



Medellín, febrero 9 de 2021

Señores

**JUZGADO 08 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE DEL CAUCA**

E. S. M.

REFERENCIA: R.C.E / RADICADO: **2018-00212**  
DEMANDANTE: FABIAN VISCUE TORRES Y OTROS  
DEMANDADO: DUMIAL MEDICAL S.A.S Y OTROS  
ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen solicitado por usted en días anteriores. Dicho concepto es rendido por la Universidad CES a través del Doctor Gustavo Adolfo Díaz Silva, Médico Especialista en Neurología Clínica y Perito CENDES.

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito. En caso de programarse la sustentación del dictamen, se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación a la diligencia por medio electrónico ([sagonzalez@ces.edu.co](mailto:sagonzalez@ces.edu.co) ; [cgiraldor@ces.edu.co](mailto:cgiraldor@ces.edu.co)) para agendar al especialista; adicionalmente, se nos debe allegar soporte o comprobante de pago para la asistencia a la audiencia con 15 días hábiles de anticipación; el pago extemporáneo no garantiza la asistencia del perito a la audiencia.

La institución cuenta con los medios tecnológicos suficientes para posibilitar la asistencia del perito y contradicción de la prueba en la audiencia correspondiente. Dicha comparecencia tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes. En caso de requerirse la sustentación del dictamen en audiencia oral en la ciudad de Cali – Valle Del Cauca, tiene un costo de cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada asistencia del especialista.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen y certificación de auxiliar de la justicia de la institución.

Con toda atención,

  
LEÓN MARIO TORO CORTÉS  
Coordinador CENDES



Medellín, febrero de 2021

Señores

**JUZGADO 08 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI - VALLE**

E. S. M.

REFERENCIA: R.C.E / RADICADO: **2018-00212**  
DEMANDANTE: FABIAN VISCUE TORRES Y OTROS  
DEMANDADO: DUMIAL MEDICAL S.A.S Y OTROS  
ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL

Respetados señores,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial requerido en el proceso de la referencia,

### **PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO**

Médico Especialista en Neurología Clínica  
Docente Universitario  
Perito CENDES

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia  
Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi



profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.

- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente VISCUE BELALCAZAR VERSELIO

## **RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

### **08/11/2017.**

Ingresa el paciente por cuadro de cefalea súbita, síncope y episodio sugestivo de crisis convulsiva. Se sospechó hemorragia subaracnoidea, la cual fue confirmada en tomografía cerebral. Se consideró clasificación Fisher IV y Hunt y Hess II, y además hematoma intraparenquimatoso frontotemporal izquierdo. El paciente estaba en buenas condiciones generales, estable Hemodinámicamente.

### **Días siguientes.**

El paciente permaneció estable, sin nuevos síntomas neurológicos. Estuvo estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio. Se le inició proceso de remisión a otra institución para realizar panangiografía cerebral. Sin embargo, ese proceso de remisión no se llevó a cabo. Se le realizó nueva tomografía cerebral con evidencia de reabsorción parcial del hematoma.

### **27/11/2017.**

Paciente con empeoramiento del déficit neurológico, deterioro marcado de la conciencia, pérdida de la estabilidad hemodinámica y respiratoria. Se le realizó tomografía cerebral con presencia de resangrado en igual localización.

### **Días siguientes.**

El paciente permaneció en muy malas condiciones generales, bajo soporte respiratorio y hemodinámico. Tuvo además deterioro progresivo del estado clínico. Permaneció en UCI hasta el deceso que ocurrió el día 04/12/2017.

