

Señores

**JUZGADO DECIMO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO  
 DE CARTAGENA**

E.

S.

D.

|             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| REFERENCIA: | CONTESTACIÓN DE DEMANDA       |
| ACCION:     | REPARACIÓN DIRECTA            |
| RADICACIÓN: | 13001-33-40-015-2016-00384-00 |
| DEMANDANTE: | HAVOT JAIR ARCHBOLD Y OTROS   |
| DEMANDADO:  | INPEC                         |

ROSMEIRA PEREZ OSPINO, Mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cartagena Bolívar, identificada con cedula de ciudadanía No 45.748.348 y Tarjeta Profesional de Abogado No 80113 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderada judicial del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), en virtud del poder conferido por el TC@ CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS, en Calidad de Director Regional Norte del Instituto Nacional penitenciario y carcelario, y de acuerdo a las funciones otorgadas por la Dirección General mediante las Resoluciones 002529 de fecha 16 de julio de 2012 y 002577 de fecha 02 de Septiembre de 2013, me dirijo a su Honorable despacho con el fin de sustentar la etapa procesal de CONTESTACIÓN DE DEMANDA conforme al artículo 180 de la ley 1437 del 18 de enero de 2011 en los siguientes términos.

## I. A LAS PRETENCIONES

Manifiesto al despacho que con fundamento en las razones de la defensa que sustentare en el acápite respectivo, me opongo a todas y cada una de las suplicas de la demanda, al respecto me permito sintetizar:

1. Por cuanto se constituye una causal de Exoneración de Responsabilidad extracontractual como es el hecho Determinante Exclusivo y excluyente de un tercero identificado como CABRERA ARROYO JOSE, frente al cual hubo acciones salvadoras por parte del cuerpo de custodia y vigilancia en cumplimiento de su deber al reaccionar ante la agresión causada al interno conduciéndole a SANIDAD para prestarle atención médica

Inmediata y posteriormente conducirlo por urgencia vital al Hospital Universitario del Caribe, afín de que recibiera la atención medica requerida.

2. Resulta insostenible adjudicar responsabilidad extracontractual al instituto y más aún condenarlo al pago de sumas dinerarias a favor del señor HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS Y OTROS, por hechos que no son atribuibles a mi representado INPEC por acción u omisión por ser el resultado de problemas personales y de convivencia del interno. Me opongo a las condenas solicitadas a favor de los demandantes.

3. Si bien es cierto se presume la afectación moral de la familia de quien se encuentra privado de la libertad no es menos cierto que es una presunción relativa que admite prueba en contrario, como bien puede advertirse en el caso concreto en el que el señor HAVOT JAIR ARCHIBOL durante el tiempo que permaneció recluso en el EPMSC de Cartagena, jamás recibió visita de su sobrina LUISA CARBONO MARTINEZ ni de la

señora DESIRETH FLOREZ HERNANDEZ, de esta última es menester destacar que demanda en calidad de compañera permanente lo cual es constitutivo de numerosas dudas al observarse en la cartilla biográfica que se aporta como medio de prueba que a su último ingreso al establecimiento carcelario manifiesta que su compañera permanente es la señora JULIA PEREZ, ningún de las dos figuran siquiera como visitantes activos del interno, lo cual es indiciario de que no existen tales relaciones de familiaridad y afecto, que pueda desencadenar condenas en contra del instituto a su favor, por lo que mi representada INPEC se opone a reclamos indemnizatorios exorbitantes que contravienen a la realidad de los hechos objeto de la demanda.

## II.A LOS HECHOS.

1. No nos consta.
2. Es cierto
3. No nos consta.
4. No nos consta, por lo tanto pedimos que sea probado durante el proceso
5. No nos consta, por lo tanto pedimos que sea probado durante el proceso
6. Es cierto.
7. No me consta que sea probado durante el proceso.
- 8... No nos consta que sea probado durante el proceso.
9. No nos consta que sea probado durante el proceso.
10. No nos consta, que se pruebe durante el proceso que el interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS devengaba dichas sumas de dinero, en una labor o trabajo informal como lo es el fototaxismo.
11. No nos consta, cabe aclarar que su cartilla biográfica registra nueva fecha de ingreso a este EPMSC de Cartagena, donde actualmente se encuentra recluso.
12. Parcialmente cierto.
13. Parcialmente cierto, si bien es cierto que el interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS fue remitido por urgencia vital a el Hospital Universitario Del Caribe a fin de que recibiera una mejor atención no es cierto que fuera sometido cirugía alguna, como se observa en su historia clínica y mucho menos que se encuentre imposibilitado para realizar ciertas actividades, teniendo en cuenta que a la fecha no existe una valoración definitiva que así lo acredite.
14. Parcialmente cierto, no se encuentra acreditado la disminución de la calidad de vida del interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS,
15. No no nos consta, téngase en cuenta que el interno HAVOT JAIR ARCHIBOL se encuentra recluso nuevamente en el EPMSC CARTAGENA.

16.. Parcialmente cierto, por cuanto el INPEC no incumplió con su obligación de conservación y protección de los internos a su cargo , si se tiene en cuenta que el hecho que causo la lesión al interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS fue causado por el interno CABRERA ARROYO JOSE y no por miembro alguno del INPEC, como se evidencia en el folio 113 del libro de Minutas del pabellón 3 (del 18 de enero del 2015 al 20 de marzo de 2015) hecho registrado el 17 de febrero de 2015 a las 10:30a.m, es de anotar que al igual que los internos tienen derechos dentro de los centros de reclusión, igualmente tienen deberes y obligaciones que

Cumplir como lo es el buen comportamiento y no como en el caso concreto participar de actos de indisciplina, riñas y peleas, téngase en cuenta que ante el presente evento el personal de guardia actuó diligentemente para lograr la estabilización del orden en cumplimiento de su deber y posteriormente realizando las actuaciones pertinentes para proteger y procurar el traslado del que resulto herido a un centro hospitalario a fin de salvaguardar su vida.

17. Parcialmente cierto, no obstante como quiera que se pretende la imputación al Instituto desde la teoría de la imputación objetiva fundada en la posición de garante predicable tanto de acción como de omisión y constituida sobre el deber de garantizar la vida e integridad física de las personas bajo custodia y vigilancia del INPEC, EL MISMO Concejo de Estado, sección tercera en Sentencia del 28 de abril de 2010 Rad. 18271,CP Mauricio Fajardo Gómez ha reconocido que se desvirtúa la responsabilidad con la comprobación de la causa extraña, esto es en el caso concreto la conducta dañosa (acto del interno indiciado CABRERA ARROYO JOSE, quien figura como causante de las lesiones sufridas por el interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS.) habiéndose actuado prudente y diligentemente en cumplimiento de los deberes y no mediando abstenciones salvadoras por parte del instituto, que puedan ser constitutivas de FALLA EN EL SERVICIO,

18. no es cierto, téngase en cuenta que el arma con la cual se ejecutó el hecho dañoso es de elaboración artesanal y no un arma ingresada la penal burlando los protocolos de requisita para la seguridad del penal.

19. Parcialmente cierto muy a pesar de las condiciones de sobrepoblación carcelaria del EPMSC Cartagena no es prueba suficiente para argumentar omisión constitutiva de falla en el servicio en cuanto al cuidado y protección de los internos cuando el daño del cual se reclama indemnización es causado por un tercero de manera impredecible por parte del personal de guardia disponible

20. Parcialmente cierto.

21. Que se pruebe durante el proceso.

22. Que se pruebe durante el proceso.

23. no es cierto, por cuanto no es responsable el INPEC la conducta que asume la persona sometida a medida de aseguramiento sin deseos de superación y de resocialización a pesar de tener las posibilidades que para ello se les brinda a quienes con su actuar delictivo llegaron hasta allí, razón por la cual las heridas causadas al interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS no puede ser atribuida al INPEC teniendo en cuenta que obedeció al actuar impredecible de un tercero y no a la acción u omisión del Instituto.

24. Que se pruebe durante el proceso.

25. Que se pruebe durante el proceso.

## **EXCEPCIONES.**

### **AUSENCIA DE IMPUTACION POR HECHO EXCLUSIVO DE UN TERCERO.**

Proponemos la ausencia de imputación por hecho exclusivo y determinante de un tercero, teniendo en cuenta que quien actuó de manera directa en el daño alegado es sujeto no perteneciente al instituto, es de señalar que en jurisprudencia del concejo de estado se ha destacado que el hecho de tercero será causal de responsabilidad que exonere de responsabilidad a la entidad demandada, cuando reúna los siguientes requisitos(I)Que el hecho del tercero sea la causa exclusiva del daño(II)Que la actuación del tercero sea impredecible e irresistible a la entidad.(III) El nexo de causalidad.

Por otra parte a juicio del demandante el ESTADO es responsable a título de falla en el servicio cuando se refiere a las condiciones de hacinamiento aspecto que desde el punto de vista funcional no hacen parte de las competencias definidas constitucionales, legales y reglamentarias para el INPEC sino que pertenecen a otras entidades tales como La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) Ministerio de Hacienda y Crédito público. Independientemente de los herrones fundamentos de imputación expuestos, existe una causal eximente de responsabilidad del daño, como lo es el hecho determinante y exclusivo de un tercero.

### **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA**

No obstante, la existencia de un supuesto vínculo afectivo del Interno con los Demandantes LUISA CARBONO MARTINEZ quien ni siquiera está inscrita en el REGISTRO VISITORIO como visitantes activos del interno y que tiene pretensiones indemnizatorias dentro del presente proceso, igualmente la señora DESIRETH FLOREZ HERNANDEZ, demandante en calidad de compañera permanente y quien tampoco aparece como visitante activa en calidad de compañera permanente, lo cual es ilógico teniendo en cuenta que no es un hecho que corresponde a los principios de ayuda mutua, solidaridad y acompañamiento en momentos difíciles de quienes en calidad de afectados reclaman un reconocimiento por los perjuicios causados a un interno que ni siquiera visita y a quien el interno HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS, no reconoce como compañera permanente, como se evidencia en su cartilla biográfica, donde el señor interno señala como su cónyuge a la señora JULIA PEREZ.

