



RADICADO: 110014189006 – 2020– 00370- 00 – S

JUZGADO SEXTO (6) CIVIL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTÁ.
(Acuerdo No. PCSJA18 – 11068)

Bogotá D.C., Cuatro (04) de Noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Integrado como encuentra el extremo pasivo, se corre traslado por el término de diez (10) días al ejecutante de las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, en los términos del artículo 443 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE,


ELIZABETH TOVAR RODRÍGUEZ

Juez

JUZGADO SEXTO (06) CIVIL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y
COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTÁ D.C.

Hoy 05 de Noviembre de dos mil veintiuno se notifica a las partes el
proveído anterior por anotación en el Estado No. 126.

ANA PATRICIA MONROY ESGUERRA
SECRETARIA

Bogotá D.C, 14 de Julio del 2021

El día 10 de febrero del 2020 con gran necesidad le pido a un compañero de nombre ^{Cobete} Arango Aldair C.C 1.122.731.517 que requería una suma de dinero aproximada de \$ 1.000.000 un millón de pesos moneda corriente le pregunto que donde me puedo dirigir que si conoce un banco cercano donde sea factible un crédito él me dice que conoce a un señor Ángel María Ruiz C.C 6033744 que facilita créditos inmediatos y hace compras de cesantías yo le pregunto qué costo tiene el tramite me manifiesta que es gratuito que lo que le quiera dar en agradecimiento de inmediato nos dirigimos a la oficina del señor Angel Marai Ruiz C.C 6.033.744 quien me pone a firmar una serie de documentacion que yo no tenía conocimiento que estaba firmando porque estaba bajo los efectos de los diferentes medicamentos con los que me tratan mi situación de psiquiatría en el basan me insistía que firmara una escritura para poder sacar el dinero de mis cesantías que era una suma de \$ 6.000.000 seis millones de pesos moneda corriente meda la documentación con mis firmas y me da instrucciones me dice que haga lo que él me dice para no tener inconvenientes en el trámite que el lleva haciendo eso hace muchos años y que en 5 días avilés sale el dinero y me pide que le deje mi tarjeta debito N° 6614 con su respectiva clave me dijo que cuando saliera el dinero de mis cesantías por la suma \$ 6.000.000 seis millones me daba \$ 1.000.000 un millón de pesos moneda corriente y me asia devolución de mi tarjeta debito pasado los ocho días siendo las 17:11 pm me llega notificaciones a mi celular de retiros de mi tarjeta N° 6614 por la suma de \$ 6000.000 seiscientos mil pesos moneda corriente llamo al señor Angel Maria Ruiz y le digo que por que hace uso de mi tarjeta y me dice que ya perdí.

ANEXO: Copia de mi situación médica (psiquiátrica)

Copia de retiros de cajero banco popular

Copia de cedula de ciudadanía

Atentamente,

James angulo

JAMES JAIR ANGULO CHIGUA
C.C N° 1.080.831283



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Señor
Juez Civil Municipal de Bogotá (REPARTO)
E.S.D

REFERENCIA: PODER DEMANDA EJECUTIVA

DEMANDANTE: LUIS ALBERTO SALINAS ALONSO
DEMANDADO: JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS

LUIS ALBERTO SALINAS ALONSO, mayor y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cedula de ciudadanía No 19.345.517 expedida en Bogotá D.C, manifiesto a usted muy respetuosamente, que confiero poder especial amplio y suficiente al Doctor **JOSE NOE ROMERO GOMEZ**, mayor de edad y también de esta vecindad identificado con la cedula de ciudadanía No 19.150.043 expedida en Bogotá y con tarjeta profesional No 53507, Del Consejo Superior de la Judicatura, para que inicie y lleve hasta su terminación, de acuerdo a lo establecido en el Código General del Proceso Colombiano, PROCESO EJECUTIVO en contra del señor **JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS**, identificado con cedula de ciudadanía número 1.080.831.283, expedida en Barbacoas.

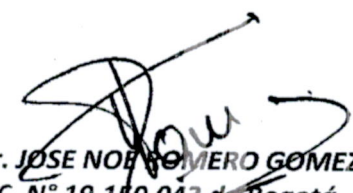
El Abogado **JOSE NOE ROMERO GOMEZ** queda ampliamente facultado con los generales del artículo 77 del Código General del Proceso. Autorizándolo expresamente para recibir cualquier tipo de acreencia, conciliar judicial y prejudicialmente, transigir, sustituir, renunciar, reasumir, solicitar copias de los actos administrativos con constancia de notificación y ejecutoria, interponer recursos y realizar todo lo que este conforme a derecho para la debida representación de mis intereses, sin que pueda decirse en momento alguno que actúa sin poder suficiente. Este poder incluye la facultad de solicitar la liquidación de la condena, ejecutar e interponer recursos ordinarios y extraordinarios.