## **CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO LEGAL**

La hemorragia subaracnoidea es una extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo o leptomeníngeo. La causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea es el traumatismo craneoencefálico. La hemorragia subaracnoidea primaria espontánea es con mayor frecuencia causada por la ruptura de un aneurisma cerebral, aunque existen otras causas como las malformaciones vasculares, tumores cerebrales, alteraciones de la pared vascular así como alteraciones de la coagulación. De un 15 a un 25% de los casos no se encuentra causa del sangrado constituyendo este grupo la hemorragia subaracnoidea idiopática cuyo pronóstico es mucho más benigno. La hemorragia subaracnoidea supone del 6% al 8% de todas las enfermedades vasculares



cerebrales agudas, aunque su importancia radica en que afecta a pacientes de menor edad en general que el ataque cerebrovascular isquémico y tiene una elevada morbimortalidad. Su incidencia no ha cambiado significativamente en los últimos años. Se han introducido nuevos métodos terapéuticos y cada vez más se usan protocolos que parecen haber mejorado la mortalidad general de esta enfermedad en las últimas décadas.

### **Epidemiología**

La hemorragia subaracnoidea aneurismática es una enfermedad frecuente y potencialmente curable, si bien la morbimortalidad, considerada globalmente, es elevada. Hasta el 12% de los pacientes que la sufren no son adecuadamente diagnosticados o mueren antes de llegar al hospital y alrededor del 30% de los pacientes que llegan vivos al hospital fallecen en los primeros días. Además, la morbilidad es significativa en el 50% de los supervivientes. La mortalidad hospitalaria en nuestro país es similar a la descrita en estudios internacionales siendo del 26%. Además, hasta el 54% de pacientes no alcanzan una recuperación completa. La incidencia de la hemorragia subaracnoidea ha permanecido prácticamente estable a lo largo de los últimos 30 años, al contrario de otros tipos de enfermedades cerebrovasculares. La incidencia de ataque cerebrovascular en general ha disminuido en la última década fundamentalmente por la disminución del hábito tabáquico y el mejor control de la hipertensión arterial. Dado que ambos factores también lo son de riesgo para la hemorragia subaracnoidea se esperaría encontrar una disminución similar en el riesgo de hemorragia subaracnoidea. Sin embargo, la disminución encontrada en un metaanálisis reciente de diferentes estudios epidemiológicos ha sido de tan sólo un 0,6% en las dos últimas décadas. Un metaanálisis de los estudios epidemiológicos publicados hasta la fecha demuestra que la incidencia de hemorragia subaracnoidea oscila alrededor de 9/100.000 hab/año. En Finlandia o Japón por motivos desconocidos, se han reportado cifras que triplican esta incidencia. La edad de presentación más frecuente en la hemorragia subaracnoidea es alrededor de los 55 años, aumentando la incidencia al aumentar la edad. Así el porcentaje de pacientes mayores de 55 años es del 66% siendo los mayores de 70 años el 17% del total. En los estudios epidemiológicos analizados, se aprecia una mayor incidencia (entre 1.6 y 4.5 veces) en mujeres, sobre todo a partir de los 55 años.

### **Historia Natural**

Los mejores estudios de la historia natural de la hemorragia subaracnoidea son los realizados en los años 60-70, ya que en aquella época la proporción de aneurisma rotos no tratados era muy superior a la de hoy día. En estos estudios se evidenció una alta mortalidad (alrededor del 60% en los primeros 6 meses). Al comparar estudios más recientes con otros previos, se ha comprobado que existe un leve descenso de la mortalidad y un aumento del porcentaje de pacientes con buena evolución final tras hemorragia subaracnoidea. Esta mejoría pudiera estar relacionada con un mejor conocimiento de la fisiopatología de esta enfermedad, y consiguientemente un tratamiento más adecuado de ésta, aunque el motivo de esta mejoría es incierto. No obstante, siguen existiendo grandes diferencias (hasta un 20%) entre la supervivencia