Lo anterior evidencia la inexistencia de un daño en las demandante que las habilite para obtener del Instituto declaración de responsabilidad y condenas a su favor, su ausencia en el momento más difícil de la vida del finado Constituye un presupuesto sustancial para emitir sentencia de Fondo en el sentido manifestado por el Consejo de Estado referenciado y ampliado en el siguiente punto.

### **FUNDAMENTOS DE ORDEN JURIDICO Y FACTICO**

Existen tres elementos indispensables en la Responsabilidad Civil Extracontractual a saber: El Daño, el (los) Factor (es) Generador de Responsabilidad y el Nexo de Causalidad o Juicio de Imputabilidad. Cuando se pretende configurar la misma en cabeza del Estado necesariamente ha de considerarse el Artículo 90 de la Constitución

Política de Colombia según el cual, *el estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas (...)*, reafirmando el Daño, el Factor Generador de Responsabilidad y el Nexo de

Causalidad como requisitos sine qua non declarar la Responsabilidad patrimonial del Estado.

Razón por la cual, frente a la ausencia de alguno de los tres no es posible declarar responsabilidad Civil Extracontractual a cargo del Estado, es precisamente esto lo que ocurren en el expediente de la referencia. La ausencia de la Existencia de Daño antijurídico definido como aquel menoscabo o quebrantamiento de un interés legítimo del cual es titular el Señor HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS, no existe, en tanto con el lamentable hecho del 17 de febrero de 2015 ya que nos encontramos frente a un hecho atribuible a un tercero y no al incumplimiento por acción u omisión de funciones propias del instituto.

En atención a que no existen si quiera indicios de la Existencia de la ocurrencia del Daño Antijurídico, en relación al Principio Onus Probandi Incumbi Actori (La carga de la prueba incumbe al actor) y al principio de autorresponsabilidad para las partes (no existe un deber de probar, pero él no probar significa en la mayoría de los casos la derrota); Siendo que en la actividad probatoria que se despliegue en el proceso, se dispone de libertad para aportar, o no, la prueba de los hechos que benefician y/o la contraprueba de aquellos que habiendo siendo acreditados por el adversario en la Litis, pueden perjudicar, en cualquiera de los dos eventos las consecuencias desfavorables derivadas de la eventual inactividad probatoria corren por cuenta y riesgo de la respectiva parte.

Solicito sea declarada la Falta de Legitimación en la Causa por Activa de todos y cada uno de los demandantes por cuanto no le asiste calidad de perjudicados. No obstante en reconocimiento de la Naturaleza bidimensional de esta institución (De hecho y Material) la misma ha de decidirse en la Sentencia, Siendo necesario presentar las siguientes anotaciones jurisprudenciales sobre esta institución:

"En relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable ora a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado, resulta menester Señalar, adicionalmente, que se ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa.

Toda vez que la legitimación en la causa de hecho alude a la relación procesal existente entre demandante legitimado en la causa de hecho por activa y demandado legitimado en la causa de hecho por pasiva y nacida con la presentación de la demanda y con la notificación del auto admisorio de la misma a quien asumirá la posición de demandado, dicha vertiente de la legitimación

procesal se traduce en facultar a los sujetos litigiosos para intervenir en el trámite del plenario y para ejercer sus derechos de defensa y de contradicción; la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño.

En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte

demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra. <sup>17</sup> (Subrayado y Espaciado fuera de Texto).

En relación a la presunta falla en la prestación del Servicio Penitenciario y Carcelario en el lamentable hecho del 17 de febrero del 2015, merece la pena resaltar que el Consejo de Estado ha reconocido que los Servicios a cargo del Estado serán prestados dentro de los límites normales de exigibilidad, en los siguientes términos *"El Estado prestara su servicio dentro de los límites normales de exigibilidad, pero no estará obligado a ejercer sus funciones en un ámbito que genere imposibilidad de hacerlo, así que si se presenta un daño por no ejercer una obligación que se torna imposible de cumplir, la falla del Estado será la relativa"*. Tema frente al cual la Sentencia del 6 de Marzo de 2008 del Consejo de Estado se pronunció manifestando: *"la exigencia que debía hacerse al Estado sobre el cumplimiento de sus obligaciones estaba determinada por la verificación de sus condiciones materiales reales y no sobre criterios ideales o que apenas estén en vía de desarrollo"*. <sup>18</sup>

En este sentido, la sola relación especial de sujeción de los internos al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario no es suficiente para soportar un régimen de responsabilidad civil extracontractual, por cuanto han de valorarse las condiciones (Hechos y omisiones) que devinieron en la ocurrencia del lamentable hecho del 22 de junio de 2015

En atención a los argumentos de orden Jurídico y fáctico esgrimidos, a las supuestas afectaciones por las lesiones sufridas por el Señor HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS y a la inexistencia del Daño antijurídico, estimo prudente decidir de conformidad con el principio de Autorresponsabilidad en la carga de la prueba, resultando conducente la desestimación de todas y cada una de las súplicas de la demanda.

## PRUEBAS

### DOCUMENTALES APORTADAS:

1. REGISTRO VISITORIO DEL INTERNO HAVOTH JAIR ARCHIBOL RAMOS
2. Copia del folio 113 LIBRO DE MINUTAS DE PATIO 3 del 18 de febrero de 2015 al 20 de marzo de 2015) DONDE APARECE REGISTRADA LA NOVEDAD DE LA LESION SUFRIDA POR EL INTERNO HAVOT JAIR ARCHIBOL, en fecha 17 de febrero de 2015.
3. Copia del folio 264 del LIBRO DE GUARDIA INTERNA (del 17 de enero de 2015 al 4 de marzo de 2015) donde aparece registrado la novedad de la lesión sufrida por el interno HAVOT JAIR ARCHIBOL, en fecha 17 de febrero de 2015.
4. CARTILLA BIOGRAFICA DEL INTERNO JAVOT HAIR ARCHIBOL RAMOS

<sup>17</sup> Sobre legitimación en la causa, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 22 de noviembre de 2001, rad. 13356, del 15 de junio de 2000, rad. 10171, del 31 de octubre de 2007, rad. 13.503, del 17 de junio de 2004, MP. María Elena Giraldo Gómez, rad. 76001-23-31-000-1993-0090-01(14452) y 1 de marzo de 2006, MP. Alier E. Hernández Enríquez, rad. 13764.

<sup>18</sup> (Sentencia 6 de marzo de 2008, Consejo de Estado, sección tercera)

5. TARJETA DE INGRESO O DECACTILAR DEL INTERNO HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS.

6. copia de historia clínica contenida en 13 folios, del señor HAVOT JAIR ARCHIBOL RAMOS.

## ANEXOS

1. Poder para actuar.

2. Copia de la Resolución de nombramiento del TC® CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS

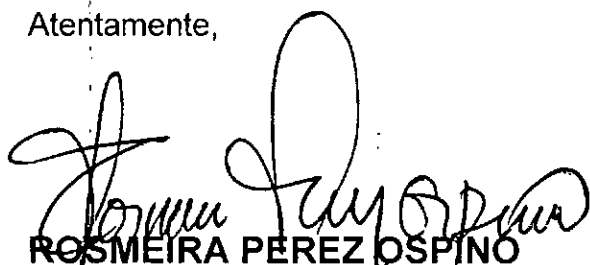
3. Copia del Acta de Posesión del TC® CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS como Director Regional Norte del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.

## NOTIFICACIONES

A mí representado INPEC y al suscrito en la siguiente dirección: Barrio Ternerá Diagonal 31 No 85-180, y en los Correos electrónicos Institucional: [epccartagena@inpec.gov.co](mailto:epccartagena@inpec.gov.co), [rosmeira.perez@inpec.gov.co](mailto:rosmeira.perez@inpec.gov.co).

De Usted Señor Juez,

Atentamente,



**ROSMEIRA PÉREZ OSPINO**  
C.C. 45.748.348 De Sopla Viento – Bolívar  
T.P. 80113 C.S.de la J

24

**Señor (es)**  
**JUZGADO 15 ADMINISTRATIVO ORAL**  
**DEL CIRCUITO DE CARTAGENA**

**ACCION:** REPARACION DIRECTA  
**DEMANDANTE:** HAVOT JAIR ARCHBOLD RAMOS Y OTROS  
**DEMANDADO:** INPEC  
**RADICADO:** 2016-00384-00

**TC® CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS**, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7.221.900 Expedida en Duitama Boyacá, con oficina situada en la Carrera 58 No. 72-76 Barranquilla, en mi condición de Director Regional Norte- 3 INPEC-, en ejercicio de las facultades conferidas por el Director General del INPEC, a usted muy respetuosamente me dirijo para manifestarle que le otorgo poder amplio y suficiente en cuanto a derecho se refiere a la Doctora **ROSMEIRAPEREZ OSPINO** también mayor de edad, identificada con la Cédula de Ciudadanía 45.748.348 y Tarjeta Profesional No. 80113 del CSJ, para que en nombre y representación del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC actúe en proceso de Reparación Directa, donde es Demandante **HAVOT JAIR ARCHBOLD RAMOS Y OTROS**

La Doctora **ROSMEIRA PEREZ OSPINO**, queda ampliamente facultada para recibir, desistir, transigir, sustituir, conciliar (con autorización del Comité de Conciliación y Defensa Judicial del INPEC), reasumir, notificarse de providencias e interponer todos los recursos de ley y en general todas aquellas actuaciones para lo cual la faculta la ley para el buen cumplimiento de su gestión.

Ruego a usted reconocerle la correspondiente personería en los términos y efectos de este poder.

**Atentamente,**

**TC® CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS**  
C.C. No. 7.221.900 Expedida en Duitama Boyacá

**Acepto,**

**ROSMEIRAPEREZ OSPINO**  
C.C. No. 45.748.348 Tarjeta  
Profesional No. 80113 del CSJ

02 OCT. 2017

0.5 ci (1.2)

Carlos Julio Pineta Granados  
CE # 7.221.900

Carlos Julio Pineta Granados

RESOLUCIÓN NÚMERO 003491 DEL 30 OCT. 2013

"Por medio de la cual se hace un nombramiento ordinario"

EL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO

En uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el Artículo 12 del Decreto 407 de 1994 y Artículo 8º Numeral 6 del Decreto 4151 del 03 de noviembre de 2011.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Nombrar con carácter ordinario al Señor CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No 7.221.900 expedida Quilama (Boyacá), en el cargo de Director Regional, Código 0042 Grado 17 de la Regional Norte, con una asignación básica mensual de CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL CIENTO VEINTIOCHO PESOS (\$4.712.128) Moneda Corriente.