Sírvase reconocerle personería a mi apoderado en los términos del presente mandato.

Atentamente


LUIS ALBERTO SALINAS ALONSO
C.C 19.345.517 de Bogotá

Acepto poder


Dr. JOSE NOE ROMERO GOMEZ
C.C. N° 19.150.043 de Bogotá
T.P. 53507 C.S.J.

Notificaciones:

Correo Electrónico: jonrom6@hotmail.com
Teléfonos: 310 279 21 80 - 311 505 36 02

NOTARIA 14 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO, FIRMA Y HUELLA

El anterior escrito dirigido a: Interesado
Fue presentado ante el suscrito

JORGE LUIS BUELVAS HOYOS
NOTARIO 14 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

Por: **SALINAS ALONSO LUIS ALBERTO**
Identificado con: C.C. 19345517 y T.P.

y además declaró que el contenido del anterior documento es cierto y que la firma y huella que lo autoriza fue puesta por él, en constancia se firma e imprime la huella dactilar.

Bogotá, 19/02/2020 a las 02:19:56 p.m.
hi8mjh7hiny;riyn


FIRMA DECLARANTE

JORGE LUIS BUELVAS HOYOS
NOTARIO 14 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ


Huella



13

1050

CC.

AUTENTICACIÓN

LETRA DE CAMBIO

INSTRUCCIONES ESPECIALES DE DILIGENCIAMIENTO

Fecha: Día, mes y año en el cual gira el documento. No. Número del documento asignado por el girador. Por \$ Valor o monto del documento en números.

Señor (es): Nombre del (los) girado (s) o responsable (s) del pago del título valor (deudore(s)).

El de del año : Día, mes y año que se vence o se hará efectivo el título valor.

Se servirá (n) pagar solidariamente en: Ciudad en donde se cobrará o hará efectivo el título valor por esta Única de Cambio sin protesto, excusado el aviso de rechazo a la orden del Nombre (s) del (os) beneficiario (s) del título valor. La cantidad de: Valor o monto del documento en letras (\$): Valor o monto del documento en números: Pesos m/l en No. de cuotas de \$: Valor en números de la cuota, más intereses durante el plazo del valor mensual del interés en letras (% Valor mensual del interés en números) mensual y de mora a la tasa máxima legal autorizada.

Aceptantes y Girados: Firma, cédula, dirección y teléfono de los responsables del pago del título valor.

¡ IMPORTANTE !

Para su seguridad y evitar adulteraciones de este título valor, la Letra de Cambio Minerva 60-00 tiene tramos y numeración impresos en tinta de seguridad, visibles únicamente por medio de luz ultravioleta (Ejemplo: en nómina probadora de billetes).

7 702124 615036

LC-211138356

1 JAMES

Céd. o Nit. 1000231203

2

Céd. o Nit.

3

Céd. o Nit.

ACEPTADA (cédulas)

LETRA DE CAMBIO

Fecha: Febrero 11/2020 No. 01 Por \$ 2'000.000 = -

Señor(es): James Jais Angelo Chigui -

El 19 de Febrero del año 2020

Se servirá (n) ud.(s) pagar solidariamente en Bogotá

por esta Única de Cambio sin protesto, excusado el aviso de rechazo a la orden de: Luis

Alberto Salinas Alonso

La cantidad de: Dos millones de pesos (\$ 2'000.000 =)

Pesos m/l en _____ cuota (s) de \$ _____, más intereses durante el plazo del _____

(_____ %) mensual y de mora a la tasa máxima legal autorizada.

GIRADOS	DIRECCIÓN ACEPTANTES	TELÉFONO
1		
2		
3		

Atentamente,

(GIRADOR)

Señor
JUEZ CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ, D.C. (REPARTO).
E.S.D.

REF.: PROCESO: PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA
CUANTÍA
DEMANDANTE: LUIS ALBERTO SALINAS ALONSO
DEMANDADO: JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS

JOSE NOE ROMERO GOMEZ, mayor de edad, con domicilio en esta ciudad, identificado con C.C. N° 19.150.043 de Bogotá, Abogado en ejercicio con T.P. N° 53507 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Apoderado Especial del Señor LUIS ALBERTO SALINAS ALONSO, Mayor de edad, identificado con la C.C. N° 19.345.517 de Bogotá, de conformidad con el Poder anexo, por medio del presente escrito respetuosamente me permito formular ante su Despacho, **DEMANDA EJECUTIVA SINGULAR DE MINIMA CUANTÍA**, contra el Señor **JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS**, identificado con la C.C. N° 1.080.831.283 de Barbacoas - Nariño, para que se libre a favor de mi Poderdante Mandamiento de Pago por las sumas que indicaré en la parte petitoria de esta Demanda, con fundamento en los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: El Demandado Señor **JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS** aceptó incondicionalmente pagar a favor de mi Mandante Señor **ALBERTO SALINAS ALONSO**, el valor de **DOS MILLONES DE PESOS MCTE. (\$2.000.000.00)**, para respaldar dicha suma de dinero, suscribió un título de valor representado en UNA LETRA DE CAMBIO N° LC-21113835630 de fecha Febrero 11 de 2020 con vencimiento del 19 de Febrero de 2020.