descrita en series hospitalarias y en series poblacionales. Estas elevadas cifras de morbimortalidad apoyan que se adopten protocolos de tratamiento urgentes y eficaces, basados en un análisis sistemático de la literatura, con el fin de incluir al mayor número posible de pacientes con hemorragia subaracnoidea. Diversos factores influyen en la evolución de los pacientes con hemorragia subaracnoidea. Entre ellos destaca la gravedad del sangrado inicial por el importante peso que tiene en la evolución final de la enfermedad. La hemorragia produce importantes y profundas reducciones del flujo sanguíneo cerebral asociadas a un incremento agudo de la presión intracraneal que desencadenan un daño isquémico que se puede mantener más allá de los primeros momentos del sangrado. Estos procesos aunque cada vez más reconocidos no han encontrado todavía un tratamiento efectivo. Por supuesto la existencia de comorbilidad como en otros cuadros graves dificultará el tratamiento y empeorará el resultado final del enfermo. Por otro lado hay factores relacionados con la localización y morfología del aneurisma responsable del sangrado que también influyen en el pronóstico tales como el tamaño del aneurisma, su localización en la circulación posterior y posiblemente su morfología. Por otro lado, parece cada vez más evidente que existen factores relacionados con la institución que realiza el tratamiento tales como la disponibilidad de tratamiento endovascular así como el volumen de pacientes que trata. A pesar de que el tratamiento precoz de los aneurismas está cada vez más extendido, el resangrado continúa siendo una causa importante de mortalidad y morbilidad. El riesgo de resangrado con tratamiento conservador de los aneurismas es de hasta un 30% en el primer mes estabilizándose posteriormente en un 3% al año. El riesgo de resangrado aumenta en enfermos con presión arterial elevada, mal grado clínico y en aquéllos en los que el periodo entre el diagnóstico y el tratamiento es mayor. El resangrado es la principal causa de mortalidad tratable y debe ser evitado.

### **Clínica y diagnóstico**

Antes de la ruptura “mayor” de un aneurisma, pueden ocurrir síntomas premonitorios (“cefalea centinela”) hasta en un 45% de los casos. El síntoma más frecuente es una cefalea brusca, debido probablemente a un pequeño sangrado aneurismático, que se diagnostica mal en un 12% de los casos. La ruptura mayor del aneurisma sucede a la cefalea centinela entre 1 y 6 semanas. La hemorragia subaracnoidea es una emergencia médica, siendo esencial su diagnóstico precoz (hasta un 20% son mal diagnosticadas inicialmente) e ingreso para tratamiento del paciente en un medio adecuado. Siempre se debe sospechar la presencia de hemorragia subaracnoidea cuando existe una cefalea intensa (“la más fuerte de mi vida”), de aparición brusca, pudiendo ir seguida de alteración en el sensorio, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y déficits focales incluyendo parálisis de pares craneales. Los diagnósticos incorrectos más frecuentes son: infección viral, migraña, cefalea hipertensiva, espondiloartrosis cervical, etc. Es importante estimar el grado clínico de cada paciente ya que existe una buena correlación entre la evolución final y el grado clínico inicial. Las escalas de evaluación clínica dan idea del efecto inicial de la hemorragia y de los efectos fisiopatológicos que suceden en el comienzo de la enfermedad. A lo largo de los años se han propuesto multitud de clasificaciones. Aunque no existe una escala perfecta,



hoy día las más validadas son la de Hunt y Hess y la propuesta por la Federación Mundial de Sociedades Neuroquirúrgicas (WFNS), basada en la escala de coma de Glasgow cuya puntuación desglosada debe quedar también registrada.