ARTÍCULO 2º. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los 30 OCT. 2013

Mayor General GUSTAVO ADOLFO RICAURTE TAPIA  
Director General Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

Preside: J. C. JUAN CARLOS RIVERA GONZÁLEZ  
Director General de Ejecución y Vigilancia

EDWIN ARTURO RUIZ RODRÍGUEZ  
Subdirector de Ejecución

Asiste: NANCY ROBERTO CORTÉS  
Coordinadora General

LIZ MARÍA GARCÍA AVILA  
Profesional General GATL

Elaboró: Ángela Bernal Ríos  
16/09/2013/Redacción, C. U. del Documento SIERRA FACTOS ADMINISTRATIVOS 2013/ASIN FUNCIONES L.P.



INPEC

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

ACTA DE POSESION

(CONFORME AL DECRETO REGLAMENTARIO No. 1950 DE 1973)

01 cto.

02 Fecha

|                                                                                                          |                                                      |                                             |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------|
| 03 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ                                                                                | 04 DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA                      |                                             |        |
| 05 SE PRESENTÓ AL DESPACHO DEL DIRECTOR GENERAL                                                          |                                                      |                                             |        |
| 06 EL SEÑOR CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS                                                                 |                                                      |                                             |        |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                   | 07 CLASE C. CIUDADANIA                               | 08 No 7.221.900                             |        |
| 09 CON EL FIN DE TOMAR POSESION DEL CARGO DE DIRECTOR REGIONAL CÓDIGO 0042 GRADO 17 DE LA REGIONAL NORTE |                                                      |                                             |        |
| PARA EL CUAL FUE NOMBRADA MEDIANTE:                                                                      |                                                      | 10 RESOLUCIÓN                               | 11 No. |
| 12 DE FECHA:                                                                                             |                                                      | 13 CON CARÁCTER DE : NÓMBRAMIENTO ORDINARIO |        |
| 14 Y CON UNA ASIGNACIÓN MENSUAL DE \$( 4.712.128 .00)                                                    |                                                      | SOBRESUELDO: 0                              |        |
| PRESTÓ JURAMENTO CONFORME A LOS PRECEPTOS LEGALES Y PRESENTÓ LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN :                |                                                      |                                             |        |
| 16 LIBRETA MILITAR No.                                                                                   | 18 EXPEDIDA EN:                                      | 17 DISTRITO:                                |        |
| 18 CERTIFICADO JUDICIAL Y DE POLICIA DE FECHA                                                            | 19. EXPEDIDÓ EN LA PAGINA WEB DE LA POLICIA NACIONAL |                                             |        |
| 20 CERTIFICADO MÉDICO                                                                                    | 21EXPEDIDO POR:                                      |                                             |        |
| 22 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS                                                                           | DE FECHA :                                           |                                             |        |
| CARLOS JULIO PINEDA GRANADOS                                                                             |                                                      | H.G. GUSTAVO ADOLFO RICAURTE TAPIA          |        |
| 23 FIRMA DEL POSESIONADO                                                                                 |                                                      | 24 FIRMA DE QUIEN DA POSESION               |        |

OBSERVACION: Todas las cargas del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, son del Orden Nacional y por tanto en cumplimiento al Artículo 24 del Decreto 407, el Señor Director del Instituto podrá disponer su ubicación a través de cualquier sede del Instituto en el territorio nacional.

OYMIPOSESIO.DOT

Calle 26 No. 27-48, PBX 2347474 Ext. 170  
ghuacana@inpec.gov.co  
Código PDE.

Página 1 de 1



PROSPERIDAD  
PARA TODOS



Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC  
Ministerio de Justicia y del Derecho  
República de Colombia

RESOLUCION No. 002529 DEL 10 JUL 2012

Por la cual se derogan las Resoluciones Números 0711 del 7 de Febrero de 2006 por la cual se delegan unas funciones y 4397/11, por la cual se modificó la Resolución 0711/06.

**El Director General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC,**

En uso de sus facultades legales y en particular las previstas en el artículo 9 de la Ley 489 de 1998 y

**CONSIDERANDO,**

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 48 Numeral 9 del Decreto 1890 de 1999, el Director del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, mediante la Resolución 0711 del 7 de febrero/06, delegó la Representación legal del INPEC en el Jefe de la Oficina Jurídica y en los Directores Regionales.

Que mediante la Resolución 4397 del 27 de octubre de 2011 se modificó la Resolución 0711 del 7 de febrero de 2006, en el sentido de expresar que la delegación de la representación legal del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, se hace en el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y los Subdirectores Operativos, de conformidad con la aprobación de la modificación de la planta de personal que hizo el Decreto 271 de 2010 y que creó los cargos de Subdirector Operativo y de Jefe de Oficina Asesora Jurídica.

Que el Decreto 4151 del 3 de noviembre de 2011, modificó la estructura del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC y determina en su Artículo 8 las Funciones de la Dirección General y en su numeral 8 le asigna la de constituir mandatarios y apoderados que representen a la entidad en los asuntos judiciales y demás de carácter litigioso.

Que el Decreto 4969 del 30 de diciembre de 2011 aprobó la modificación de la planta de empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, en el artículo segundo suprimió 10 cargos de Subdirectores Operativos y 3 Jefes de Oficina Asesora, y en el artículo tercero crea 6 cargos de Director Regional y 3 cargos de Jefe Oficina Asesora.

Que el artículo 9 de la Ley 489 de 1998, señala que "las autoridades administrativas, en virtud de lo dispuesto en la Constitución Política y de conformidad con la presente ley, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias".

"Sin perjuicio de las delegaciones previstas en leyes orgánicas, en todo caso, los ministros, directores de departamento administrativo, superintendentes, representantes legales de organismos y entidades que posean una estructura independiente y autonomía administrativa podrán delegar la atención y decisión de los asuntos a ellos confiados por la ley y los actos orgánicos respectivos, en los empleados públicos de los niveles directivo y asesor vinculados al organismo correspondiente, con el propósito de dar desarrollo a los principios de la función administrativa enunciados en el artículo 209 de la Constitución Política y en la presente ley".

INSTITUTO NACIONAL  
PENITENCIARIO Y CARCELARIO

EL ORIGINAL DE ESTE DOCUMENTO  
EN LA OFICINA ASESORA JURIDICA

En Bogotá a los \_\_\_\_\_

RESOLUCIÓN NUMERO 002529 DE 16 JUL 2012 HOJA No. 2

Por la cual se derogan las Resoluciones Números 0711 del 7 de Febrero de 2006 por la cual se delegan unas funciones y 4397/11, por la cual se modificó la Resolución 0711/06.

Que ante la nueva normatividad referida, se hace necesario unificar y precisar las delegaciones conferidas y por consiguiente derogar la Resolución Número 0711 de 2006 y la Resolución 4397 del 27 de octubre de 2011.

En mérito de lo expuesto.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Derogar las Resoluciones Números 0711 de 2006 y 4397 del 27 de octubre de 2011.

**ARTICULO SEGUNDO:** Delegar en el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y en los Directores Regionales del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, la función de constituir mandatarios y apoderados que representen a la entidad en los asuntos judiciales y demás de carácter litigioso en los que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario sea demandado, investigado y requerido y en los asuntos Judiciales de carácter litigioso en los que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario deba actuar como demandante, denunciante y/o reclamante, como también para interponer demandas por acción de repetición.

**ARTICULO TERCERO:** El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, debe constituir los mandatarios y apoderados de que habla el artículo primero de esta resolución, en los Abogados de la Oficina Asesora Jurídica, para que actúen en la Ciudad de Bogotá en los asuntos que se surtan en primera y segunda instancia ante el Consejo de Estado y en los Abogados de la Escuela de Formación Enrique Low Murda, para que actúen en los Juzgados del Municipio de Facatativá.

**ARTICULO CUARTO:** Cada uno de los Directores Regionales del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, deben constituir mandatarios y apoderados en todo el territorio que comprenda su Jurisdicción geográfica y funcional, tanto en primera como en segunda instancia, con excepción de los procesos que deban surtir la segunda instancia ante el Consejo de Estado, procesos que serán defendidos por los Abogados de la Oficina Asesora Jurídica del INPEC.

La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los

16 JUL 2012

Brigadier General GUSTAVO ADOLFO RICAURTE TAPIA  
Director General del INPEC

Dra. MARIA FERNANDA ESCOBAR SILVA  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

CARLO ANTONIO ROA  
Coordinador Grupo de Jurisdicción  
Coactiva Demandas y Defensa Judicial

Proyectó: Dr. Camilo Antón Roa.  
Revisó: Dra. Luz Mirella Tovar de Cacho.  
Aprobó: Dra. María Fernanda Escobar Silva.

INSTITUTO NACIONAL  
PENITENCIARIO Y CARCELARIO

OFICINA ASESORA JURIDICA

Bogotá, D.C.

32

SISIPEC WEB - O. S. I. - INPEC Inactivar visitas por solicitud del interno

Datos del interno

Interno

798555

TD

303028769

Ingr.

3

Fec ingreso

18/09/2017

1er Apellido

ARCHBOLD

2do Apellido

RAMOS

Nombres

HAYOT JAIR

Estado

Ale

Ubicación del interno

ALJEPMSC CARTAGENA, PATIO 4

Ubicación Parametrizada

ALJEPMSCCAR PAT4

Visitantes del interno registrados en este establecimiento

| Persona  | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres        | No. Identificación | Vínculo  |                                     |
|----------|-----------------|------------------|----------------|--------------------|----------|-------------------------------------|
| 10409014 | ARRIETA         |                  | INOCENCIO      |                    | Familiar | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10421628 | FONTALVO        | VELEZ            | LAURA          |                    | Amigo    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5182951  | RAMOS           | CASTRO           | KETTY PATRICIA | 45446489           | Familiar | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6034403  | ARCHIVO         | L RAMOS          | ANDREA ESTEFAN | 1050959613         | Familiar | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7376083  | SABALZA         | CHIQUILLO        | KARINA         | 1001897815         | Familiar | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10408664 | ARRIETA         | PEREZ            | JULIA          | 1235042719         | Familiar | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10408666 | MARTINEZ        | RAMOS            | MANYURI        |                    | Familiar | <input checked="" 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"/>            |

Observaciones

Visitante

11401784

Fec. Visita Inicial

18/09/2017

Fec. Visita Final

01/01/2020

Sexo

Masculino

Vínculo Ingr.