SEGUNDO: A la fecha pese a las reclamaciones de mi mandante, el Señor **JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS**, no ha cumplido con la obligación del pago, y se encuentra en mora, a pesar de los requerimientos que se le han hecho.

TERCERO: El plazo para el pago se halla vencido y el demandado adeuda además del capital ya señalado, el valor correspondiente a los intereses moratorios causados y que se llegaren a causar, y demás accesorios, desde el día siguiente al 19 de Febrero de 2020.

CUARTO: La obligación expresada suscrita por el DEMANDADO, constituye una obligación CLARA, EXPRESA Y ACTUALMENTE EXIGIBLE, es decir un TITULO EJECUTIVO.

QUINTO: EL DEMANDANTE me ha conferido PODER para actuar en su nombre.

PRETENSIONES

PRIMERO: Solicito librar MANDAMIENTO DE PAGO a favor de mi Mandante y en contra de EL DEMANDADO, lo siguiente:

- A) La suma de DOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.000.000.00), por concepto de Capital.
- B) Por Concepto de intereses moratorios liquidados a la más alta tasa vigente, de conformidad con la CERTIFICACIÓN que para tal efecto expida la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA y que se han causado desde el día siguiente del 19 de Febrero de 2020 y hasta cuando se efectuó el pago real.

SEGUNDO: Decretar la práctica de las medidas cautelares solicitadas en el escrito separado.

TERCERO: Condenar en costas a la parte Demandada y disponer que se tasen en su oportunidad legal.



PROCESO COMPETENCIA CUANTIA

Se trata de un Proceso Ejecutivo de mínima cuantía por la Naturaleza del Asunto, por el Domicilio de las partes y por la cuantía; es usted Competente para conocer del presente asunto.

PRUEBAS

Ruego decretar, practicar y tener como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES:

- 1) Poder para actuar,
- 2) Original de la LETRA DE CAMBIO N° LC-21113835630 de fecha Febrero 11 de 2020,
- 3) Libelo de la demanda.

DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho las siguientes normas: Artículos 619 y ss. del Código de Comercio; Artículos 422 y ss. del Código General del Proceso en concordancia 588 y ss. del C.G.P. y demás normas complementarias.

ANEXOS

Me permito anexar los siguientes:

- 1) Poder para actuar.
- 2) Letra de Cambio
- 3) Copia de la Demanda y de sus anexos para el traslado, y copia del escrito de la Demanda para el archivo.

NOTIFICACIONES

El suscrito, las recibiré en la Secretaría de su Despacho, o en la Calle 44 N° 57 A – 82 Oficina 202, de Bogotá Correo Electrónico jonrom6@hotmail.com

Mi mandante en la Calle 44 N° 57 A – 82 Oficina 202, Bogotá. Correo Electrónico wtsas2004@gmail.com

El Demandado: CARRERA 27 B 105 – 59 BOGOTA
CARRERA 54 N° 26 - 54 CAN BOGOTÁ. PAGADURIA DEL EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA.

Del Señor Juez,


JOSÉ NOÉ ROMERO GÓMEZ
C.C. 19.150.043 de Bogotá
T.P. N° 53.507 del C.S. de J.

Villagarzón, 15 de febrero de 2020

1.15935928

Señores:

CLARO

Mocoa

4488210000607890



Asunto: Suspensión total de la línea

Cordial saludo

Rdo 23/02/21

Colte 26 c/mes

Rda 16/03/21

Yo **JAMES JAIR ANGULO** identificado con C.C. N° 1080831283 de Barbacoas Nariño, muy respetuosamente me dirijo a ustedes con el fin de solicitar la cancelación definitiva del plan de la línea número 3124557750, que se encuentra a mi nombre.

Les agradezco la atención prestada.

