|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |  | **Número único de Noticia Criminal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7** | **6** | **0** | **0** | **1** | **6** | **0** | **9** | **9** | **1** | **6** | **5** | **2** | **0** | **2** | **1** | **8** | **2** | **5** | **8** | **9** |
| Entidad | Radicado Interno | | | | | | | | | | | | Dptoamento | | Municipio | | | Entidad | | Unidad Receptora | | | | | Año | | | | Consecutivo | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **SOLICITUD DE VALORACIÓN MÉDICO LEGAL FPJ- 39**  Este formato será diligenciado por rPolicía Judicial exclusivamente para la valoración de las víctimas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento | | | | VALLE | | | | Municipio | CALI | | Fecha | | | **2021** |  | |  | | Hora | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Conducta punible** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Artículo** | | | | | | |
| **1. LESIONES PERSONALES CULPOSAS EN ACCIENTE DE TRANSITO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **120 inc 2** | | | | | | |
| **2.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **3.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Señores**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Instituto Nacional de Medicina legal** | **X** |  | **Centro Médico** |  |  | **Cuál:** |   De conformidad con la ley procesal penal, se solicita valoración médico legal a: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | | Identificación | | | | | | | Edad | | | | |
| MARIO ANDRES TRIANA RIVERA | | | | | | | | | | | | | 1107521411 | | | | | | |  | | | | |
| Dirección | | | | | | | | | | Barrio | | | Municipio/Localidad | | | | | | | Teléfono | | | | |
| CRA 37ª #18-43 | | | | | | | | | |  | | | CALI | | | | | | | 3154008594 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aspectos a Valorar (señale con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **X** | **Lesiones Personales**: Descripción de aquellas, instrumento con el que fueron causadas, determinación de la incapacidad y secuelas que se generen. Si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante, indíquelo en su informe pericial.  Se anexa resumen o copia de Historia Clínica SI ( ) NO( )  Presunta responsabilidad médica: SI( )NO( ) (anexar cuestionario) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Examen Sexológico Forense**: Examen sexológico, descripción de hallazgos y recolección de evidencias. Determinar lesiones personales, situación clínica de embriaguez. Si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante, indíquelo en su informe pericial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Valoración de Embriaguez u otras sustancias.** Descripción del estado de la persona si se encuentra bajo influjo de bebida embriagante o de droga o sustancia que produzca dependencia física o síquica, Grado de la misma, exploración practicada. Si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante, indíquelo en su informe pericial  Alcoholemia: SI ( ) NO ( )  Otras sustancias: SI ( ) NO ( ) Cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Obtención de muestras para perfil genético con fines de identificación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Determinación de edad clínica:** Características de la persona, exploración física y odontológica. Si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante, indíquelo en su informe pericial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Otro: ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Así mismo, se solicita se haga la recolección, aseguramiento, registro y documentación de evidencia física ,biológica o elementos materiales probatorios relevantes para la investigación y se determine la necesidad de realizar valoraciones, exámenes o tratamiento especial a la víctima. Dejar constancia y anexare l acta de consentimiento informado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad solicitante: SECRETARIA DE MOVILIDAD CALI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad | | | CRIMINALISTICA | | | | | | | | | Despacho | | | |  | | | | | | | | |
| Dirección | | | CARRERA 3 56-90 | | | | | | | | | Teléfono | | | | 4184216 | | | | | | | | |
| Departamento | | | | | VALLE | | | | | | | Municipio | | | | CALI | | | | | | | | |
| Nombre | | |  | | | | | | | | | Cargo | | | | **AGENTE DE TRANSITO** | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | diego.lenis@cali.gov.co | | | | | | Firma | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma de quien recibe | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha y hora | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |