OBSERVACION **** MC: "ME DUELE TODO"</p> <p>PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO Y FUE ATENDIDA EN EL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA CON POSTERIOR TRAUMA EN PIERNA DERECHA DONDE LE REALIZAN RADIOGRAFIA LA CUAL SE ENCONTRABA EN PARAMETROS DE NORMALIDAD. SIN EMBRAGO DIAS DESPUES MANIFESTO DOLOR EN MAMA IZQUIERDA, DOLOR Y LIMITACION EN HOMBRO IZQUIERDO POR LO QUE LE MANDARON ESTUDIOS AMBULATORIOS QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE REALIZACION. INGRESA A NUESTRA INSTITUCION PARA VALORACION YA QUE PERSSITE CON DOLOR Y LIMITACION EN PIERNA DERECHA, DOLOR Y LIMITACION EN HOMBRO IZQUIERDO Y MAMA IZQUIERDA. INTENSIDAD DE DOLOR 10/10, NIEGA OTROS SINTOMAS</p> <p>ANTECEDENTES PERSONALES: ** PATOLOGICOS: INSUFICIENCIA VENOSA ** FARMACOLOGICOS: ASA ** QUIRURGICOS: POMEROY, APENDICECTOMIA, LIPOMA EN SENO IZQUIERDO ** ALERGICOS: NIEGA ** TOXICOS: NIEGA</p> <p>GINECOLOGICOS: **FUR: HACE 9 MESES</p> <p>REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA: NIEGA</p> <p>NOTA: SE REALIZA VALORACION Y ATENCION DEL PACIENTE CON LOS IMPLEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL COMPLETOS (BATA, GORRO, MONOGAFAS, CARETA Y TAPABOCAS N95), LAVADO DE MANOS PREVIO Y POSTERIOR CONTACTO DE PACIENTE.</p> <p>PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, CONSCIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SIGNOS VITALES: TA:116/74 MMHG, FC: 82 LPM, FR: 16 RPM, SAO2: 98%, T: 36°C.PESO ESTIMADO: 100 KG</p>

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
S200	CONTUSION DE LA MAMA			YULIANA SANCHEZ ERASO	2025-01-02
S400	CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO			YULIANA SANCHEZ ERASO	2025-01-02
S801	CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA			YULIANA SANCHEZ ERASO	2025-01-02

INVERSIONES EN SALUD DEL VALLE S.A.S - CLINICA CALI NI
901714987

CLINICA CALI Avenida 3 Norte # 32AN-40, Cali, Valle del
Cauca CALI, VALLE DEL CAUCA TELEFONO: 3876910 CLINICA
CALI FAX: 3876910



Fecha : 2/01/2025

Atendio : 323 - DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Identifi: CC 67004951

Paciente: LUZ ARGENIS MELO MONTOYA

Edad : 49 Años Sexo :F HC : CC67004951

Cliente : SEGUROS GENERALES
SURAMERICANA S.A.

Plan : SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. 2025

Tipo Afiliado: Otro

Profesional: DENIS EDMOND COBO
OLIVEROS

NIVEL TRIAGE: ATENCION PRIORITARIA

Especialidad: TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

SOLICITUD DE SERVICIOS

674758 - 890380 - (1)CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Observación: 15 DIAS

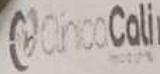
DIAGNOSTICO PRINCIPAL: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

Nombres y Apellidos del Médico: DENIS EDMOND COBO
OLIVEROS

CC - 16645161 - 13210/16610-84

Registro Medico No.: 13210/16610-84

78:56



INVERSIONES EN SALUD DEL VALLE S.A.S - CLINICA CALI
NI 901714987

CODIGO REPS: 760011564701

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No.

43558

Fecha de Solicitud 2/1/2025 - Ciudad: CALI

CLINICA CALI

Avenida 3 Norte # 32AN-40, Cali, Valle del Cauca

3876910

Informacion del Paciente:

Paciente: MELO MONTOYA LUZ ARGENTIS
No. Identificacion: CC 67004951

EPS: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
Empresa:
Afiliado:
Tipo Usuario: Otro Estrato: 0

Informacion Sobre la Incapacidad:

Fecha de Inicio: 02/01/2025 Fecha terminacion: 16/01/2025 Duracion: 15 Dia(s) Prorroga: NO
Modalidad de servicio: Intramural Grupo de servicio: Apoyo diagnostico y complementacion terapeutica
Diagnostico: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
Causa que motiva la atencion: INCAPACIDAD POR ACCIDENTE DE TRANSITO Clase de Atencion:

Presunto origen la Incapacidad: COMUN

CC 16645161

Informacion de la IPS y del Medico:

Nombre de la IPS: INVERSIONES EN SALUD DEL VALLE S.A.S - CLINICA CALI Nombre del Medico: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Diagnostico Relacionado: S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO Diagnostico Relacionado: S200 - CONTUSION DE LA MAMA Diagnostico Principal: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
Retroactivo: No Aplica

FIRMA
USUARIO:

Dcto Ident:

Firma Medico Tratante: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS
Registro MEd/Adico No.: 13210/16610-84

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	IDENTIFICACIÓN	CC 67004951
HISTORIAL CLINICA	67004951 - CC	FECHA DE NACIMIENTO	6/9/1975
EDAD	49 Años	SEXO	F
TELEFONO	3107523528	RESIDENCIA	CARRERA 13F 15B 21, VALLE DEL CAUCA-CALI
CLIENTE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	PLAN	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. 2025
TIPO AFILIADO	OTRO	SERVICIO	URGENCIAS
DEPARTAMENTO	URGEC - URGENCIAS	CAMA	
FECHA DE INGRESO	02/01/2025 08:53 AM	FECHA DE EGRESO	