Atentamente,

James Angulo

JAMES JAIR ANGULO

C.C. N° 1080831283 de Barbacoas Nariño



19
GOMCEL S.A.
800.153.993-7

Trans: 22722CPS: Lesse Villagarzon

Cajero: CARLOS ARTURO FLOREZ Cajal

Fecha: 12/02/21 Hora: 17:27:48

Cuenta: 1159359281

RECAUDO POR CONSUMO \$76,000.00

EF \$76,000.00

Total Recabido : 100,000.00

Cambio : 24,000.00

Cra 6 Clle 2 # 6 - 45, CPS

VILLAGARZON, A, Tel: 09.5

<ENVIA Y RECIBE DINERO CON CLARO GIROS>

<GRACIAS POR TU PAGO>

NO SE ADMITEN RECLAMACIONES

***** POSTERIORES *****

SOLICITUD MEDICAMENTOS EXTRAMURAL

Ingreso: 956652 Fecha Historia: 30/08/2019 10:56:12 a. m. Página 1/1
Número de Folio: 111 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ANGULO CHIGUAS
Nombres: JAMES JAIR
Dirección: MANZ 1 CASA 54 BARRIO LA ESMERALDA - OTROS - FLORENCIA
Teléfono: 3117486274 - 3204021056
Entidad: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Tipo Documento: CC Numero: 1080831283
Edad: 30 Años 01 Meses 05 Días (25/07/1989)
Sexo: MASCULINO
Tipo Paciente: VINCULADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
CLONAZEPAM 0.5MG TABLETA	0.50 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30
Indicaciones: TOMAR 1TAB EN LA NOCHE			
ACIDO VALPROICO 250MG CAPSULA	250.00 mg Cada 8 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	90
CLOZAPINA 100MG TABLETA	100.00 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30
Indicaciones: TOMAR 1/2 TAB EN LA NOCHE			
SERTRALINA 50MG TABLETA	100.00 mg Cada 8 hora(s) Vía: ORAL	30 Días	180
Indicaciones: TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS			
TRAZODONA 50 mg TABLETA	50.00 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30
Indicaciones: TOMAR 1 TAB EN LA NOCHE			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 Diagnostico
F321 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
F431 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

SABAS SIMARRA SANCHEZ
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
R.M. 2091/82

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS

Observaciones Principal
Cantidad
90
30
180

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS
Especialidad: PSIQUIATRIA
Tarjeta Prof. # 2091-82

Ingreso: 956652 Fecha Historia: 30/08/2019 10:56:12 a. m. # Autorización: 2019-08-2036725 Página 1/2
Fecha Ingreso: 27/08/2019 2:10:00 p. m. Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto
Identificación: 1080831283 Nombres: JAMES JAIR Apellidos: ANGULO CHIGUAS
Número de Fólio: 111 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ANGULO CHIGUAS
Nombres: JAMES JAIR
Dirección: MANZ 1 CASA 54 BARRIO LA ESMERALDA - OTROS - ELORENCIA
Teléfono: 3117486274 - 3204021056
Entidad: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
Estado Civil: CASADO
Profesión: GENERAL

Tipo Documento: CC Numero: 1080831283
Edad: 30 Años 01 Meses 05 Dias (25/07/1989)
Sexo: MASCULINO
Grupo: O RH: +
Tipo Paciente: VINCULADO
Tipo Afiliado: NO APLICA
Grupo Étnico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 Diagnóstico
F321 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
F431 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Observaciones Principal

OBJETIVO - ANALISIS

PSIQUIATRIA

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD. NATURAL DE BARBACOAS - NARIÑO. RESIDENTE Y PROCEDENTE DE ELORENCIA - CAQUETA. ESCOLARIDAD: CUARTO PRIMARIA. VINCULADO AL EJERCITO NACIONAL EN CALIDAD DE SOLDADO PROFESIONAL. VIVE CON SU ESPOSA (YERLY YURANY HERNANDEZ DE 26 AÑOS) Y DOS ENTENADOS DE 12 Y 5 AÑOS DE EDAD. CON BUENA CONVIVENCIA EN SU NUCLEO FAMILIAR. CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL MAYOR DIAGNOSTICADO DE DEPRESION RECURRENTE SECUNDARIO A TRAUMA CRANEOENCEFALICO POR ACCIDENTES DE TRANSITO. CON HOSPITALIZACION EN UNIDAD MENTAL EN VARIAS OCASIONES.

EN LA EVALUACION ACTUAL, SE ENCUENTRA UN PACIENTE CON ADECUADA PRESENTACION PERSONAL Y HABITOS HIGIENICOS. EUPROSEXICO. ORIENTADO AUTO Y ALOPSIQUICAMENTE. BUEN NIVEL DE ATENCION. LENGUAJE DE TONO BAJO, BRADILALICO, SIN ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS. AFECTO DE TONO BAJO, DEPRESIVO. PENSAMIENTO BRADIPSICUICO CON IDEAS DE MINUSVALIA Y DESESPERANZA EN EL CONTENIDO. JUICIO Y RACIOCINIO DEBIL POR SU AFECTO. INSIGHT POSITIVO. CONDUCTA MOTORA ADECUADA EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA.

OPINION:
SE TRATA DE UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TCE SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO CON CRANEOTOMIA, QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESION QUE AMERITAN CONTINUAR CON IGUAL PLAN DE TRATAMIENTO. LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS Y EUTIMIZANTES QUE EL PACIENTE ESTA TOMANDO PRODUCEN SOMNOLENCIA, POR TAL MOTIVO SE DA INCAPACIDAD TOTAL CON REPOSO EN CASA Y APOYO FAMILIAR POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE

PLAN:
CLONAZEPAM TAB 0.5MG (0-0-1)
ACIDO VALPROICO TAB 250MG (1-1-1)
SERTRALINA TAB 50MG (2-2-2)
TRAZODONA TAB 50MG (0-0-1)
CLOZAPINA TAB 100MG (0-0-1/2)

INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DE 30/08/2019 (DEBE SER TOTAL CON REPOSO EN CASA Y APOYO FAMILIAR)
PSICOTERAPIA DE APOYO POR PSICOLOGIA
CONTROL PSIQUIATRIA EN 30 DIAS

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS
Especialidad: PSIQUIATRIA
Tarjeta Prof. #: 2091-82

Identificación: 1080831283
Nombre: JAMES JAIR
Apellido: ANGULO CHIGUAS

Ingreso: 956652

Fecha Ingreso: 27/08/2019 2:10:00 p. m.

Identificación: 1080831283

Número de Folio: 111

Fecha Historia: 30/08/2019 10:56:12 a. m.

Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto

Nombres: JAMES JAIR

Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

Autorización: 2019-08-2036725

Apellidos: ANGULO CHIGUAS

Página 2/2

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
CLONAZEPAM 0.5MG TABLETA Indicaciones: TOMAR 1TAB EN LA NOCHE	0.50 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30
ACIDO VALPROICO 250MG CAPSULA Indicaciones:	250.00 mg Cada 8 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	90
CLOZAPINA 100MG TABLETA Indicaciones: TOMAR 1/2 TAB EN LA NOCHE	100.00 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30
SERTRALINA 50MG TABLETA Indicaciones: TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS	100.00 mg Cada 8 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	180
TRAZODONA 50 mg TABLETA Indicaciones: TOMAR 1 TAB EN LA NOCHE	50.00 mg Cada 24 Hora(s) Vía: ORAL	30 Días	30

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad	en Sitio
35104	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO SESION	1	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad	en Sitio
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	<input type="checkbox"/>

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 30 Día(s) con la Especialidad de PSIQUIATRIA

DESTINO

SALIDA

SABAS SIMARRA SANCHEZ
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
R.M. 2091/92

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tarjeta Prof. # 2091-82

Identificación: 1080831283

Nombre: JAMES JAIR

Apellido: ANGULO CHIGUAS

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL

Ingreso: 956652 Fecha Historia: 30/08/2019 10:56:12 a. m. Página 1/1
Número de Folio: 111 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ANGULO CHIGUAS
Nombres: JAMES JAIR
Dirección: MANZ 1 CASA 54 BARRIO LA ESMERALDA - OTROS - FLORENCIA
Teléfono: 3117486274 - 3204021056
Entidad: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Tipo Documento: CC Numero: 1080831283
Edad: 30 Años 01 Meses 05 Días (25/07/1989)
Sexo: MASCULINO
Tipo Paciente: VINCULADO
Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio
35104	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGO SESION

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
F431	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

SABAS SIMARRA SANCHEZ
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
R.M. 2091/82

Observaciones	Principal
---------------	-----------

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS
Especialidad: PSIQUIATRIA
Tarjeta Prof. # 2091-82

E.S.E. HOSPITAL
MARIA INMACULADA

E S E HOSPITAL MARIA
INMACULADA

NIT: 000000891180098

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Ingreso: 956652 Fecha Historia: 30/08/2019 10:56:12 a. m. Página 1/1
Número de Folio: 111 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - CONSULTA EXTERNA MEDICINA ESPECIALIZADA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: ANGULO CHIGUAS
Nombres: JAMES JAIR
Dirección: MANZ 1 CASA 54 BARRIO LA ESMERALDA - OTROS - FLORENCIA
Teléfono: 3117486274 - 3204021056
Entidad: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Tipo Documento: CC Numero: 1080831283

Edad: 30 Años 01 Meses 05 Dias (25/07/1989)