Familiar

Parentesco

SUEGRO(A)

Motivo desactivación

Activar

Inactivar

Ver Foto

Control Visita

41378150

79

En Hrs Avendo  
en Folio # 112  
E/Suma  
588

# Atenciones

15 0855 (01) Depresión  
(01) hospitalizado  
(02) remisión  
(01) Bando. Adm. 72

Para fines Per todos Sin más reunión  
De pabellón al Dyte UNAZO y el  
Dyde JOSEPH MABRE dyendo a su  
Cuyo en total de 1588 Cimientos.  
Ochenta y ocho Internos se incluyen  
(01) hospitalizado (01) en Admisión  
(02) en remisión local (11) en trabajo  
admisión bajo custodia de Clemente  
Propios del Servicio Sin más reunión  
Entregue Dy Luis y Re  
Pu

15 10:30 Nota  
P.N.A

A esta hora se presenta una ríñea en  
la parte interna del pabellón #3  
y se procede a sacar a los in-  
ternos Jhon jairo castillo Rivera,  
Miguel antel Ruiz chico y Edeardo  
Jose Cabrera arroyo ya estos es-  
taban alterando el orden del  
pabellón. Cabe recordar que el in-  
terno Cabrera arroyo Jose le pro-  
pinó una herida en el brazo de  
recho al Interno Jair archivos  
con un arma cortoponsante de  
fabricación artesanal. de esta no-  
vedad tiene conocimiento el  
Comandante de Vigilancia capi-  
tan Luis Sanchez quien orde-  
na dejarlos en el cubículo del  
pabellón #3 en calidad de guar-  
dos. la anterior se realiza para  
los fines que se estimen pertinen-  
tes son unas novedades

12:30 Almuerzo

suministrado a todo el personal  
de interno el cual consta según men-  
del día incluyendo las dietas Sin

fecha Hora Asunto

170215 11:15 U. Vitol.

A las 11:15 horas  
Sucedieron y por el cual  
Señala una herida sin más  
Sale de urgencia el interno  
Salvador Torrenegra Hector, al  
cual es transportado en la Am-  
bulancia de placas NDK 057  
con vigilancia del Dte Norvel  
Roger, dicha interna sale con  
heridas producidas con arma  
cortopuntante de fabricación  
carcelaria provocadas en Pinar  
Sustado en el interior del Peto  
#4 sin más novedad -

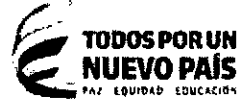
170215 11:30 U. Vitol

Salen de urgencia los internos  
Martinez Blanco Plagos y Archival  
Romero Hout quienes sostuvieron  
luchas con arma cortopuntante  
producida en Pinar Sustado  
en la mano de la mano al  
interior del Peto y, dichos internos  
salen con vigilancia de los Dtes  
Pitahua Correa Alvaro y Bata  
Jules Castro, siendo transpor-  
tados en la Ambulancia de  
Placas KNU 638 sin más  
novedad

170215 11:35 NOTA

Recapitula los problemas de orden inter-  
no ocurridos al interior del Peto  
#4 fueron sacados hasta el  
ano de Recapitula los internos  
Correa Salvador Jose, Escobar  
Ferrer Jesus y Ramirez Juvenal  
Jair, esto con el fin de preser-  
var el orden y la Seguridad

25



EPMSC CARTAGENA - REGIONAL NORTE

Fecha generación: 09/10/2017 05:03 PM

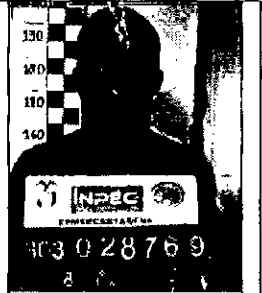
CARTILLA BIOGRÁFICA DEL INTERNO

N.U 798555 Apellidos y Nombres: ARCHIBOLT RAMOS HAVOT JAIR \* Identificado Plenamente: NO

\* Sin verificar INTER-AFIS RNEC

I. IDENTIFICACIÓN DEL INTERNO

T.D 303028769 Identificación: 1047469356 Expedida en: Cartagena-Bolivar  
Lugar y Fecha de Nacimiento: Cartagena-Bolivar, 05/03/1994  
Sexo: Masculino Estado Civil: Unión Libre Cónyuge: JULIA PEREZ  
No. Hijos: Padre: HUGO ARCHIBOLT (+) Madre: KETY PATRICIA RAMOS  
Dirección: Barrio Bosque Transversal 44 Nro 21-62 Teléfono: 3126550335  
Ciudad de Residencia: Cartagena-Bolivar  
de Ingresos: 13 Fecha Ingreso: 18/09/2017  
Estado Ingreso: Alta Fecha Captura: 15/09/2017  
Observación:



II. OTROS DATOS DEL INTERNO

Alias: Apodos:

III. INFORMACIÓN DEL PROCESO ACTIVO

No.Caso: 6931343 No.Proceso: 130016001129201603924 Situación Jurídica: Sindicado  
Autoridad a JUZGADO 8 PENAL MUNICIPAL DE CARTAGENA ( BOLAR - COLOMBIA )  
Disposición: 2956808 Fecha: 15/09/2017 Etapa: Juzgamiento/Juicio Instancia: Primera  
Sindicado por: Homicidio Agravado  
Fabricacion trafico y porte de armas de fuego o municiones

III-I Historia Procesal - Disposiciones Proceso Activo

III-II Providencias del Proceso

Documentos Soporte Bajas -Terminación Proceso por Autoridad

| No.     | Fecha      | Clase                            | No. Caso | Tipo Libertad                                     | Autoridad                                                      | Observaciones |
|---------|------------|----------------------------------|----------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------|
| 6717949 | 23/04/2015 | Boleta de libertad por autoridad | 6717949  | Libertad Inmediata                                | JUZGADO 4 PENAL DEL CIRCUITO CARTAGENA BOLIVAR - COLOMBIA      |               |
| 6677437 | 27/05/2014 | Boleta de libertad por autoridad | 6677437  | Libertad Inmediata                                | JUZGADO 5 PENAL MUNICIPAL CARTAGENA BOLIVAR - COLOMBIA         |               |
| 6656496 | 09/10/2013 | Boleta de libertad por autoridad | 6656496  | Suspensión condicional de la ejecución de la pena | JUZGADO 13 PENAL MUNICIPAL DE CARTAGENA ( BOLIVAR - COLOMBIA ) |               |

IV. INFORMACIÓN DE PROCESOS REQUERIDOS

IV-I Historia Procesal - Requeridos

IV-II Documentos Soporte - Procesos Requeridos

16

76



EPMSC CARTAGENA - REGIONAL NORTE

Fecha generación: 09/10/2017 05:03 PM

CARTILLA BIOGRÁFICA DEL INTERNO

|             |                                                 |                               |
|-------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|
| N.U. 798555 | Apellidos y Nombres: ARCHIBOLT RAMOS HAVOT JAIR | * Identificado Plenamente: NO |
|-------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|

V. INFORMACION DE OTROS PROCESOS

|                                                                                            |                                   |                               |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| No.Caso: 6656496                                                                           | No.Proceso: 2013-02854            | S.J. Condenado                | Estado: Instruccion/Investi |
| Autoridad a cargo: JUZGADO 2 PENAL MUNICIPAL AMBULANTE DE CARTAGENA ( BOLIVAR - COLOMBIA ) |                                   |                               |                             |
| Disposición: 2208847                                                                       | Fecha: 28/06/2013                 | Etaa: Instruccion/Investigaci | Instancia: Primera          |
| No.Caso: 6656496                                                                           | No.Proceso: 2013-02854            | S.J. Condenado                | Estado: Juzgamiento/Juicio  |
| Autoridad a cargo: JUZGADO 13 PENAL MUNICIPAL DE CARTAGENA ( BOLIVAR - COLOMBIA )          |                                   |                               |                             |
| Disposición: 2256264                                                                       | Fecha: 09/10/2013                 | Etaa: Juzgamiento/Juicio      | Instancia: Primera          |
| No.Caso: 6677437                                                                           | No.Proceso: 2012-03457            | S.J. Sindicado                | Estado: Juzgamiento/Juicio  |
| Autoridad a cargo: JUZGADO 5 PENAL MUNICIPAL CARTAGENA BOLIVAR - COLOMBIA                  |                                   |                               |                             |
| Disposición: 2263772                                                                       | Fecha: 14/06/2013                 | Etaa: Juzgamiento/Juicio      | Instancia: Primera          |
| No.Caso: 6717949                                                                           | No.Proceso: 130016001129201400766 | S.J. Sindicado                | Estado: Juzgamiento/Juicio  |
| Autoridad a cargo: JUZGADO 9 PENAL MUNICIPAL DE CARTAGENA ( BOLAR - COLOMBIA )             |                                   |                               |                             |
| Disposición: 2367993                                                                       | Fecha: 28/02/2014                 | Etaa: Juzgamiento/Juicio      | Instancia: Primera          |
| No.Caso: 6717949                                                                           | No.Proceso: 201400766 NI 14630    | S.J. Sindicado                | Estado: Juzgamiento/Juicio  |
| Autoridad a cargo: JUZGADO 4 PENAL DEL CIRCUITO CARTAGENA BOLIVAR - COLOMBIA               |                                   |                               |                             |
| Disposición: 2511803                                                                       | Fecha: 13/02/2015                 | Etaa: Juzgamiento/Juicio      | Instancia: Primera          |

V-I Providencias de Otros Procesos

V-II Soporte Documentos Otros Procesos

VI. UBICACIONES DEL INTERNO

| No.Acta  | Fecha      | Nombre de la Ubicación                                                               | Estado             |
|----------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 303-0085 | 19/09/2017 | Aljepmsc Cartagena, Patio 4                                                          | Ubicación actual   |
| 303-0075 | 10/06/2014 | Aljepmsc Cartagena, Patio 3                                                          | Ubicación anterior |
| 303-046  | 03/04/2014 | Aljepmsc Cartagena, Patio 3                                                          | Ubicación anterior |
| 303-045  | 03/04/2014 | Aljepmsc Cartagena, Patio 1, Piso 2, Pasillo D, Celda 1                              | Ubicación anterior |
| 303-1132 | 18/07/2013 | Alojamiento Internos Epc Cartagena, Pabellon A, Patio A2, Piso 2, Pasillo 1, Celda 1 | Ubicación anterior |
| 303-1131 | 17/07/2013 | Alojamiento Internos Epc Cartagena, Pabellon A, Patio A2, Piso 2, Pasillo 1, Celda 1 | Ubicación anterior |
| 303-1130 | 15/07/2013 | Alojamiento Internos Epc Cartagena, Patio D2, Piso2, Pasillo2                        | Ubicación anterior |
| 303-1124 | 04/07/2013 | Alojamiento Internos Epc Cartagena, Pabellon A, Patio A2, Piso 2                     | Ubicación anterior |

VII. CALIFICACIONES DE CONDUCTA

| No.Acta      | Fecha      | Evaluación desde | Evaluación hasta | Calificación | Observaciones |
|--------------|------------|------------------|------------------|--------------|---------------|
| 303-0082015  | 11/03/2015 | 01/12/2014       | 28/02/2015       | Ejemplar     |               |
| 303-0302014  | 03/12/2014 | 01/09/2014       | 30/11/2014       | Buena        |               |
| 303-025-2014 | 10/09/2014 | 01/06/2014       | 31/08/2014       | Buena        |               |
| 303-018-2014 | 09/07/2014 | 01/03/2014       | 31/05/2014       | Buena        |               |
| 303-009-2014 | 02/04/2014 | 28/12/2013       | 27/03/2014       | Buena        |               |
| 303-001-2014 | 22/01/2014 | 28/09/2013       | 27/12/2013       | Buena        | Buena segunda |

19

EPMSC CARTAGENA - REGIONAL NORTE

Fecha generación: 09/10/2017 05:03 PM

CARTILLA BIOGRÁFICA DEL INTERNO

|              |            |                      |                  |              |                            |                            |    |
|--------------|------------|----------------------|------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|----|
| N.U          | 798555     | Apellidos y Nombres: |                  |              | ARCHIBOLT RAMOS HAVOT JAIR | * Identificado Plenamente: | NO |
| No.Acta      | Fecha      | Evaluación desde     | Evaluación hasta | Calificación | Observaciones              |                            |    |
| 303-022-2013 | 03/10/2013 | 28/06/2013           | 27/09/2013       | Buena        | Buena primera              |                            |    |

VIII. CLASIFICACIÓN EN FASE

IX. SANCIONES DISCIPLINARIAS

X. BENEFICIOS ADMINISTRATIVOS

X-I Programación Beneficios Administrativos

XI. TRASLADOS

XII. CERTIFICACIONES TEE

| No.Cert.                   | Fecha | FechaI | FechaF | T. Horas |
|----------------------------|-------|--------|--------|----------|
| XII-I Actividad Actual TEE |       |        |        |          |

XIII. INFORMACIÓN DOMICILIARIA

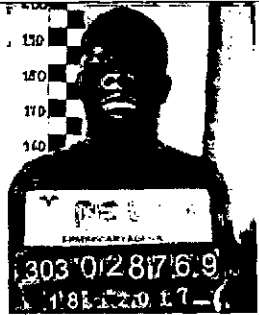
XIII-I Programación Visitas Domiciliarias

*Milena Del Carmen Beltran Perez*  
DRA..MILENA DEL CARMEN BELTRAN PEREZ  
ASESOR JURIDICO



EPMSC CARTAGENA

TARJETA DECACTILAR  
Fecha Impresión : 31/10/2017 10:48:14



|          |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|
| Fórmula: |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|

Interno: 798555    T.D 303028769    F.Captura: 15/09/2017    F.Ingreso: 18/09/2017    AFIS:

Apellidos: **ARCHBOLD RAMOS**    Nombres : **HAVOT JAIR**

Alias:

Apodo:    Domicilio actual: Barrio Bosque Transversal 44 Nro 21-62 Cartagena-Bolivar

No. Identificación 1047469356    Expedida en : Cartagena-Bolivar

Fecha/LugarNacimient 05/03/1994 en Cartagena-Bolivar    Estatura 188    Estado Civil: Union Libre    Sexo: M

Nombre del padre: Hugo Archibolt (+)    Nombre de la madre: Kely Patricia Ramos    No. Hijos:

Educación: Grado 10 Media    Nombre de compañero(a) permanente o    Julia Perez

Ocupación u oficio:    Profesión:

|                            |                                  |                                    |
|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Contextura: Atletico       | Ojos Tamaño: Medianos            | Menton Forma: Agudo                |
| Color Piel: Morena         | Forma: Redondos                  | Perfil: Saliente                   |
|                            | Color Iris: Castaño Oscuro       | Particularidad: Sin Particularidad |
| Cabello Naturaleza: Crespo | Nariz Dorso: Sinuoso             | Cantidad Barba: Escaso             |
| Color: Negro               | Base: Horizontal                 | Forma:                             |
| Calvicie: Lateral          | Boca Tamaño: Grande              |                                    |
| Longitud: Ancha            | Labios Grosor: Gruesos           | Orejas Tamaño: Mediana             |
| Frente Altura: Alta        | Comisura: Asimétrica             | Posición: Separadas                |
| Cejas Cantidad: Pobladas   |                                  | Lóbulo: Separado                   |
| Forma: Arqueada            | Dentadura Naturaleza: Incompleta |                                    |
| Posición: Unidas           |                                  |                                    |

Señales Particulares: Cicatris En Antebrazo Izquierdo Y Otra En Mano Izquierda, Tatuaje En Medio De La Espalda Con Forma De Letras "Ket Y Hugo"

Observaciones:

Autoridad: Juzgado 8 Penal Municipal De Cartagena ( Bolar - Colombia )

No. Proceso: 130016001129201603924    Fecha Captura Proceso: 15/09/2017

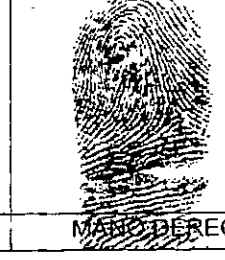
Delito: Fabricacion Trafico Y Porte De Armas De Fuego O Mu-Homicidio

Reseñado por: Liliana Mercedes Camacho Pautt    Firma del Reseñado : \_\_\_\_\_

# TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

|    |           |                              |  |
|----|-----------|------------------------------|--|
| N° | 303028769 | FÓRMULA DACTILOSCOPICA _____ |  |
|----|-----------|------------------------------|--|

| MANO DERECHA                                                                        |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. PULGAR                                                                           | 2. INDICE                                                                            | 3. MEDIO                                                                             | 4. ANULAR                                                                            | 5. MENIQUE                                                                           |
|   |   |   |   |   |
| MANO IZQUIERDA                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |
| 1. PULGAR                                                                           | 2. INDICE                                                                            | 3. MEDIO                                                                             | 4. ANULAR                                                                            | 5. MENIQUE                                                                           |
|  |  |  |  |  |
| MANO IZQUIERDA                                                                      |                                                                                      | MANO DERECHA                                                                         |                                                                                      |                                                                                      |
|                                                                                     |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |                                                                                      |
| PULGAR                                                                              |                                                                                      | PULGAR                                                                               |                                                                                      |                                                                                      |

1706

80

13

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Caja de Fines para el Seguro de Contingencias<br><b>SOLICITUD DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | CODIGO: M-PSS-VMS-F09<br>FECHA: JUNIO DE 2009<br>VERSION: 02                                                                                                                   |  |
| No. de Solicitud: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Fecha de Verificación: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                 |  |
| Fecha de Referencia: 26/05/14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Fecha de Reporte a Entidad Referente: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                  |  |
| Fecha de Referencia: 26/05/14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Fecha de Referencia: 26/05/14                                                                                                                                                  |  |
| 1. Ambulatorio <input checked="" type="checkbox"/> 2. En Urgencia <input type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 1. En casa <input type="checkbox"/> 2. En centro de salud <input checked="" type="checkbox"/> 3. Urgencia <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Identificación del Paciente</b><br>Primer Nombre: <u>RAFAEL</u> Segundo Nombre: <u>DAVID</u> Primer Apellido: <u>MENDOZA</u> Segundo Apellido: <u>RAMOS</u><br>Edad: Año: <u>20</u> Meses: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Día: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dirección de Residencia: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>ID: <u>12</u> No. Identificación: <u>1047469-356</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino<br>CC = cedula de ciudadanía RC = Registro Civil MA = Menor en edad de inscripción<br>TI = Tarjeta de identidad PA = Pasaporte AS = Acta de nacimiento UIC = UIC |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Persona Responsable (Obligatorio para otros fines legales)</b><br>Nombre y Apellido: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dirección: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Teléfono: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Atención SCSS</b><br>Situación: <input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Social Nivel Subir: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Población Impactada: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>Contributivo: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] No. Pcia: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 1 = Indígena S = IVA Social M = Menor en edad de inscripción<br>Clasif. Socioecon.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] OCU: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 2 = Indígena D = Desaparecidos G = Otros                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Solicitud de Referencia</b><br>Fecha: Día <u>26</u> Mes <u>05</u> Año <u>14</u> Hora: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Nombre del procedimiento solicitado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Código servicio solicitado</b>                                                                                                                                              |  |
| 1. <u>QUIRURGIA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <u>GENERAL</u>                                                                                                                                                                 |  |
| 2. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ]                                                                                                                                                                            |  |
| 3. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ]                                                                                                                                                                            |  |
| 4. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ]                                                                                                                                                                            |  |
| 5. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ]                                                                                                                                                                            |  |
| 6. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ]                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Atendimiento</b><br><u>Atendido en consulta</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Examen físico</b><br><u>Seis exámenes de oídos por el 2x3 cm</u><br><u>la parte por el oído</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Resultados de exámenes diagnósticos</b><br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Nombre de diagnóstico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Código de Diagnóstico</b>                                                                                                                                                   |  |
| 1. <u>Tramitación de oído</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                        |  |
| 2. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                        |  |
| 3. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                        |  |
| 4. [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                        |  |
| <b>Tratamiento / Complicaciones</b><br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Motivo Referencia</b><br>1. Servicio no ofertado <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ausencia de especialista <input type="checkbox"/> 3. Falta de información <input type="checkbox"/> 4. Falta de diagnóstico <input type="checkbox"/> 5. Falta de control <input type="checkbox"/> 6. Caso de notificación <input type="checkbox"/> 7. Emergencia <input type="checkbox"/> 8. Otro: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Datos de referencia</b><br>Nombre: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>Pcia: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>Datos de control</b><br>Nombre del profesional que acepta: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[Para remitir a urgencia o hospital]                                  |  |