La TC es la prueba más sensible en el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea; siempre se debe practicar lo antes posible después de la sospecha clínica de hemorragia subaracnoidea ya que con el paso de los días pierde sensibilidad al irse lisando la sangre depositada en el espacio subaracnoideo. Únicamente un 2-5% de los pacientes con hemorragia subaracnoidea tienen una TC normal en el primer día tras el sangrado, presentando una sensibilidad en las primeras 12 horas de entre el 98 y 100%, pasando a un 93% a las 24 horas y el 57% a los seis días. Además del diagnóstico, la TC aporta una valiosa información sobre la extensión y localización de la sangre, presencia de dilatación ventricular, hematomas intraparenquimatosos, etc. La cuantificación del depósito hemático en el espacio subaracnoideo es muy difícil de determinar. La escala más utilizada hoy día es la de Fisher, aunque se han propuesto otras que tienen en cuenta el volumen de sangrado intraventricular. Dado que la sensibilidad de la TC no es absoluta, la PL debe realizarse cuando existen dudas de la presencia de sangre en la TC inicial (TC normal o retraso en la referencia a un centro hospitalario). La resonancia magnética (RM) ha sido utilizada también en el diagnóstico de sospecha de hemorragia subaracnoidea, fundamentalmente con la aplicación de imágenes FLAIR (fluid attenuated inversion recovery). También se ha usado en el diagnóstico de la causa del sangrado pero esta técnica ha sido superada por la mayor disponibilidad y rapidez por el TC helicoidal o angio TC. Esta prueba alcanza una sensibilidad diagnóstica muy alta, próxima al 83%, y ha sido utilizada ya por muchos autores como única prueba previa a la cirugía en los casos en los que no está justificado el retraso en la cirugía por la angiografía. Tiene peor resolución para aneurismas pequeños pero el angio TC es capaz de definir mejor la presencia de calcificaciones en el aneurisma, trombosis del mismo, y relación del aneurisma con referencias óseas o localización dentro de un hematoma. Por ello, la angio-TC puede y es considerada hoy en día por muchos grupos como la primera prueba diagnóstica de elección para la detección de aneurismas en pacientes con hemorragia subaracnoidea y, con ello, el método sobre el que decidir el tratamiento idóneo para la exclusión del aneurisma.

Sin embargo, la prueba estándar para el diagnóstico de aneurismas responsable de hemorragia subaracnoidea sigue siendo la angiografía cerebral y, por lo tanto, aquellos pacientes con hemorragia subaracnoidea y angio-TC negativo deben ser sometidos a arteriografía de cuatro vasos para descartar la presencia de patología vascular subyacente. Esta prueba se deberá realizar lo antes posible tras la hemorragia (no se aconseja realizar en las primeras 6 horas del sangrado, pues parece que aumenta el riesgo de resangrado), dependiendo de la disponibilidad del Servicio de Radiología. Con esta prueba se aprecian las características anatómicas del aneurisma y de los vasos del polígono de Willis, así como datos fundamentales en la planificación del tratamiento quirúrgico. Así mismo, se puede hacer una valoración del estado de la



circulación cerebral (predominancias arteriales, flujo cruzado, etc.). El grado de vasoespasma angiográfico se clasifica según Fisher.

### **Tratamiento de hemorragia subaracnoidea**

Los objetivos fundamentales para un correcto tratamiento de esta enfermedad son:

1. Diagnóstico precoz: en el 20% de los casos no se diagnostica adecuadamente la primera hemorragia. Es esencial el traslado inmediato a un centro hospitalario con servicios de neurocirugía, unidad de cuidados intensivos y neurorradiología. El neurocirujano sería el responsable de coordinar a los distintos especialistas integrados en el manejo de la hemorragia subaracnoidea.
2. Prevención del resangrado: mediante cirugía y/o embolización.
3. Estabilización del paciente crítico en UCI, con el fin de intentar que la mayoría de los casos sean potencialmente tratables, mediante cirugía y/o embolización.
4. Prevención y tratamiento agresivo de la isquemia cerebral, especialmente en los casos en los que ya se ha ocluido el aneurisma.