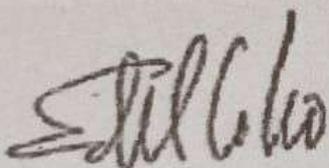
EVOLUCIÓN:	2384309	FECHA:	02/01/2025	TIPO DE ATENCIÓN:	
-------------------	---------	---------------	------------	--------------------------	--

RECOMENDACIONES

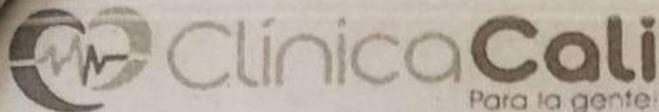
- Reconsultar si el dolor persiste a pesar de la toma de analgésicos.

RECOMENDACIONES ADICIONALES

ORTOPEDIA LUZ ARGENIS MELO MONTOYA 49 AÑOS PACIENTE CON CUADRO DE TRAUMA SOBRE PIERNA IZQUIERDA CON POSTERIOR DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL POR LO CUAL TOMAN RX. AL EXAMEN FÍSICO CON DOLOR EN AMAS DE PIERNA, EQUIMOSIS, EDEMA, HEMATOMA MINIMO SIN SIGNOS DE INFECCION, NO DÉFICIT VASCULAR DISTAL. ECOGRAFIA CON HEMATOMA DE 20 CC. SE CONSIDERA TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS. SE DEJA MANEJO CONSERVADOIR. SE DA SALIDA. PONER PAÑOS DE SULFATO DE MAGNESIO, CALENDULA. CONTROL 15 DIAS. SI PRESENTA DOLOR INTENSO O SE SIENTE MAL CONSULTAR URGENCIAS. INCAPACIDAD POR 15 DIAS.



PROFESIONAL: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS
 CC - 16645161 - T.P 13210/16610-84
ESPECIALIDAD - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA



INVERSIONES EN SALUD DEL VALLE S.A.S - CLINICA CALI NI
 901714987
 Avenida 3 Norte # 32AN-40, Cali, Valle del Cauca CALI, VALLE DEL
 CAUCA TELEFONO: 3876910 FAX: 3876910

FORMULA MEDICA N° 43078
 MEDICAMENTO(S) POS FORMULADO(S).

No. EVOLUCION	2384309	FECHA FORMULA	02/01/2025	No. INGRESO	73989
IDENTIFICACION	CC 67004951	PACIENTE	LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	EDAD 49 Años	SEXO F
CLIENTE	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	PLAN	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. 2025	TIPO AFILIADO	OTRO RANGO 0

1. ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
 DOSIS: 2 TABLETA (S) cada 8 Hora(s)
 CANTIDAD: 30 (Treinta) TABLETA (S) por 500MG
 DIAS TRATAMIENTO: 5 DIA(S)

2. NAPROXENO 250 MG TABLETA - 250MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL
 DOSIS: 1 TABLETA (S) cada 8 Hora(s)
 CANTIDAD: 15 (Quince) TABLETA (S) por 1
 DIAS TRATAMIENTO: 5 DIA(S)

VALIDEZ : 15 Días

FECHA DE VENCIMIENTO : 16/1/2025

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

REGISTRO MEDICO: 13210/16610-84

CC - 16645161 - T.P 13210/16610-84

ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Fecha Impresión : 02/01/2025 - 06:56 p

PLAN
SE CONTINUA CON SEGUIMIENTO POR LA ESPECIALIDAD
SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD
CITA DE CONTROL

EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO		FECHA
DENIS EDMOND COBO OLIVEROS		2025-02-11
TIPO SISTEMA	HALLAZGO	
General	sin alteraciones	
Cabeza y Cuello	sin alteraciones	
Torax	sin alteraciones	
Abdomen	sin alteraciones	
GenitoUrinario	sin alteraciones	
Extremidades	sin alteraciones	
Piel y Faneras	sin alteraciones	
Sistema Nervioso Central y Periferico	sin alteraciones	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
I802	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES			DENIS EDMOND COBO OLIVEROS	2025-02-11
T810	HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE			DENIS EDMOND COBO OLIVEROS	2025-02-11

SIGNOS VITALES

Fecha	Tension Arterial	Sitio T.A	Frecuencia Cardiaca	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Peso	Talla	Masa Corporal	Perimetro Abdominal	Perimetro Cefalico
11/02/2025 11:45	140/77		87	37.00	18	70.00	160	27.34375		

FECHA	ESCALA DE DOLOR										OBSERVACION		
11/02/2025 11:45	Menor Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor
		[X]											

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500MG TABLETA (S) - LAB. :VARIOS - 2101010006 (ACETAMINOFEN)	
VIA DE ADMINISTRACION: 1/2N: ORAL	FORMULA: 1/2: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS
DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)	MEDICAMENTO POS
CANTIDAD: 20 TABLETA (S) POR 500MG	
DIAS TRATAMIENTO: 10 DIA(S)	

APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA
IMAGENOLOGIA	881602	POS ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	11/2/2025 - 11:45:29
	Observacion	pierna derecha	
	Profesionales	Profesional: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS CC - 16645161 T.P - 13210/16610-84 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Orden Profesional	DENIS EDMOND COBO OLIVEROS	
Diagnosticos Presuntivos			