RECIBIDO EN LA CLINICA

Dr. Kevin David Polo Mora  
 MEDICO  
 232494

INPEC  
 JUNIO 2009

\* Esta remisión tiene validez de 30 días a partir de la fecha de expedición

Elipiente por medicina

12



## 1. ESTABLECIMIENTO CARCELARIO

### 3. MES

4. AÑO

5. NOMBRE DEL ODONTÓLOGO

7. GRUPO ETAREO: 18-45 AÑOS

— **OTROS**

## 6. TIPO DE CONSULTA:

**PROGRAMA:**

**URGÊNCIAS**

1

187-6  
KATAMIENTOS  
ODONTOLOGICOS

| DIAGNOSTICO |   | 14 SEXO |   | 15        |   | 16 SESION EN EL SERVICIO |   | 17 PROCEDENCIA |    | 18 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS |    | 19 PERIODONCIA |    | 20 CIRUGIA |    | 21 MD. ORAL |    |
|-------------|---|---------|---|-----------|---|--------------------------|---|----------------|----|-------------------------------|----|----------------|----|------------|----|-------------|----|
| 1           | 2 | 3       | 4 | 5         | 6 | 7                        | 8 | 9              | 10 | 11                            | 12 | 13             | 14 | 15         | 16 | 17          | 18 |
| NOMBRE      |   | CODIGO  |   | MASCULINO |   | FEMENINO                 |   | OBSTETRICAS    |    | 1 VEZ                         |    | 1 REP          |    | 1          |    | ATENCION    |    |
| 1           |   | 2       |   | 3         |   | 4                        |   | 5              |    | 6                             |    | 7              |    | 8          |    | 9           |    |
| 10          |   | 11      |   | 12        |   | 13                       |   | 14             |    | 15                            |    | 16             |    | 17         |    | 18          |    |
| 19          |   | 20      |   | 21        |   | 22                       |   | 23             |    | 24                            |    | 25             |    | 26         |    | 27          |    |
| 28          |   | 29      |   | 30        |   | 31                       |   | 32             |    | 33                            |    | 34             |    | 35         |    | 36          |    |
| 37          |   | 38      |   | 39        |   | 40                       |   | 41             |    | 42                            |    | 43             |    | 44         |    | 45          |    |
| 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         |   | 101     |   | 102       |   | 103                      |   | 104            |    | 105                           |    | 106            |    | 107        |    | 108         |    |
| 109         |   | 110     |   | 111       |   | 112                      |   | 113            |    | 114                           |    | 115            |    | 116        |    | 117         |    |
| 118         |   | 119     |   | 120       |   | 121                      |   | 122            |    | 123                           |    | 124            |    | 125        |    | 126         |    |
| 127         |   | 128     |   | 129       |   | 130                      |   | 131            |    | 132                           |    | 133            |    | 134        |    | 135         |    |
| 136         |   | 137     |   | 138       |   | 139                      |   | 140            |    | 141                           |    | 142            |    | 143        |    | 144         |    |
| 145         |   | 146     |   | 147       |   | 148                      |   | 149            |    | 150                           |    | 151            |    | 152        |    | 153         |    |
| 154         |   | 155     |   | 156       |   | 157                      |   | 158            |    | 159                           |    | 160            |    | 161        |    | 162         |    |
| 163         |   | 164     |   | 165       |   | 166                      |   | 167            |    | 168                           |    | 169            |    | 170        |    | 171         |    |
| 172         |   | 173     |   | 174       |   | 175                      |   | 176            |    | 177                           |    | 178            |    | 179        |    | 180         |    |
| 181         |   | 182     |   | 183       |   | 184                      |   | 185            |    | 186                           |    | 187            |    | 188        |    | 189         |    |
| 190         |   | 191     |   | 192       |   | 193                      |   | 194            |    | 195                           |    | 196            |    | 197        |    | 198         |    |
| 199         |   | 200     |   | 201       |   | 202                      |   | 203            |    | 204                           |    | 205            |    | 206        |    | 207         |    |
| 208         |   | 209     |   | 210       |   | 211                      |   | 212            |    | 213                           |    | 214            |    | 215        |    | 216         |    |
| 217         |   | 218     |   | 219       |   | 220                      |   | 221            |    | 222                           |    | 223            |    | 224        |    | 225         |    |
| 226         |   | 227     |   | 228       |   | 229                      |   | 230            |    | 231                           |    | 232            |    | 233        |    | 234         |    |
| 235         |   | 236     |   | 237       |   | 238                      |   | 239            |    | 240                           |    | 241            |    | 242        |    | 243         |    |
| 244         |   | 245     |   | 246       |   | 247                      |   | 248            |    | 249                           |    | 250            |    | 251        |    | 252         |    |
| 253         |   | 254     |   | 255       |   | 256                      |   | 257            |    | 258                           |    | 259            |    | 260        |    | 261         |    |
| 262         |   | 263     |   | 264       |   | 265                      |   | 266            |    | 267                           |    | 268            |    | 269        |    | 270         |    |
| 271         |   | 272     |   | 273       |   | 274                      |   | 275            |    | 276                           |    | 277            |    | 278        |    | 279         |    |
| 280         |   | 281     |   | 282       |   | 283                      |   | 284            |    | 285                           |    | 286            |    | 287        |    | 288         |    |
| 289         |   | 290     |   | 291       |   | 292                      |   | 293            |    | 294                           |    | 295            |    | 296        |    | 297         |    |

15b NOMBRE DEL ODONTÓLOGO

**FIRMA**

82

12

| Caja de Previsión Social de Costa Rica                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | SOLICITUD DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA      |  | CÓDIGO: M-PES-VMS-F09           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  | FECHA: JUNIO DE 2009            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  | VERSIÓN: 02                     |  |
| No. de Solicitud                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | No. Verificación                                 |  |                                 |  |
| Fecha de Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Fecha de Reporte de Empleado Prioritario a Sábán |  |                                 |  |
| Fecha de Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Tipo de Atención                                 |  |                                 |  |
| 1. Ambulatorio <input checked="" type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/> 4. Emergencia <input type="checkbox"/> 5. Directa a Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> 6. Urgente <input type="checkbox"/> 7. Hospitalización <input type="checkbox"/> |  |                                                  |  |                                 |  |
| Identificación del Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Identificación del Paciente                      |  |                                 |  |
| Primero Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Segundo Nombre                                   |  | Primer Apellido                 |  |
| Edad: Años 20 Meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Día                                              |  | Segundo Apellido                |  |
| TD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | No. Identificación                               |  | Sexo                            |  |
| CC = Cédula de ciudadanía                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | RC = Registro Civil                              |  | MI = Memoria de Identificación  |  |
| TI = Tarjeta de Identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | PA = Pasaporte                                   |  | AD = Acta de Identificación     |  |
| Persona Remisor/a (Únicamente para atenciones urgentes)                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Nombre y Apellido                                |  | Teléfono                        |  |
| Atención SOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Subvención                                       |  | Contributivo                    |  |
| Clasif. Socioecon.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Administradora                                   |  | Otro régimen                    |  |
| Solicitud de Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Fecha: Día 20 Mes 05 Año 14 Hora                 |  |                                 |  |
| Nombre del procedimiento solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Código servicio solicitado                       |  | Identificación de instituciones |  |
| 1. CIRUGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | GENERAL                                          |  |                                 |  |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                  |  |                                 |  |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                  |  |                                 |  |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                  |  |                                 |  |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                  |  |                                 |  |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                  |  |                                 |  |
| Anamnesis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                  |  |                                 |  |
| Historia de enfermedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                  |  |                                 |  |
| Examen físico                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                  |  |                                 |  |
| Resultados exámenes diagnósticos                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                  |  |                                 |  |
| Tratamiento / Complicaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                  |  |                                 |  |
| Motivo Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                  |  |                                 |  |
| 1. Servicio no disponible                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 3. Falta de atención                             |  | 5. Falta de camas               |  |
| 2. Ausencia de personal                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 4. Falta de equipamiento                         |  | 6. Caso de emergencia           |  |
| 7. Emergencia sanitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 8. Otro (CLIJ)                                   |  |                                 |  |
| Datos de Referencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Datos de Contrarreferencia                       |  |                                 |  |
| Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Nombre del profesional que acepta la remisión    |  |                                 |  |
| Firma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | (para remisiones urgentes/Hospitalización)       |  |                                 |  |
| Registro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                  |  |                                 |  |

\* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

\*\* Información confidencial para uso interno

Diligenciar con médico/odontólogo remitente

NACIONAL PENIEN  
IADEC

77



## 1. ESTABLECIMIENTO CARCELARIO

**3. MES** \_\_\_\_\_

#### 4. AÑOS

5. NOMBRE DEL ODONTÓLOGO:

**7. GRUPO ETAREO: 18-45 AÑOS**

**QTRQS**

6. TIPO DE CONSULTA: PROGRAMADA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_

PROGRAMADA: \_\_\_\_\_ URGENCIAS: \_\_\_\_\_

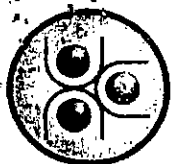
**URGENCIAS:**

## 2 CIUDAD

[illegible]

19b NOMBRE DEL ODONTÓLOGO

FIRMA



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

NIT 900 042 103-2

# SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

## EPICRISIS

CODIGO:

FECHA:

REVISION No.

DOCUMENTO CONTROLADO:

PAGINA:

H. CLINICA: 1047469356 SERVICIO: *Orto* CAMA No. 53 EMPRESA: *Capricorn*  
Nombres: *Hevor Jair Archbold Ramos* Edad: 20 Sexo: M  
Procedencia: *procedario* Teléfono:  
Dirección:

I.C. Entrada

*Herida antebrazo  
Herida extensoras zona VII*

Código

Dx. Salida

*Lesion extensoras zona VII*

Ingreso: 17/07/2015 Hora: 12:49 Egreso: 19/02/2015 Hora: 14:00 Estancia:

Causa de salida: *Alta medica* Destino: *procedio*

Antecedentes:

*Ninguna*

### Síntesis de la Enfermedad

*Her. Vectura de herida cortocandente en zona VII de extensoras de antebrazo izquierdo; 6 horas de evolución al ingreso del traumatismo, se difiere procedimiento a 48 horas de antibióticos, se realiza micrografías, el (6 - p) posterior a procedimiento, cito control en 8 días.*

|                  |   |                   |                 |                  |                |
|------------------|---|-------------------|-----------------|------------------|----------------|
| Hemograma        | 1 | N. Ureico         | C. y Antiograma | Citoquímico      | Patología      |
| V. Sedimentación |   | Coprológico       | Bilirrubinemia  | Inmunológicos    | Rx Simple      |
| H. Clasificar    |   | Falciformia       | Transaminasas   | VIH              | Rx Contrastada |
| P. Cruzada       |   | Proteinograma     | P. Lipídico     | E. Cardiograma   | Rx. Invasivos  |
| TPT              |   | Electroferesis HB | Ext. Sangre     | Ecocardiograma   | TAC            |
| T.P.             |   | VDRL              | Ionograma       | Doppler          | R. Magnética   |
| R. Plaquetas     |   | Widal             | G. Arteriales   | E. Encefalograma | Ecograma       |
| Glicemia         |   | Asto              | Enzimas         | Biopsia          | Gama Grafías   |
| Urianalisis      |   | Proteína CR       | Hormonas        | Medulograma      | Baciloscopias  |
| Creatinina       |   | Gram              | Drogas Séricas  | Endoscopia       | Otros          |

Comentarios de los paraclínicos positivos para el caso si es necesario:

85 Hemograma Normal  
Tiempo de Coagulación Normal.

Cirugía y/o tratamiento Médico realizado:

Plasmografía

Interconsultas y/o Juntas Médicas:

Vx Biopsia

Complicaciones::

Vx

Recomendaciones:

Cito en 8 días.

F/Aguilar  
025

MÉDICO ESPECIALISTA CÓDIGO Y SELLO

F/Aguilar  
025

ASISTENTE CÓDIGO Y SELLO



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

ACT 30192103-5

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

## EPICRISIS

CODIGO:

FECHA:

REVISION No.

DOCUMENTO CONTROLADO:

PAGINA:

H. CLINICA: 1047469356 SERVICIO: P x sexto CAMA No. 53 EMPRESA: Capricorn

Nombres: He not Jair Archelo Ramos Edad: 20 Sexo: M

Procedencia: procedinario Teléfono:

Dirección:

I.C. Entrada

Herida antebrazo  
Herido extensoris zona VII

Dx. Salida

Lesion extensoris zona VIII

Código

Ingreso: 17/07/2015 Hora: 12:49 Egreso: 19/07/2015 Hora: 14:00 Estancia:

Causa de salida: Alta medica Destino: procedinario

Antecedentes:

Ninguno

### Síntesis de la Enfermedad

He Vactum de herido, cortocortadur, en zona VII de extensoris de antebrazo, izquierdo; 6 horas de evolucion al ingreso del traumatismo, se difiere procedimiento a 48 horas de antitoxico, se realiza micrografias, ello (o - p) posterior a procedimiento, cito control en 8 dias

Entrenamiento

|                  |   |                   |                   |                  |               |
|------------------|---|-------------------|-------------------|------------------|---------------|
| Hemograma        | 1 | N. Ureico         | C. y Antibiograma | Citoquimico      | Patologia     |
| V. Sedimentación |   | Coprológico       | Bilirrubinemia    | Inmunológicos    | Rx Simple     |
| H. Clasificar    |   | Falciformia       | Transaminasas     | VIH              | Rx Contralada |
| P. Cruzada       |   | Proteinograma     | P. Lipidico       | E. Cardiograma   | Rx. Invasivos |
| TPT              |   | Electroferesis HB | Ext. Sangre       | Ecocardiograma   | TEPENTEN      |
| T.P.             |   | VDRL              | Ionograma         | Doppler          | Magnética     |
| R. Plaquetas     |   | Widal             | G. Arteriales     | E. Encefalograma | Ecografía     |
| Glicemia         |   | Asto              | Enzimas           | Biopsia          | Camagrafias   |
| Urianalisis      |   | Protelna CR       | Hormonas          | Medulograma      | Endoscopia    |
| Creatinina       |   | Gram              | Drogas Séricas    | Endoscopia       | Otros         |

87

Comentarios de los paraclínicos positivos para el caso si es necesario:

Hemograma normal  
Tiempo de Coagulación Normal

Quirúrgica y/o tratamiento Médico realizado:

Glionafix

Interconsultas y/o Juntas Médicas:

Vx Ortopedia

Complicaciones::

Vx

Recomendaciones:

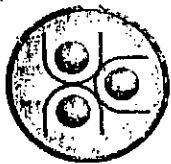
Cito en 8 días

F/Aguilar  
025

MÉDICO ESPECIALISTA CÓDIGO Y SELLO

F/Aguilar  
025

ASISTENTE CÓDIGO Y SELLO



ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE  
NIT 900421035

# SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

## EPICRISIS

1706

CODIGO:

FECHA:

REVISION No.

DOCUMENTO CONTROLADO:

PAGINA:

H. CLINICA: 1047469356 SERVICIO: Orto CAMA No. 53 EMPRESA: Capitular

Nombres: Hebert Jair Archibald Ramos Edad: 20 Sexo: M

Procedencia: Procedario Teléfono:

Dirección:

I.C. Entrada

Herida antebrazo  
Herido extensoris zona VII

Dx. Salida

Lesion extensoris zona VII

Ingreso: 17/07/2015 Hora: 12:49 Egreso: 19/07/2015 Hora: 14:00 Estancia:

Causa de salida: Alta medica Destino: procedario

Antecedentes:

Ninguno

### Síntesis de la Enfermedad

Herido de herido, herido, herido en zona VII de extensor de antebrazo izquierdo; 6 horas de evolución al ingreso del traumatismo, se refiere procedimiento a 18 horas de antebrazo, se realiza micrografías, el (o -p) posterior a procedimiento, cito control en 8 días

|                  |   |                   |                   |                  |                |
|------------------|---|-------------------|-------------------|------------------|----------------|
| Hemograma        | 1 | N. Ureico         | C. y Antibiograma | Citoquímico      | Patología      |
| V. Sedimentación |   | Coprologico       | Bilirrubinemia    | Inmunológicos    | Rx Simple      |
| H. Clasificar    |   | Falciformia       | Transaminasas     | VIH              | Rx Contrastada |
| P. Cruzada       |   | Proteinograma     | P. Lipidico       | E. Cardiograma   | R. Magnética   |
| TPT              |   | Electroferesis HB | Ext. Sangre       | Ecocardiograma   | Ecografía      |
| T.P.             |   | VDRL              | Ionograma         | Doppler          | Ecografías     |
| R. Plaquetas     |   | Widal             | G. Arteriales     | E. Encefalograma | Baciloscopias  |
| Glicemia         |   | Asto              | Enzimas           | Biopsia          | Otros          |
| Urianalisis      |   | Proteina CR       | Hormonas          | Medulograma      |                |
| Creatinina       |   | Crain             | Drogas Serías     | Endoscopia       |                |

89

Comentarios de los paraclínicos positivos para el caso si es necesario:

Hemograma Normal  
Tiempo de Coagulación Normal

Quirugia y/o tratamiento Médico realizado:

Urografía

Interconsultas y/o Juntas Médicas:

Vx Biopsia

Complicaciones:

Vx

Recomendaciones:

Cito en 8 días

F. Aguilar  
025

MÉDICO ESPECIALISTA CÓDIGO Y SELLO

F. Aguilar  
025

ASISTENTE CÓDIGO Y SELLO



HOSPITAL GENERAL DE LA PENITENCIARIA NACIONAL

DEPARTAMENTO DEL CARIBE

NIT. 900 042 103 - 5

SEDE MOMPOX

Comprometidos con la salud de todos  
"Salud Ganadora"

1706

90

Nombre:

Hervot Arevalo Ramos

| Día | Mes | Año  |
|-----|-----|------|
| 19  | 02  | 2015 |

R./

Cita por ortopedia en  
8 días.

F. Aguilar  
RD 025

Impreso por: JCP Impresores Tel: 664 5130 - 664 1179 Cod 069

Zaragocilla calle 29 # 50-50, Teléfonos: 6726016 - 6726017  
Cartagena de Indias





INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO (INPEC)  
ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE CARTAGENA

BOLETA MÉDICA DE REMISIÓN

21  
3 EL INTERNO:

1 FECHA

17 02 15  
DD MM AA

2 HORA

10:25 AM

5 DEBE SER LLEVADO A:

H. U. de la Carcel

6 PARA:

Valoracion por Urgencia Vital

POR ENCONTRARSE SU ESTADO DE SALUD DENTRO DE LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN EL  
ARTICULO 106, LEY 65/93.

MÉDICO

PULGAR

INDICE

P.T.