A pesar de que el ictus isquémico ha recibido atención por parte de las autoridades sanitarias en cuanto a su tratamiento agudo y su traslado a centros con Unidades de Ictus, la hemorragia subaracnoidea no ha recibido tanta atención. Sin embargo, buen número de pacientes con hemorragia subaracnoidea podrían beneficiarse de recibir de forma inicial un tratamiento y traslado similar. Es evidente que sería deseable que se instaurara algún mecanismo para detectar aquellos enfermos con alta sospecha de hemorragia subaracnoidea y que éstos fueran remitidos a centros donde pudieran ser tratados, evitando traslados secundarios. El manejo inicial de un enfermo con ictus isquémico o hemorrágico debe ser similar. Ha de tenerse en cuenta su situación neurológica, dando especial importancia al nivel de conciencia. Por ello, como ya se ha comentado, la evaluación inicial y la monitorización de la situación neurológica del enfermo debe ser realizada obteniendo la puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS) y el WFNS del enfermo. Es fundamental como en cualquier otro cuadro grave asegurar una adecuada ventilación a través del mantenimiento de la vía aérea, una adecuada oxigenación y perfusión. Existe potencial de deterioro neurológico y por lo tanto de incapacidad para mantener una adecuada ventilación y por ello los enfermos con alteración del nivel de conciencia deberán ser intubados si es necesario. Por todo ello, y debido a la necesidad de una estrecha vigilancia de los enfermos, su exploración neurológica y constantes, consideramos que todos los enfermos que sufren hemorragia subaracnoidea deben ser manejados en una unidad de cuidados intensivos.

Información tomada de:

Lagares A, et al. Neurocirugía 2011; 22: 93-115.

### **RESPUESTAS A CUESTIONARIO PROPUESTO:**

1. *Si el tratamiento otorgado al paciente era acorde a la patología que padecía y relacionado con un ataque cerebrovascular.*



**RESPUESTA:** El tratamiento que recibió el paciente estaba acorde con el manejo médico de pacientes con hemorragia subaracnoidea. Sin embargo, no se completó el tratamiento para prevenir complicaciones y que incluía la realización de la panangiografía cerebral.

*2. Si el examen panangiografía cerebral era idóneo para determinar el manejo que debía darse al paciente.*

**RESPUESTA:** Sí, la panangiografía cerebral debía ser realizada para lograr establecer la causa del sangrado y corregirla en lo posible. Con esto se disminuiría el riesgo de complicaciones asociadas, especialmente de re sangrado. Se recomienda realizar este procedimiento lo antes posible tras el sangrado.

*3. Si era necesario la remisión del paciente a un centro de mayor complejidad y en qué momento debía remitirse.*

**RESPUESTA:** Sí, la remisión a un centro de mayor complejidad era necesaria. Esta remisión debía darse de forma prioritaria teniendo en cuenta la estabilidad clínica del paciente y la necesidad de realizar la panangiografía cerebral, además de sus cuidados post-intervención que incluían estancia en unidad de cuidados intensivos o intermedios.

*4. Consecuencias de una remisión inoportuna y si la remisión oportuna habría tenido consecuencias diferentes en el caso concreto.*

**RESPUESTA:** La falta de corrección de la causa potencial expone al paciente afectado por hemorragia subaracnoidea a mayores complicaciones como re-sangrados, deterioro neurológico y muerte.

### **CONCLUSIÓN PERICIAL:**

El paciente Viscue Belarcazar Verselio sufrió una hemorragia subaracnoidea con complicación dada por resangrado. A pesar de la atención médica y de la solicitud de remisión a una institución de mayor nivel de complejidad para continuar manejo y realizar panangiografía cerebral, el paciente en mención nunca llegó a ser transferido. Finalmente se presentó el resangrado que lo llevó al fallecimiento.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Petridis AK, et al. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(13):226-236.
- Macdonald RL, Schweizer TA. Spontaneous subarachnoid haemorrhage. Lancet. 2017;389(10069):655-666.
- Lagares A, et al. Neurocirugía 2011; 22: 93-115.



