

Bogotá D.C. 10 de febrero de 2022

Señor:

HERNANDO BARRIOS ARRIETA
Secretario

Ref. Respuesta a notificación de la providencia de fecha 4 de noviembre de 2021, mediante la cual se admitió la demanda de FIJACIÓN DE CUOTA ALIMENTARIA, con radicación No. 2021-00096-00

Buen día señor secretario

por medio del presente correo hago allegar a su despacho las constancias o pruebas en mi defensa de las consignaciones realizadas a la señora LAURA MELISSA ESQUIVEL RIVERA

quien demanda el hecho que desde el mes de junio de 2021 mes en que ella se regresó a zambrano Bolívar porque no quería continuar viviendo en Bogotá conmigo, estipula que no he respondido económicamente por mis dos hijos Darío Andrés Ortega Esquivel y Jesús David Ortega Esquivel, a lo cual apelo en mi defensa enviando soportes de consignación desde el mes de junio de 2021 hasta el mes de septiembre de 2021. sin incurrir en mi obligación como padre en la manutención de mis hijos.

El día 9 de septiembre del 2021 me ocurrió un accidente laboral el cual fue grave y me incapacitaron por la ARL de la empresa casi cerca de dos meses, lo cual también certifié con el registro de accidente laboral y constancias de incapacidad adjuntas; motivo por el cual se me dificulto en el mes de octubre hacerle el giro correspondiente a mis hijos y en el mes de noviembre recibo el oficio por parte de la empresa donde laboro que me había embargado el 35% de mi salario y la empresa me empezó a realizar las retenciones correspondientes desde la segunda quincena de noviembre de 2021.

No estoy de acuerdo con esta demanda ya que no recibí ninguna citación, notificación o algún oficio para conciliar, reiterando que en el único mes que había faltado a mis obligaciones antes de recibir la demanda era el mes de octubre de 2021 debido al accidente laboral. Accidente del cual ella tenía conocimiento y le había pedido el favor que me colaborará dándome una espera a la consignación correspondiente mientras me daban de alta por la incapacidad y podía retornar a mis labores en la empresa ya que yo debía trasladarme al hospital a citas, curaciones, terapias durante toda la incapacidad, además de mis obligaciones como arriendo y servicios por lo cual el salario no me estaba alcanzando.

Al recibir el oficio de demanda veo que la señora no espero a que me dieran de alta para retomar mi obligación motivo por el cual solicitó una conciliación para subsanar el embargo en la empresa donde laboro debido a que me ha generado inconvenientes y pactar una cuota alimentaria con la señora LAURA MELISSA ESQUIVEL RIVERA de acuerdo a mi salario el cual es el salario mínimo legal vigente.

Quedo atento a cualquier inquietud y a una pronta solución de conciliación.

Se anexa a la presente, Comprobantes de giros a la señora. LAURA MELISSA ESQUIVEL RIVERA meses JUNIO-JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE AÑO 2021

Se anexa reporte de accidente laboral e incapacidades.

Se anexa descuentos enviados a cuenta depósitos judiciales de mi salario quincenal.

Se anexa soportes de pago desde el mes de noviembre 2021 al mes de enero 2022

Atentamente.

DAIRO RAFAEL ORTEGA

C.C.1.049.347229

CEL. 3045478110

SURED

MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS

NIT 900.327.256-8

Av. Calle 26 No. 69 D - 91

To 2 Of 905

Tel. 018000966999 o #596

WWW.SURED.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS A LAS VENTAS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR

NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE VENTA: MGSS170278685

COD. MATRIX: 110011397514

CODIGO POSTAL: 111961

PIN: 1820470189740774

FECHA: 16/06/2021 18:20:52

ORIGEN: PAGATODO CL TAT PLAZA LUCERO BAJ
O;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA SA
NOMBRE ASESOR: AVILA SANCHEZ MARIA YANET
H

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL

IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229

TEL. REMITENTE: *****0

CORREO ELECTRONICO REMITENTE:

vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISSA

IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127

TEL. DESTINATARIO: *****

CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:

vCorreoDestino

FLETE : 7500.0

ENVIO : 150000.0

TOTAL A PAGAR: 157500.0

PRUEBA ADMISION: vImprimir

Ortega Dairo

FIRMA Y HUELLA 1009307229

DOC.