Vo.Bo. DIRECTOR ESTABLECIMIENTO  
CARCELARIO

9 MANO DERECHA DETENIDO



97  
1706  
6

Unión Temporal Uba Inpec

# ATENCION DE URGENCIAS Y CONSULTAS PRIORITARIAS

## A- IDENTIFICACIÓN IPS:

|                                                            |   |                             |      |            |                     |                              |          |
|------------------------------------------------------------|---|-----------------------------|------|------------|---------------------|------------------------------|----------|
| Apellido                                                   |   | 2do. Apellido (o de casada) |      | Nombres    |                     | No. Historia Clínica         |          |
| Archival                                                   |   | Ramos                       |      | Havot,avit |                     |                              |          |
| Edad                                                       | M | D                           | Tipo |            | Empresa Responsable | No. Documento Identificación | Sexo     |
| 20                                                         |   |                             |      |            |                     | 1047469756                   |          |
| Residencia habitual (Dirección, Barrio, Vereda, Municipio) |   |                             |      |            |                     |                              | Teléfono |

## B- LLEGADA DEL PACIENTE A LA INSTITUCIÓN

|                                                       |     |                                       |      |                                                                          |  |                          |  |
|-------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| FECHA                                                 |     | Paciente llega por sus propios medios |      | EN QUÉ ESTADO LLEGÓ EL PACIENTE                                          |  | CONSCIENTE               |  |
| 17/02/11                                              |     | 10:25 AM                              |      |                                                                          |  | INCONSCIENTE             |  |
| Día                                                   | Mes | Año                                   | Hora | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL? |  | MUERTO                   |  |
| Compañero (Nombre, Relación del parentesco o amistad) |     |                                       |      | Residencia Habitual                                                      |  | Teléfono                 |  |
| TIPO DE CONTINGENCIA                                  |     |                                       |      |                                                                          |  |                          |  |
| Enfermedad General                                    |     | Maternidad                            |      | SOAT                                                                     |  | Accidente de Trabajo     |  |
| <input type="checkbox"/>                              |     | <input type="checkbox"/>              |      | <input type="checkbox"/>                                                 |  | <input type="checkbox"/> |  |

## C- EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACIÓN O VIOLENCIA

|       |     |                                      |      |                     |  |    |    |    |    |    |    |
|-------|-----|--------------------------------------|------|---------------------|--|----|----|----|----|----|----|
| FECHA |     | NOTIFICACIONES                       |      |                     |  |    |    |    |    |    |    |
|       |     | Policia                              |      |                     |  |    |    |    |    |    |    |
|       |     | Familiares                           |      |                     |  |    |    |    |    |    |    |
|       |     | Epidemiología Oficina de Estadística |      |                     |  |    |    |    |    |    |    |
| Día   | Mes | Año                                  | Hora | Sitio de Ocurrencia |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO |

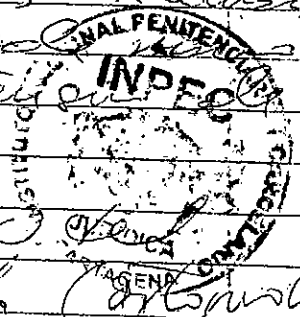
## D- RESUMEN DE ATENCIÓN

- A. ANAMNESIS: Fecha y Hora de Atención. Antecedentes Específicos relacionados con la Urgencia.
- B. EXAMEN FÍSICO: Signos Vitales, Examen General y Específico relacionado con esta Urgencia.
- C. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CONDUCTA A SEGUIR, EVOLUCIÓN, RECOMENDACIONES, FIRMAS.

paciente de sexo masculino, 20 años de edad, que se refiere a un dolor de cabeza, producido con el uso de drogas, presenta signos vitales dentro de los límites normales, examen físico dentro de los límites normales, se refiere a un dolor de cabeza, producido con el uso de drogas, presenta signos vitales dentro de los límites normales, examen físico dentro de los límites normales.

Dr. Esteban

Por lo que se decide Recetar H.O. de la Uba Inpec para Volcan x Vigencia Uba Inpec (Cartapostillo)



[illegible]





2112

Conformar

96

2

|                                                               |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>INPEC</b><br>Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario | INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO (INPEC)<br>ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE CARTAGENA<br>SUBDIRECCION DE TRATAMIENTO Y DESARROLLO DIVISION SALUD |                             | HISTORIA N°.<br>1.047-469 356 |                                     |
|                                                               | HISTORIA CLINICA - EXAMEN INGRESO INTERNO                                                                                                                                   |                             | FECHA<br>28/06/13             | DIA<br>28<br>MES<br>06<br>AÑO<br>13 |
| ESTABLECIMIENTO CARCELARIO:                                   |                                                                                                                                                                             |                             | DIRECCION REGIONAL:           |                                     |
| 1. IDENTIFICACION DEL INTERNO                                 |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                          |                                                                                                                                                                             | NUI                         |                               | SITUACION JURIDICA:                 |
| Hoyot, Jair Archibald. Ramos.                                 |                                                                                                                                                                             |                             |                               | Indicada                            |
| ESTADO CIVIL:                                                 | SEXO M                                                                                                                                                                      | DATOS DE NACIMIENTO         | LUGAR:                        | FECHA: DD MM AA                     |
| 11. C. Que.                                                   | F Y                                                                                                                                                                         |                             | @/ma                          | 94 05 03                            |
| LUGAR DE PROCEDENCIA:                                         | EDAD AL INGRESO                                                                                                                                                             | AÑOS CONDENA                | DELITO:                       |                                     |
| 2/pma                                                         | 19                                                                                                                                                                          |                             | 2fu rro                       |                                     |
| NIVEL ACADÉMICO:                                              | SIN ESTUDIO                                                                                                                                                                 | AÑOS PRIMARIA               | AÑOS BACHILLERATO             | AÑOS UNIV. TITULO UNIV. SI NO       |
|                                                               |                                                                                                                                                                             | 5                           | 6                             |                                     |
| PROFESION U OFICIO:                                           | ESTUDIANTE                                                                                                                                                                  |                             | OCUPACION EN PENAL:           |                                     |
| 2. ANTECEDENTES DEL INTERNO                                   |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
| MOTIVO CONSULTA:                                              |                                                                                                                                                                             | HISTORIA ENFERMEDAD ACTUAL: |                               |                                     |
| ANTECEDENTES FAMILIARES:                                      |                                                                                                                                                                             | No enferma                  |                               |                                     |
| 3. RESEÑA DE ANTECEDENTES PERSONALES                          |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
| MÉDICOS                                                       | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| QUIRÚRGICOS                                                   | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| TRAUMÁTICO                                                    | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| ALÉRGICOS                                                     | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| TÓXICOS                                                       | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| ETS                                                           | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| SIQUIÁTRICOS                                                  | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| INMUNIZACIÓN                                                  | No                                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| SICOSOCIAL                                                    |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
| 4. EXAMEN FÍSICO                                              |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
| TENSION ARTERIAL                                              | 120/80                                                                                                                                                                      | FC                          | 60                            | RESPIRACIÓN 20                      |
| TEMPERATURA                                                   | PESO: 75kg.                                                                                                                                                                 |                             | TALLA: 188                    |                                     |
| 5. EXAMEN TOPOGRÁFICO                                         |                                                                                                                                                                             |                             |                               |                                     |
| CABEZA Y CUELLO                                               | Normal, no aleteja                                                                                                                                                          |                             |                               |                                     |
| TORAX                                                         | Ruidos cardiacos r/tes. pulso claro                                                                                                                                         |                             |                               |                                     |
| EXTREMIDADES                                                  | Normal                                                                                                                                                                      |                             |                               |                                     |
| ABDOMEN:                                                      | Ruidos de peristaltismo normales, no dolor                                                                                                                                  |                             |                               |                                     |
| PIEL Y PANERAS:                                               | Normal                                                                                                                                                                      |                             |                               |                                     |
| GENITO URINARIO                                               | Pene prepucio (-)                                                                                                                                                           |                             |                               |                                     |
| NEUROLOGICO                                                   | No defect                                                                                                                                                                   |                             |                               |                                     |

197

6. DIAGNOSTICO. *Ado 17 años*

7. CONDUCTA

8. ESTUDIOS PARA CLINICOS SOLICITADOS

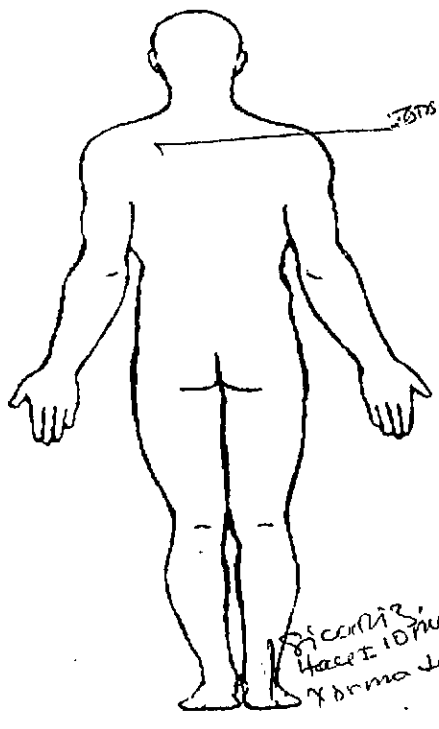
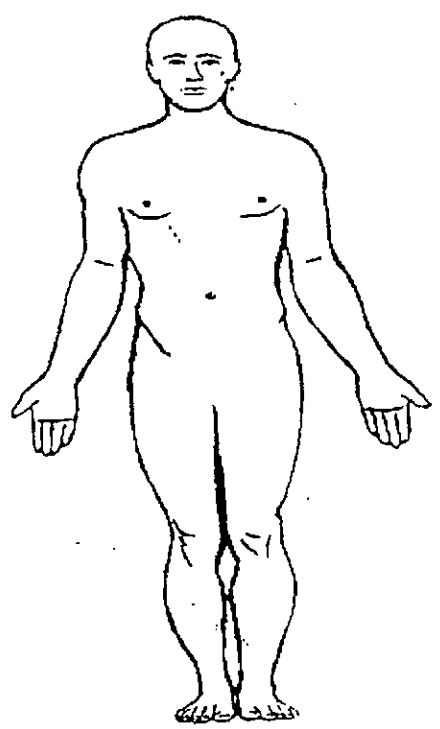
| EXAMENES LABORATORIO |  | REQUIERE REMISION |     | REQUIERE CONSULTA. ESPECIALIZADA |     |
|----------------------|--|-------------------|-----|----------------------------------|-----|
|                      |  | SI:               | NO: | SI:                              | NO: |
| EXAMENES RADIOLOGIA  |  | SERVICIO:         |     | CUAL:                            |     |
|                      |  |                   |     |                                  |     |
| TOMA DE ECOGRAFIA    |  | SERVICIO:         |     | CUAL:                            |     |
|                      |  |                   |     |                                  |     |

9. REGISTRO DE ATENCION MEDICA

NOMBRE DEL MÉDICO QUE ABRE LA HISTORIA CLÍNICA

*Haroldo Ballester P*  
*HAVOT. ARCHIBOLD*  
FIRMA MEDICO.  
FIRMA INTERNO

DESCRIPCIÓN CICATRICES Y TATUAJES



*Sección 12  
Hacer 10 meses  
Xdrma de Fogo*