**UNIVERSIDAD CES**

Un compromiso con la excelencia

Con toda atención,

**GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA**

C.C.: 1.098.639.893

Médico Especialista en Neurología Clínica

Docente Universitario

Perito CENDES

**CENDES**  
Centro de Estudios en Derecho y Salud



**LISTADO DE CASOS EN LOS QUE SE HAN RENDIDO DICTÁMENES PERICIALES A TRAVÉS DE LA UNIVERSIDAD CES**

	<b>AÑO</b>	<b>PERITO</b>	<b>RADICADO / CASO</b>
1	2018	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Sara Martínez Gutiérrez / Solicitado por la Dra Ana Marcela Teresa Vasquez López.
2	2018	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2012-0915 / Juzgado 21 Civil del Circuito de Medellín
3	2018	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Rubiela de Jesús Montoya Espinosa / Solicitado por Carlos Fabián Serna Ospina.
4	2018	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014 - 1862 / Juzgado Cuarto (04) Administrativo Oral de Medellín
5	2018	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2011-0296 / Juzgado Veintiuno (21) Civil del Circuito de Medellín
6	2019	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Sonia Tulcán/ Solicitado por Hans Peter Zamara
7	2019	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2014-0051 / Juzgado Treinta (30) Administrativo del Circuito de Medellín
8	2019	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2016-8449 / Solicitado por Jorge Eliecer Espinosa Guerrero
9	2019	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Elena Serna Cock / Solicitado por Carlos Humberto Sanchez Daza
10	2019	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Olga Uribe de Ochoa / Solicitado por Jorge Hernán Quiceno Sanchez
11	2019	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2007-0140 / Juzgado Cuatro (04) Civil del Circuito de Montería
12	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Irsa Mayely Núñez Ruiz / solicitado por Julio Alberto Giraldo Montoya
13	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Brainer David Ortíz Beltrán / solicitado por Fernando Moreno Quijano
14	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Jaime Rodríguez Olivella / solicitado por Yurainys Milena Arzuaga Garrido
15	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Fabio Enrique Borrero Henao / solicitado por Andrés Orión Álvarez Pérez
16	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Martín Ernesto Cardenas Cáceres / solicitado por Andrés Zafra Aycardi
17	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2017-0102 / Juzgado Treinta y cinco (35) Administrativo del Circuito de Medellín
16	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Maria Edilma Lince Castrillón / solicitado por Hernando Alberto Lopez Cardona
17	2020	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Caso Carmelina Herrera Florez / solicitado por Victor Manuel González Herrera
18	2021	GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA	Dictamen Médico Pericial / Radicado 2018-0212 / Juzgado 08 Civil Del Circuito De Cali - Valle



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1571 del 22 de marzo de 2007

EN ATENCIÓN A QUE

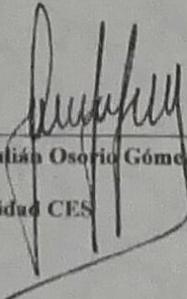
**Gustavo Adolfo Díaz Silva**

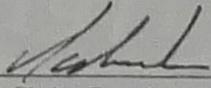
C.C. 1.098.639.893 de Bucaramanga (Santander)

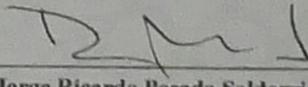
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

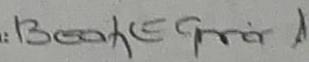
**Especialista en  
Neurología Clínica**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA  
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA  
A LOS 13 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2017.

  
\_\_\_\_\_  
Jorge Julián Osorio Gómez  
Rector  
Universidad CES

  
\_\_\_\_\_  
Patricia Chejne Fayad  
Secretaria General  
Universidad CES

  
\_\_\_\_\_  
Jorge Ricardo Posada Saldarriaga  
Decano  
Universidad CES

Registrado en: Folio 444 Número 15151 del 13 de julio de 2017. Acta 15247 del 13 de julio de 2017. Firma: 

Calle 10A No. 22-04 A.A. 054 591 Conmutador 444 05 55 fax 266 60 46 NIT 890.984.002-B Medellín / Colombia

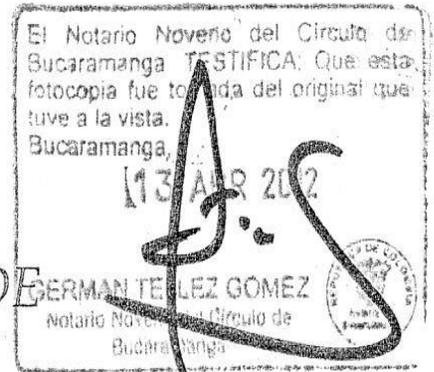


UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER



CONFIERE EL TÍTULO DE  
MÉDICO Y CIRUJANO

A

**GUSTAVO ADOLFO DIAZ SILVA**

CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.098.639.893 expedida en BUCARAMANGA