Sexo: MASCULINO

Tipo Paciente: VINCULADO

Tipo Afiliado: NO APLICA

PLAN DE MANEJO

CONTROL

El Proximo Control es Dentro de 30 Dia(s) con la Especialidad de PSIQUIATRIA

SERVICIOS DE CONTROL

Código

Servicio

690302

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 Diagnostico

F321 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

F431 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

Observaciones

Principal



SABAS SIMARRA SANCHEZ
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
R.M. 2091/S2

[Firma]

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS

Profesional: SIMARRA SANCHEZ SABAS

Especialidad: PSIQUIATRIA

Tarjeta Prof. # 2091-82

UNIDAD
DATOS DEL INCAPACITADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		No. Historia Clínica
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		No. Historia Clínica
Grado o Cargo	Unidad o Entidad	Código Militar	C.C. No.	Código Nosológico

CLASE DE INCAPACIDAD Y LAPSO QUE CUBRE

INCAPACIDAD TEMPORAL	Grado:1	DESDE	DÍA	HORA	MES	AÑO
	Grado:2		16	8:00am	12	2014
	Grado:3	HASTA	DÍA	HORA	MES	AÑO
	Grado:4		16	8:00am	02	2020

INCAPACIDAD RELATIVA	PARA
	-NO dormir No Trasnuchar-

DATOS DEL MEDICO QUE EXPIDE LA INCAPACIDAD

Apellidos y Nombres	Código	Firma y Sello	Fecha y fecha de expedición
Ceballos Ibarra		Margarita Ceballos	16/12/2014

(Ver instrucciones al respaldo)

SECCIÓN DE PUBLICACIONES DEL EJERCITO DIA04-09

Impresos Trujillo Tel. 435 6350

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR FORMULA MEDICA		FORMULA No. E2017		ATOP SOAT EG ECAT PYP	
FECHA		CIE 10		CIE 10	
GRADO		APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE		EDAD	
AFLUJO		BENEFICIARIO		CENTRO	
COSTOS		COSTOS		COSTOS	
MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO		PRESENTACION		CANTIDAD	
Dosis		VIA		FREC.	
Tiempo		Tiempo		Tiempo	
CANTIDAD EN LETRAS		CANTIDAD EN LETRAS		CANTIDAD EN LETRAS	
MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO		PRESENTACION		CANTIDAD	
Dosis		VIA		FREC.	
Tiempo		Tiempo		Tiempo	
CANTIDAD EN LETRAS		CANTIDAD EN LETRAS		CANTIDAD EN LETRAS	
MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO		PRESENTACION		CANTIDAD	
Dosis		VIA		FREC.	
Tiempo		Tiempo		Tiempo	
CANTIDAD EN LETRAS		CANTIDAD EN LETRAS		CANTIDAD EN LETRAS	
FIRMA DEL PACIENTE		C.C.		TEL.	
Nombre/Firma		ENTREGADO POR			

FORMULA VALIDA POR 3 DIAS (72 HORAS)
ORIGINAL (SERVICIO FARMACEUTICO) COPIA (PACIENTE)
PRESENTAR CARNET DE SERVICIOS DE SALUD EN FARMACIA.
VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS ANTES DE RETIRARSE



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR
FÓRMULA MÉDICA

FÓRMULA No. E2018 No. 4173

FECHA	DÍA	MES	AÑO	CIE 10	ATEP
13	06	2019		2160	SOAT
					EGX
					ECAT
					PYP

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE				EDAD	No. HISTORIA CLÍNICA	
SIT	Angulo James				24	108003103	
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO	URG.	C.E.	HOSP.	CX.
X	bas12				X		

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
Clorapina				Tableta	100mg. 30
DOSIS	VIA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS	
1/2 tableta	Oral	7246	30 días	prestar	

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
DOSIS	VIA	FREC.		CANTIDAD EN LETRAS	

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO				PRESENTACIÓN	CANTIDAD
DOSIS	VIA	FREC.	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS	

ENTREGADO

Nombre/Firma/No. Registro DATOS DEL MÉDICO	

FIRMA DEL PACIENTE	Nombre/Firma ENTREGADO POR
C.C.	
TEL.	

FÓRMULA VÁLIDA POR 3 DÍAS (72 HORAS)
ORIGINAL (SERVICIO FARMACÉUTICO) COPIA (PACIENTE)
PRESENTAR CARNET DE SERVICIOS DE SALUD EN FARMACIA,
VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS ANTES DE RETIRARSE

Comercializadora WILLMAR NIT. 17327267-6 Cel: 310 859 3567 Villavicencio - Meta

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CAQUETÁ

RECEPTARIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL FRANJA VIOLETA

No. 8-310237

1. DATOS DEL PACIENTE		EQUIVALENCIA		EQUIVALENCIA		EQUIVALENCIA	
EDAD	10 años	PRIMER APELLIDO	Angulo	SEGUNDO APELLIDO	James	NOMBRES	James
DÍA	10	EXPEDIDA EN		DIRECCIÓN RESIDENCIA		TEL/CEL	
MES	06	IDENTIFICACIÓN	108003103	MUNICIPIO	Villavicencio	DEPARTAMENTO	Meta
AÑO	2019	CI	108003103				

2. MEDICAMENTOS RECETADOS		FORMA FARMACÉUTICA		DOSIS		CANTIDAD PRESCRITA	
Clorapina		100mg	Tableta	100mg	Tableta	30	Tableta
Donoform		0.5mg	Tableta	0.5mg	Tableta	30	Tableta

3. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE		RESOLUCIÓN POR LA QUE SE AUTORIZA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN		FIRMA	
PRIMER APELLIDO	Angulo	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	108003103	TEL/CEL	08146599
SEGUNDO APELLIDO	James	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	108003103	FIRMA	

4. DATOS SOBRE DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO		DIRECCIÓN		FECHA DE ENTREGA	
PRIMER APELLIDO	Angulo	NOMBRES	James	DÍA	
SEGUNDO APELLIDO	James	NOMBRES	James	MES	
PRIMER APELLIDO	Angulo	NOMBRES	James	AÑO	

ORIGINAL : ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO - 1RA COPIA PACIENTE O USUARIO - 2DA COPIA MÉDICO PRESCRIPTO

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CAQUETA

RECTORIO OFICIAL PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL TRANJA VIOLETA

1. DATOS DEL PACIENTE

FECHA

DIA

MES

AÑO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

EDAD

GENERO

IDENTIFICACION

NUMERO

CI

CCP

OTRO

EXPEDIDA EN

DIRECCION RESIDENCIA

TEL/CEL

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

2. MEDICAMENTOS RECETADOS

NOMBRE GENERICO

CONCENTRACION

FORMA FARMACEUTICA

DOSIS

VIA DE ADMINISTRACION

CANTIDAD PRESCRITA

EN LETRAS

3. DATOS DEL MEDICO TRATANTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

NUMERO DE IDENTIFICACION

RESOLUCION POR LA QUE SE AUTORIZA EL EJERCICIO DE LA PROFESION NO.

DIRECCION

TEL/CEL

FIRMA

4. DATOS SOBRE DISTRIBUCION DEL MEDICAMENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

NUMERO DE IDENTIFICACION

FIRMA

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

NUMERO DE IDENTIFICACION

FIRMA

DE QUIEN ENTREGA EL MEDICAMENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

NUMERO DE IDENTIFICACION

FIRMA

DE QUIEN RECIBE EL MEDICAMENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

NUMERO DE IDENTIFICACION

FIRMA

FARMACIA O DROGUERIA QUE ENTREGA

DIRECCION

DIA

MES

AÑO

ORIGINAL : ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO - IRA COPIA PACIENTE O USUARIO - ZDA COPIA MEDICO PRESCRIPTO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCION GENERAL DE FUERZAS MILITARES
DIRECCION GENERAL DE DEFENSA MILITAR

FORMULACION MEDICAMENTOS
CODIGO: MDG-CGFM-PROGTEC-DCSM-FU 95.1-6 V1
PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC
Vigente a partir de: 11/11/2015

Página 1 de 1

Fecha generación: 02/05/2018 12:53:43

FORMULA

E20180206229

FECHA DE PRESCRIPCION

02/05/2018

CIE 10

F079

F329

T905

ESM QUE GENERA LA FORMULA

BATALLÓN DE ASPC NO 12 "GR. FERNANDO SERRANO"

CODIGO UNIDAD ORGANICA

180016517780

CAUSA EXTERNA

EG

GRADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE

EDAD

N° HISTORIA CLINICA

SLP

ANGULO CHIGUAS JAMES JAIR

28 Años / 9 Meses / 7 Días

1080831283

AFILIACION

CENTRO DE COSTOS

FUERZA

JARL

EPS

LUGAR PRESCRIPCION

Coltante

Formulación no especial

EJC

No registra

No registra

FLORENCIA, CAQUETA

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO

CONCENTRACION

FORMA FARMACEUTICA

SERTRALINA (CLORHIDRATO)

50MG (base)

Comprimido

DOSIS

VIA ADM.

FREC.

TIEMPO TTO.

CANTIDAD/CANTIDAD EN LETRAS

50

Oral

24

30

TREINTA

POSOLOGIA: 50 Comprimido cada 24 horas (durante 30 días)

Observaciones: TOMAR 1 TAB VO CADA MAÑANA DESPUES DEL DESAYUNO.

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO

CONCENTRACION

FORMA FARMACEUTICA

RISPERIDONA

4MG

Tableta

DOSIS

VIA ADM.

FREC.

TIEMPO TTO.

CANTIDAD/CANTIDAD EN LETRAS

1

Oral

24

30

TREINTA

POSOLOGIA: 1 Tableta cada 24 horas (durante 30 días)

Observaciones: TOMAR 1 TAB VO 3 HORAS ANTES DE DORMIR

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO

CC: 1080831283

NOMBRE: VLADIMIR ILICH

TEL: No registra

No. REGISTRO: ESP1032

Nombre/Firma ENTREGADO POR

ORDEN VALIDA POR 3 DIAS (72 HORAS) HABILES ORIGINAL Y COPIA PACIENTE PRESENTAR CARNE DE SERVICIOS EN SALUD EN FARMACIA. VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS ANTES DE RETORARSE



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR
FÓRMULA MÉDICA

FÓRMULA No. E2018 No 4245

FECHA

DÍA

MES

AÑO

CIE 10

ATEP
SOAT
EG
ECAT
PYP

GRADO APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE EDAD No. HISTORIA CLÍNICA

AFILIADO

BENEFICIARIO

UNIDAD

CENTRO

URG.

C.E.

HOSP.

CX.

PYP

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO

PRESENTACIÓN

CANTIDAD

DOSIS VIA FREQ. TIEMPO TTO

CANTIDAD EN LETRAS

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO

PRESENTACIÓN

CANTIDAD

DOSIS VIA FREQ. TIEMPO TTO

CANTIDAD EN LETRAS

MEDICAMENTO EN NOMBRE GENÉRICO

PRESENTACIÓN

CANTIDAD

DOSIS VIA FREQ. TIEMPO TTO

CANTIDAD EN LETRAS

Nombre/Firma/No. Registro
DATOS DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

C.C.

TEL.

Nombre/Firma
ENTREGADO POR

FÓRMULA VÁLIDA POR 3 DÍAS (72 HORAS)
ORIGINAL (SERVICIO FARMACÉUTICO) COPIA (PACIENTE)
PRESENTAR CARNET DE SERVICIOS DE SALUD EN FARMACIA.
VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS ANTES DE RETIRARSE

Comercializadora WILLMAR NIT. 173272618 - 311 355 5571 - Av. Cencio - Meta

ENTREGADO

ENTREGADO

ENTREGADO

⏪ Responder a todos

🗑 Eliminar

🚫 No deseado

🔒 Bloquear

⋮

Solicitud de revisión

28

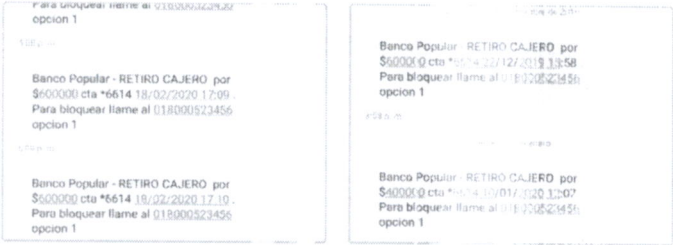
PC

Paper City <papercitypapeleria@gmail.com>

Jue 30/09/2021 1:54 PM

👍 ⏪ ⏩ ➡ ⋮

Para: Juzgado 06 Pequeñas Causas Competencia Multiple - Bogotá - Bogotá D.C.



DOC093021-0930202113...

2 MB

✓

3 archivos adjuntos (2 MB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Buenas tardes.

De manera atenta me dirijo al Señor Juez de Juzgado Sexto Civil Municipal de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá D.C., para que sea revisada la documentación que anexo en este correo, ya que fui engañado en mi buena fe y usaron mi nombre para hacerse pasar por mi, yo en estos documentos muestro unas letras que supuestamente firme a lo cual no es cierto ya que lo que firme fueron unas hojas en blanco, a esto le sumamos que mi firma no es igual en esos documentos siendo siempre mi rubrica con mi nombre y apellido, dé tal manera solicito sean revisados nuevamente para que me sea levantado el embargo de mi salario que ha sido usado para pagarle al Señor Alberto Salinas al cual no conozco.

Agradezco de antemano la atención prestada y esperando pronta respuesta al correo jangulochiguas@gmail.com.

Cordialmente.,

JAMES JAIR ANGULO CHIGUAS
C.C. 1.080.831.283 de Barbacoas Nariño
Celular: 312-4557750
Correo: jangulochiguas@gmail.com.

Responder Reenviar