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS



ORDEN SERVICIO NO. 335847	Usuario Impresi?n: 4607 - DANIELA CASTILLO RIOS		
Identificaci?n: CC 67004951	Paciente: LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	Edad: 49 Años Sexo: F Fecha Nacimiento: 1975-09-06	HC: CC67004951
Fecha Sollicitud: 2025/02/11 11:45:29	Fecha Ingreso: 11/02/2025	Cama:	
Cliente: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A.	Plan: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A. 2025	Tipo Afiliado: Otro	NIVEL TRIAGE: NO APLICA

Profesional: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Diagnosticos:

682535 - 890340 - (1) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR

Valida a Partir de: 11/02/2025

Fecha Vencimiento: 12/04/2025

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: T810 - HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

Nombres y Apellidos del M?dico: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Registro M?dico No.: 13210/16610-84

PRESTADOR: CONSULTA EXTERNA -

Direcci?n: AVENIDA 3RA NORTE 22N-13

Tel?fonos:

NOMBRE: LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	IDENTIFICACION: CC 67004951	HC: 67004951 - CC	EDAD: 49 Años	SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 6/9/1975	RESIDENCIA: CARRERA 13F 15B 21	TELEFONO: 3107523528	VALLE DEL CAUCA- YUMBO	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACION: SIN INFORMACION		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: -	FACTOR RH:	
FECHA INGRESO: 10/3/2025 - 11:13:46	FECHA EGRESO: 10/3/2025 - 12:25:33	CAMA:		
DEPARTAMENTO: CONSUL - CONSULTA EXTERNA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A.	PLAN: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A. 2025	TIPO AFILIADO: Otro		
IPS: SEDE PRINCIPAL	DIRECCION:	TELEFONO IPS: 3876910		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2025-03-10	<p>12:18 dencobol - DENIS EDMOND COBO OLIVEROS</p> <p>CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: Accidente de transito de origen laboral</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL 2 CIRUGIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, REFIERE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTO TRAUMAD E AMBAS PIERNAS CON HEMATOMA EN PIERNA DERECHA EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA , DE MANEJO CON CIRUGIA ORTOPEDICA SE HIZO DOS DRENAJE DE HEMATOMA EVOLUCION IRREGULAR HA ESTADO CON DOLOR Y LIMITACION+ PRESENTO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASISTE EL DÍA DE HOY REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR Y LIMITACION Y AMAS INCOMPLETOS EN ACTIVIDADES COTIDIANA, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA CEFALÉA, NIEGA OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS O ACTUALES, NIEGA NUEVOS TRAUMAS. TIENE CITA CONTROL .</p> <p>ANTECEDENTES: PATOLÓGICOS: TROMBOFLEBITIS EN TRATAMIENTO FÁRMACOS: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA QUIRÚRGICOS: NIEGA TÓXICOS: NIEGA EXAMEN FÍSICO:</p> <p>INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, LUCE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, ORIENTADO , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.</p> <p>RX SIN FRACTURA</p> <p>REVISIÓN POR SISTEMAS: NIEGA OTROS SÍNTOMAS ACTUALES</p> <p>IMPRESIÓN DIAGNOSTICOS HEMATOMA EN PIERNAS DERECHA</p> <p>DIAGNOSTICO DE EGRESO HEMATOMA EN PIERNAS DERECHA</p> <p>ANÁLISIS PACIENTE CON HEMATOMA EN RESOLUCION PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO , CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS , EN SEGUIMIENTO EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,</p> <p>PLAN SE CONTINUA CON SEGUIMIENTO POR LA ESPECIALIDAD TERAPIAS SE DAN 30 DIAS DE INCAPACIDAD CITA DE CONTROL CON RADIOGRAFIA SE ORDENA ANALGESICOS</p>

SE ORDENA MEDIAS DE COMPRESION VENOSA

EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO		FECHA
DENIS EDMOND COBO OLIVEROS		2025-03-10
TIPO SISTEMA		HALLAZGO
General	SIN ALTERACIONES	
Cabeza y Cuello	SIN ALTERACIONES	
Torax	SIN ALTERACIONES	
Abdomen	SIN ALTERACIONES	
GenitoUrinario	SIN ALTERACIONES	
Extremidades	SIN ALTERACIONES	
Piel y Faneras	SIN ALTERACIONES	
Sistema Nervioso Central y Periferico	SIN ALTERACIONES	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
T810	HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE			DENIS EDMOND COBO OLIVEROS	2025-03-10

SIGNOS VITALES

Fecha	Tension Arterial	Sitio T.A	Frecuencia Cardiaca	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Peso	Talla	Masa Corporal	Perimetro Abdominal	Perimetro Cefalico
10/03/2025 12:04	140/77		78	37.00	18	110.00	170	38.062283737024		

ESCALA DE DOLOR

FECHA	ESCALA DE DOLOR										OBSERVACION			
10/03/2025 12:04	Menor Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor	
			[X]											

APOYOS DIAGNOSTICOS SOLICITADOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA
IMAGENOLOGIA	882317	POS ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	10/3/2025 - 12:04:49
	Observacion	DERECHO	
	Profesionales	Profesional: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS CC - 16645161 T.P - 13210/16610-84 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Orden Profesional	DENIS EDMOND COBO OLIVEROS	
	Diagnosticos Presuntivos		
IMAGENOLOGIA	882317	POS ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	10/3/2025 - 12:04:49
	Observacion	IZQUIERDO	
	Profesionales	Profesional: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS CC - 16645161 T.P - 13210/16610-84 Especialidad - TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	
	Orden Profesional	DENIS EDMOND COBO OLIVEROS	
	Diagnosticos Presuntivos		