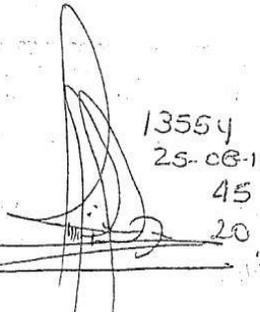
*Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.  
En testimonio de ello le otorga el presente*

**DIPLOMA**

*En la ciudad de Bucaramanga, EL 15 DE DICIEMBRE DE 2009*

Registrado al folio 118 Libro 12-X Diplomas de Grado

  
Rector

  
13554  
25-08-11  
45  
20  
Secretario General



Rama Judicial del Poder Público  
Consejo Superior de la Judicatura  
Sala Administrativa  
Dirección Seccional Administración Judicial Medellín  
Oficina Judicial

### CERTIFICADO

La suscrita Jefe de Oficina Judicial de Medellín, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 1518 de 2002, de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura por medio del cual se establece manejo de los auxiliares de la justicia, hace constar que una vez consultado el listado de auxiliares de la justicia para el período vigente se pudo evidenciar que la UNIVERSIDAD CES, representada legalmente por el doctor JOSE MARIA MAYA MEJIA identificado con cédula de ciudadanía 70.048.880 de Medellín, presentó solicitud de inscripción en el mes de Octubre del año 2002, para conformar el registro de Auxiliares de la Justicia, para los despachos judiciales de Medellín, en todas las especialidades y acreditó requisitos para los siguientes cargos así:

- Odontología (507), psiquiatría (509), veterinaria (510), fisioterapeuta (512), zootecnista (513), cardiología (601), ginecología (602), médico general (603), otorrinolaringología(604), siquiatria (605), oftalmología (606), pediatría (607), fonoaudiología (608), ortopedia(609), cirujano plástico(610), urología (611), dermatología(612), optometría (613).

En octubre de 2004, adiciono los siguientes cargos:

- Especialista en salud ocupacional (517), biología (524), dermatología (612), optometría (613), valoración de daño corporal (614).

En octubre de 2008, adiciono los siguientes cargos:

- Especialista en gerencia en servicios de salud (525), especialista en auditoria en la calidad de la salud (526).

La lista se encuentra vigente a partir del primer día del mes de marzo de 2003 y tiene carácter permanente sin perjuicio de las decisiones judiciales sobre las exclusiones de los auxiliares de la justicia.

Medellín, Febrero 3 de 2010.

  
MARIA ROSINA GIRALDO OSORIO  
Coordinadora de la Oficina Judicial

**CONSTANCIA SECRETARIAL.** Santiago de Cali, 10 de febrero de 2021. A despacho del Señor Juez, el presente proceso, con el memorial que a antecede. El secretario.

**DANIEL ARTURO DIAZ JOJOA**

R. M. Vs Dumian Medical S. A. S.  
**JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO**  
Cali, diez (10) de febrero de dos mil veintiuno (2021)  
Radicación: 760013103008-2018-0212-00

El perito designado por la Universidad Ces de Medellín, remitió al correo del Despacho, el estudio solicitado.

Teniendo en cuenta lo anterior, el memorial remitido se agregará a la foliatura para ser puesto en conocimiento de las partes y ser tenido en cuenta en el momento procesal oportuno conforme las reglas dispuestas por el Código General del Proceso.

En consecuencia, el juzgado

**RESUELVE:**

Agregar y poner en conocimiento de las partes el escrito allegado por el perito GUSTAVO ADOLFO DÍAZ SILVA, el cual será tenido en cuenta en el momento procesal oportuno.

**NOTIFÍQUESE,**

  
**LEONARDO LENIS**  
**JUEZ**  
**760013103008-2018-0013900**

Dca.