NOMBRE: LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	IDENTIFICACION: CC 67004951	HC: 67004951 - CC	EDAD: 49 Años	SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 6/9/1975	RESIDENCIA: CARRERA 13F 15B 21	TELEFONO: 3107523528	VALLE DEL CAUCA - YUMBO	
ZONA RESIDENCIAL: Urbana	ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)	OCUPACION: SIN INFORMACION		
DIR. TRABAJO:	TEL. TRABAJO:	GRUPO SANGUINEO: - FACTOR RH:		
FECHA INGRESO: 11/2/2025 - 11:12:25	FECHA EGRESO: 11/2/2025 - 12:06:13	CAMA:		
DEPARTAMENTO: CONSUL - CONSULTA EXTERNA	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TEL.:			
CLIENTE: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A.	PLAN: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A. 2025	TIPO AFILIADO: Otro		
IPS: SEDE PRINCIPAL	DIRECCION:	TELEFONO IPS: 3876910		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2025-02-11	<p>11:53 dencobol - DENIS EDMOND COBO OLIVEROS</p> <p>CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: Accidente de transito de origen comun</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL 3 CIRUGIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, REFIERE ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTO TRAUMA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA , HEMATOMA EN PIERNA DERECHA DE MANEJO CON CIRUGIA ORTOPEDICA DRENAJE EVOLUCION SATISFACTORIA HA ESTADO CON DOLOR INTENSO Y LIMITACION</p> <p>HACE UNA SEMANA PRESENTO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PIERNA IZQUIERDA AHORA EN TRATAMIENTO MUY LIMITADA ASISTE EL DÍA DE HOY REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR Y LIMITACION Y AMAS INCOMPLETOS EN ACTIVIDADES COTIDIANA,</p> <p>ANTECEDENTES: PATOLÓGICOS: OBESIDAD INSUFICIENCIA VENOSA FÁRMACOS: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA QUIRÚRGICOS: VARICES TÓXICOS: NIEGA EXAMEN FISICO:</p> <p>INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, LUCE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, ORIENTADO , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.</p> <p>RX SIN FRACTURA</p> <p>REVISIÓN POR SISTEMAS: NIEGA OTROS SÍNTOMAS ACTUALES</p> <p>IMPRESIÓN DIAGNOSTICA HEMATOMA PIERNA DERECHA EN RESOLUCION TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PIERNA IZQUIERDA</p> <p>DIAGNOSTICO DE EGRESO HEMATOMA PIERNA DERECHA EN RESOLUCION TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PIERNA IZQUIERDA</p> <p>ANÁLISIS PACIENTE CON HEMATOMA EN RESOLUCION AHORA CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PIERNA IZQUIERDA EN TRATAMIENTO PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO , CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS , EN SEGUIMIENTO . EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE,</p>



ORDEN SERVICIO NO. 358063	Usuario Impresi?n: 4607 - DANIELA CASTILLO RIOS		
Identificaci?n: CC 67004951	Paciente: LUZ ARGENIS MELO MONTOYA	Edad: 49 Años Sexo: F Fecha Nacimiento: 1975-09-06	HC: CC67004951
Fecha Solicitud: 2025/03/10 12:04:49	Fecha Ingreso: 10/03/2025	Cama:	
Cliente: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A.	Plan: SEGUROS COMERCIAL BOLIVAR S.A. 2025	Tipo Afiliado: Otro	NIVEL TRIAGE: NO APLICA

Profesional: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Diagnosticos:
723327 - 890266 - (1) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
Valida a Partir de: 10/03/2025 Fecha Vencimiento: 9/05/2025

Profesional: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

Diagnosticos:
723326 - 890240 - (1) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR
Valida a Partir de: 10/03/2025 Fecha Vencimiento: 9/05/2025

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: T810 - HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

Nombres y Apellidos del M?dico: DENIS EDMOND COBO OLIVEROS
Registro M?dico No.: 13210/16610-84

PRESTADOR: CONSULTA EXTERNA -
Direcci?n: AVENIDA 3RA NORTE 22N-13
Tel?fonos:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	FECHA/HORA EVOLUCION
CONSULTA MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	10/3/2025 - 12:04:49
	Observacion			
	Diagnosticos Presuntivos			
CONSULTA MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	10/3/2025 - 12:04:49
	Observacion			
	Diagnosticos Presuntivos			
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	15	10/3/2025 - 12:04:49
	Observacion			
	Diagnosticos Presuntivos			
CONSULTA MONITORIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	1	10/3/2025 - 12:04:49
	Observacion			
	Diagnosticos Presuntivos			

ORIGEN DE LA ATENCION	Otro tipo de accidente
------------------------------	------------------------

FINALIDAD DE LA ATENCION	REHABILITACION
---------------------------------	-----------------------

INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS				
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION
2815768		Incapacidad por Accidente de Trnsito	30	4/3/2025

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	
CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
T810	HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

RECOMENDACIONES MÉDICAS	
EVOLUCIÓN: 2815768 FECHA: 10/03/2025 TIPO DE ATENCIÓN: EGRESO RECOMENDACIONES RECOMENDACIONES ADICIONALES:	

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACIONES SOBRE HC

DENIS EDMOND COBO OLIVEROS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PARTE A

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha De Radicación:

D	O	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 RG No. Radicado:
No. Radicado Anterior (Respuesta A glosa. Marcar X En RG): Nro Factura / Cuenta De Cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
Código Habilitación: 768920407301 NIT: 800030924-0

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

MELO 1er Apellido MONTOYA 2do Apellido
LUZ 1er Nombre ARGENIS 2do Nombre
Tipo De Documento:

X	CC	CE	PA	TI	RC	AS	MS	CD	PE
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

 No. De Documento: 67004951
Fecha De Nacimiento: 06/09/1975 00:00:00 Sexo:

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M	F

Dirección Residencia: CARRERA 13F # 15B21 Código: 76 Teléfono: 3107523521
Departamento: VALLE Código: 892
Municipio: YUMBO
Condición Del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

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

Naturaleza Del Evento:
Naturales: Accidente De Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas Huracán
Inundaciones Avalancha Deslizamiento De Tierra Incendio Natural
Rayo Vendaval Tornado
Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
Incendio Terrorista Ataques A Municipios

Otros? Cuál: _____

Dirección De La Ocurrencia: KILOMETRO 7 VIA YUMBO - MULALO
Fecha Evento / Accidente: 19/11/2024 Hora: 13 :47
Departamento: VALLE Código: 76
Municipio: YUMBO Código: 892 Zona:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U	R

Descripción Breve Del Evento Catastrófico O Accidente De Tránsito
Enuncie las principales características del evento / accidente:
OCUPANTE DE VEHICULO DE PLACA CQL670
REFIERE SUFRIR GOLPE TRAS COLISIONAR CON OTRO VEHICULO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado De Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza Falsa Vehículo En Fuga
Marca: CHEVROLET Placa: CQL670
Tipo De Servicio: Particular Público Oficial Vehículo De Emergencia Vehículo De Servicio Diplomático O Consular
Vehículo De Transporte Masivo Vehículo Escolar
Código De La Aseguradora: 13-27
No. De La Póliza: 890111999470100 Intervención De La Autoridad: Si No
Vigencia Desde: 30/08/2024 Hasta: 29/08/2025 Cobro Excedente Póliza: Si No

DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PAUDA 1er Apellido PINO 2do Apellido
JHON 1er Nombre JAIRO 2do Nombre
Tipo De Documento:

X	CC	CF	PA	TI	RC	CD	INT	PF
---	----	----	----	----	----	----	-----	----

 No. De Documento: 16741946
Dirección Residencia: CARRERA 4 # 14-32 Código: 76 Teléfono: 3122276456
Departamento: VALLE Código: 892
Municipio Residencia: YUMBO Total Folios:

0	0	0	3
---	---	---	---

PARTE B

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS
 DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

RIVERA MUÑOZ
 1er Apellido MUÑOZ
 GUILLERMO 2do Apellido
 1er Nombre 2do Nombre

Tipo De Documento

X	CC	CE	PA	TI	RC	AS	MS	CD	PE
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

 No. De Documento 16450057

Dirección Residencia CARRERA 4 # 14-32
 Departamento VALLE Código 76 Teléfono 3122276456
 Municipio Residencia YUMBO Código

V. DATOS DE REMISION

Tipo De 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: AUX. ENFERMERIA

VI. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

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

Datos Del Vehículo Placas No.
 Transporte La Víctima Desde Hasta
 Tipo De Transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar Donde Recoge La Víctima

U	R
---	---

VII. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha De Ingreso 19/11/2024 A Las 14:36 Fecha de Egreso // A Las 00:00
 Cod. Dx Principal De Ingreso S809 Cod. Dx. Principal De Egreso
 Otro Cod. Dx. De Ingreso S203 Otro Cod. Dx. De Egreso S809
 Otro Cod. Dx. De Ingreso Otro Cod. Dx. De Egreso S203

VIII. DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.

PERILLA LOPEZ
 1er Apellido Del Médico O Personal Tratante 2do Apellido Del Médico O Personal Tratante
 MAYERLI TATIANA
 1er Nombre Del Médico O Personal Tratante 2do Nombre Del Médico O Personal Tratante
 Tipo De Documento

X	CC	CE	PA
---	----	----	----

 No. Del Documento 1006537160
 No. Registro Medico 1006537160

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

	MARQUE	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRÚRGICOS		0	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA			

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

X. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Nombre _____ Firma Del representante Legal, Gerente O Su Delegado _____

19/11/2024 *** FIN DEL REPORTE *** 16:32:53

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
.01639040615998
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA 12/06/2008 4

FECHA MATRICULACIÓN
27/06/2008

FECHA EXP. LIC. TTO.
23/02/2019

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO
ESTRATA MCPAL TTO CALI



LT06001883333



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1962
YUMBO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

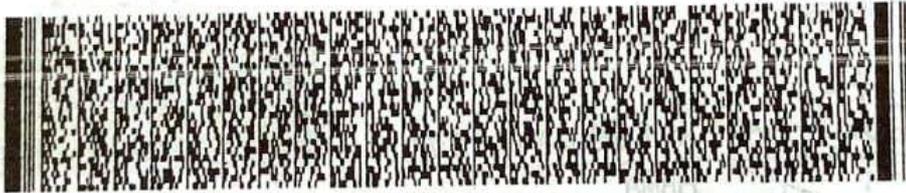
M

SEXO

04-FEB-1981 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-3112100-65141362-M-0016450057-20060210

0493506040A 02 186010683



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1975
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

05-FEB-1996 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-3100101-85151861-F-0087004951-20081002

0173706275A 02 219115595



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10017867942

PLACA CQL670	MARCA CHEVROLET	LÍNEA SPARK GO	MODELO 2009
CILINDRADA CC 1.000	COLOR PLATA ESCUNA	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO AUTOMOVIL	TIPO CARROCERÍA SEDAN	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Y CUBES 5
NÚMERO DE MOTOR B10S1049085KC2	REG N	VIN *****	
NÚMERO DE SERIE KL1MM61019C513901	REG N	NÚMERO DE CHASIS KL1MM61019C513901	REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PADUA PINO JHON JAIRO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 16741946

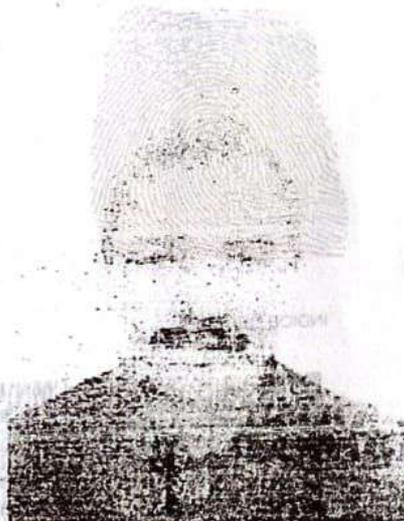
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
16.450.057

APELLIDOS
RIVERA MUÑOZ

NOMBRES
GUILLERMO

Guillermo Rivera Muñoz
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
67.004.951

APELLIDOS
MELO MONTOYA

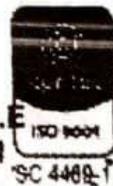
NOMBRES
LUZ ARGENIS

Luz A melo montoya
FIRMA





HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 NIT 800030924- COD HABILITACION - 768920407301



CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO Y/O EVENTO CASTASTROFICO EXPEDIDO POR LA IPS (LEY 1438/2011 ARTI 143)

El suscrito médico de la institución prestadora de servicios, HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO, NIT 80030924-0, con domicilio carrera 6 calle 10 esquina en la Ciudad de Yumbo- Valle.

CERTIFICA

Que de acuerdo con los hallazgos clínicos encontrados se deduce que las causas de los daños y lesiones sufridas por el señor (a) Luz Argenis Melo Montoya, identificado con CC X TI RC VEN PT AS MS OTROS N° 67.021.951 de CAJ fueron causados por ACCIDENTE DE TRANSITO Y/O EVENTO CATASTROFICO, ocurrido en la fecha 17/11/2021 a las 13:47 horas en la vía/sitio Kilometro 7 vía Yumbo - Murcia en el municipio de Yumbo departamento Valle del Cauca

DESCRIPCION BREVE DE LOS HECHOS:

Ocupante de Vehículo de placa CPL 670
Refiere sufrir golpe tras colisión con
Otro vehículo.

HALLAZGOS CLINICOS:

IDX

S809 Traumatismo Superficial De la
Pierna no especificado

MEDICO

C.C

ESPECIALIDAD

[Handwritten Signature]
Eduardo Quintero Arce
 Médico General
 C.C. 29.477
 Ciudad de Yumbo

REG MD.

Poliza Grupo 5015124900145 DISTOYOTA PROPIOS

Ref. de Pago: 31747255821

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO 103/ 155	POLIZA 5015124089240	CERTIFICADO 0	FACTURA	OPERACION	OFICINA MAPFRE MOTOR	DIRECCION OF. MAPFRE Avenida Carrera 70 No 99 - 72
TOMADOR DIRECCION	AGRICOLA AUTOMOTRIZ SAS KR 8 # 33 - 72		CIUDAD BOGOTA D.C.		NIT / C.C. 8600230246	TELEFONO 4422610
ASEGURADO DIRECCION	AGRICOLA AUTOMOTRIZ SAS KR 8 # 33 - 72		CIUDAD BOGOTA D.C.		NIT / C.C. 8600230246	FEC. NACIMIENTO
ASEGURADO DIRECCION	N.D. N.D.		CIUDAD N.D.		TELEFONO 4422610	GENERO
BENEFICIARIO DIRECCION	AGRICOLA AUTOMOTRIZ SAS KR 8 # 33 - 72		CIUDAD BOGOTA D.C.		NIT / C.C. 8600230246	TELEFONO 4422610
BENEFICIARIO DIRECCION	N.D. N.D.		CIUDAD N.D.		NIT / C.C. TELEFONO	
NOMBRE DEL CONDUCTOR AGRICOLA AUTOMOTRIZ SAS					No. IDENTIFICACION	EDAD:

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR CLAVE DIRECTA MOTOR	CLASE DIRECTO OF.	CLAVE 9364	TELEFONO 6503300	% PARTICIPACION 0
---	----------------------	---------------	---------------------	----------------------

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA				VIGENCIA CERTIFICADO							
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
05	11	2024	TERMINACION	00 : 00	05	09	2024	365	TERMINACION	00 : 00	05	09	2024	365
				24 : 00	04	09	2025			24 : 00	04	09	2025	

INFORMACION DEL VEHICULO ASEGURADO

CODIGO FASECOLDA : 09020052	PLACA: USW046	ACCESORIOS	
MARCA : TOYOTA	MOTOR: 54130932TR	REFERENCIA	VALOR
LINEA : HILUX [7] [FL] IMV MT 2.7 4X2	CHASIS: MR0CX12G1F0131120	FURGON ALUMINIO	13.649.335
TIPO : OTROS UTILITARIOS HASTA 3.5 TN	COLOR: PLATA METALICO	PELICULA DE SEGURIDAD	170.000
MODELO : 2015	DISP. SEGURIDAD Y LOCALIZACION	RADIO	250.000
CIUDAD DE CIRCULACION : CALI PAIS : COLOMBIA	CAZADOR: NO APLICA		
USO : FAMILIAR / PERSONAL	OTROS: NO APLICA		
SERVICIO : PARTICULAR			
VALOR ASEGURADO : 100.000.000			
VALOR A NUEVO : 188.800.000			

COBERTURAS

VALOR ASEGURADO

AMPARO

DEDUCIBLE

1. COBERTURA AL ASEGURADO			
1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL			
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL LUC	4.000.000.000,00		NO APLICA
2. COBERTURAS AL VEHICULO			
PERDIDA TOTAL POR DANOS Y TERRORISMO	100.000.000,00		NO APLICA
PERDIDA TOTAL HURTO	100.000.000,00		NO APLICA
PERDIDA PARCIAL POR DANOS Y TERRORISMO	100.000.000,00		1600000 (PESO COLOMBIANO)
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	100.000.000,00		1600000 (PESO COLOMBIANO)
ACCESORIOS	14.069.335,00		1600000 (PESO COLOMBIANO)
TERREMOTO, TEMBLOR Y ERUPCION VOLCANICA	100.000.000,00		1600000 (PESO COLOMBIANO)
3. COBERTURAS ADICIONALES			
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL Y CIVIL		SI AMPARA	NO APLICA
PROTECCION PATRIMONIAL		SI AMPARA	NO APLICA
GASTOS TRANS. POR PERDIDA TOTAL Hasta 1.00 SMDLV Por 60.00 Dias		SI AMPARA	NO APLICA
ASISTENCIA MAPFRE		SI AMPARA	NO APLICA
ACCIDENTES PERSONALES OCUPANTES Hasta \$50,000,000		SI AMPARA	NO APLICA
ACCIDENTES PERSONALES AL CONDUCTOR Hasta \$50,000,000		SI AMPARA	NO APLICA
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL		SI AMPARA	NO APLICA

CLAUSULAS ANEXAS:

DESCUENTO POR NO RECLAMACION % (Ya aplicado en el valor de la prima).

SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

VALORES EN PESO COLOMBIANO TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	Subtotal en Pesos Colombianos	Valor en Pesos Impuesto a las Ventas	Total a Pagar en Pesos Colombianos
2.064.655	0	2.064.655	392.284	2.456.939

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.



PLAN DE PAGO POR PERIODO

AÑO	MES	VALOR FACTURA ANTERIOR	VALOR DEL MOVIMIENTO	VALOR ACTUAL
2024	SEPTIEMBRE	0	2.456.939	2.456.939
TOTAL PRIMA				2.456.939

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

Somos Autorretenedores según resolución 5098 de junio 21 de 2013

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

NIT. 891.700.037-9 PBX: 6503300 FAX: 6503400 www.mapfre.com.co - clientes.mapfre.com.co A.A. 28585 Bogotá D.C., Colombia
N.D. = NO DECLARADO

SMDLV = SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.
SMDLV = SALARIO MINIMO DIARIO LEGAL VIGENTE.

VTE-095-ABR/03

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web www.mapfre.com.co.

Consulta de casos registrados en la base de datos del Sistema Penal Oral Acusatorio - SPOA

Número de la Noticia Criminal
768926000190202401106

Estado
ACTIVO

Etapa noticia criminal

QUERELLABLE

Departamentos hechos

Valle del Cauca

Municipios hechos

YUMBO

Fecha hechos

19/nov/2024 13:50:00

Ley de aplicabilidad

Ley 906

Despacho asignado

Seccional

DIRECCIÓN SECCIONAL DE CALI

Unidad

UNIDAD LOCAL - YUMBO

Despacho

FISCALIA 55 LOCAL

Fecha asignación

25-NOV-24

Ubicación del despacho

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Municipio

YUMBO

Dirección

CARRERA 5a # 7 -25 segundo piso

Correo electrónico

alejandra.salazar@fiscalia.gov.co

Teléfonos

669 59 43 - 3187825488

Delito

LESIONES CULPOSAS ART. 120 C.P. MEDIO MOTORIZADO INCISO 2

Grado del delito **NINGUNO**

Estado **ACTIVO**

Referente? **SI**

Actuaciones del caso - No reservadas

Fecha actuación	Nombre actuación
31-JAN-25	AUTORIZA ENTREGA PROVISIONAL DE BIENES O VEHICULOS EN DELITOS CULPOSOS
28-JAN-25	AUTORIZA ENTREGA PROVISIONAL DE BIENES O VEHICULOS EN DELITOS CULPOSOS
19-DEC-24	AUTORIZA ENTREGA PROVISIONAL DE BIENES O VEHICULOS EN DELITOS CULPOSOS
02-DEC-24	ACTIVIDAD INVESTIGATIVA ADELANTADA POR EL EQUIPO DE TRABAJO DE LA FISCALÍA U OTRA ACTUACIÓN PROCESAL
27-NOV-24	PROGRAMA METODOLÓGICO
25-NOV-24	SALE DE FISCAL INTERVENCIÓN TEMPRANA A FISCAL CONOCIMIENTO

Fecha de consulta

05/05/2025 22:59:59

[Volver](#)

[Imprimir](#)















































































LA SOLUCIÓN INTEGRAL PARA SU NEGOCIO

AGRÍCOLA AUTOMOTRIZ
SOLUCIONES LOGÍSTICAS



MONTACARGAS

- VENTA
- ALQUILER
- REPUESTOS
- SERVICIO



Línea de atención: Cali 442 2610 • 01 8000 110606
E-mail: soluciones.logisticas@agrauto.com.co

www.toyotaagrauto.com





AGRICOLA AUTOMOTRIZ
SOLUCIONES LOGISTICAS

TOYOTA

B-T

RAYMOND



MONTACARGAS

- VENTA
- ALQUILER
- REPUESTOS
- SERVICIO

LA SOLUCIÓN INTEGRAL
PARA SU NEGOCIO



Línea de atención: Cali 442 2610 • 01 8000 110606
E-mail: soluciones.logisticas@agrauto.com.co

www.toyotaagrauto.com





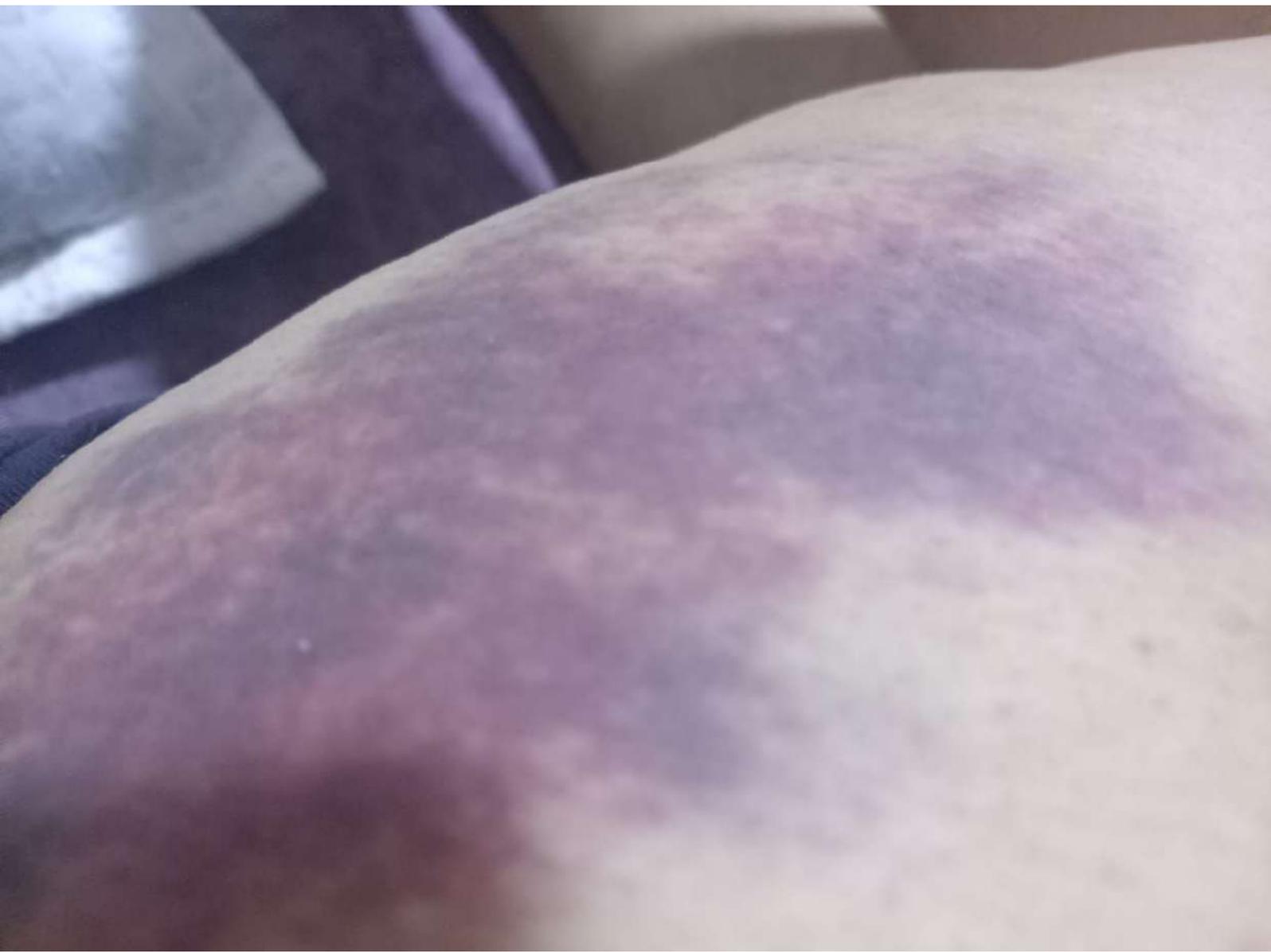






































REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.047.488.594**

DIAZ ANGULO
APELLIDOS

LUIS ALFREDO
NOMBRES

Luis Alfredo Diaz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1996**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-JUN-2014 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0500150-00876319-M-1047488594-20170105 0053045665A 1 6024252422

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Consejo Superior de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
LUIS ALFREDO

APELLIDOS:
DIAZ ANGULO

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

AURELIO ENRIQUE RODRIGUEZ GUZMÁN

VER107659

UNIVERSIDAD
ICESI

FECHA DE GRADO
25/08/2018

CONSEJO SECCIONAL
VALLE

CEDULA
1047488594

FECHA DE EXPEDICIÓN
02/10/2018

TARJETA N°
314508

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

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