ORTEGA DAIRO RAFAEL

OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG

ILADO POR EL MINTIC RES 103/15

De que entendi y acepte el contrato

Postales de pago y la politica

de datos personales de

SURED

MATRIX GIROS Y SERVICIOS SA

NIT 900.327.256-8

Av. Calle 26 No. 69 D - 91

To 2 Of 905

Tel. 018000966999 o #596

WWW.SURED.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS A LAS VENTAS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTA

NUMERO 18764003541955 DE 01/09/20

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.0

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE VENTA: MGSS169858507

COD. MATRIX: 1100113102514

CODIGO POSTAL: 111961

PIN: 1431120189338327

FECHA: 09/06/2021 14:31:18

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN V
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LI

SA

NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA

ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL

IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229

TEL. REMITENTE: *****0

CORREO ELECTRONICO REMITENTE:

vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D

E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C

ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISSA

A

IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127

TEL. DESTINATARIO: *****

CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:

vCorreoDestino

FLETE : 4700.0

ENVIO : 10000.0

TOTAL A PAGAR: 14700.0

PRUEBA ADMISION: vImprimir

SURED

MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS

NIT 900.327.256-8

Av. Calle 26 No. 69 D - 91

To 2 Of 905

Tel. 018000966999 o #596

WWW.SURED.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS A LAS VENTAS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR

NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE VENTA: MGSS169371001

COD. MATRIX: 1100113102514

CODIGO POSTAL: 111961

PIN: 1915010188881809

FECHA: 01/06/2021 19:15:04

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN V
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA

SA

NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA

ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL

IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229

TEL. REMITENTE: *****0

CORREO ELECTRONICO REMITENTE:

vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C

ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISSA

A

IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127

TEL. DESTINATARIO: *****

CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:

vCorreoDestino

FLETE : 8300.0

ENVIO : 170000.0

TOTAL A PAGAR: 178300.0

PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA

SURED
MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS
NIT 900.327.256-8
Av. Calle 26 No. 69 D - 91
To 2 Of 905
Tel. 018000966999 o #596
WWW.SURED.COM.CO
servicio.alcliente@sured.com.co
IMPUESTOS A LAS VENTAS
REGIMEN COMUN
RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR
NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020
DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO
FACTURA DE VENTA: MGSS172818700
COD. MATRIX: 1100113102514
CODIGO POSTAL: 111961
PIN: 1351330192139522
FECHA: 20/07/2021 13:51:36

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN VARI
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA
SA
NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA M
ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL
IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229
TEL. REMITENTE: *****0
CORREO ELECTRONICO REMITENTE:
vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL PABLO
IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****6734
TEL. DESTINATARIO: *****9999
CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:
vCorreoDestino

FLETE : 4700.0
ENVIO : 45000.0
TOTAL A PAGAR: 49700.0
PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA
DOC.
ORTEGA DAIRO RAFAEL

FIRMA Y HUELLA
DOC.
ORTEGA DAIRO RAFAEL
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG
ILADO POR EL MINTIC RES 103/15
Declaro que entendi

SURED
MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS
NIT 900.327.256-8
Av. Calle 26 No. 69 D - 91
To 2 Of 905
Tel. 018000966999 o #596
WWW.SURED.COM.CO
servicio.alcliente@sured.com.co
IMPUESTOS A LAS VENTAS
REGIMEN COMUN
RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR
NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020
DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000
OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO
FACTURA DE VENTA: MGSS172583818
COD. MATRIX: 1100113102514
CODIGO POSTAL: 111961
PIN: 1624310191916440
FECHA: 16/07/2021 16:24:34

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN VARI
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA
SA
NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA M
ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL
IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229
TEL. REMITENTE: *****0
CORREO ELECTRONICO REMITENTE:
vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL PABLO
IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****6734
TEL. DESTINATARIO: *****9999
CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:
vCorreoDestino

FLETE : 6000.0
ENVIO : 70000.0
TOTAL A PAGAR: 76000.0
PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA
DOC.
ORTEGA DAIRO RAFAEL
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG
ILADO POR EL MINTIC RES 103/15
Declaro que entendi

SURED
MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS
NIT 900.327.256-8
Av. Calle 26 No. 69 D - 91
To 2 Of 905
Tel. 018000966999 o #596
WWW.SURED.COM.CO
servicio.alcliente@sured.com.co
IMPUESTOS A LAS VENTAS
REGIMEN COMUN
RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR
NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020
DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000
OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO
FACTURA DE VENTA: MGSS171484370
COD. MATRIX: 1100113102514
CODIGO POSTAL: 111961
PIN: 1521330190892091
FECHA: 01/07/2021 15:21:40

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN VARI
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA
SA
NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA M
ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL
IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229
TEL. REMITENTE: *****0
CORREO ELECTRONICO REMITENTE:
vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISSA
A
IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127
TEL. DESTINATARIO: *****
CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:
vCorreoDestino

FLETE : 7500.0
ENVIO : 150000.0
TOTAL A PAGAR: 157500.0
PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA
DOC.
ORTEGA DAIRO RAFAEL
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG

SURED

MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS
NIT 900.327.256-8

Av. Calle 26 No. 69 D - 91
To 2 Of 905

Tel. 018000966999 o #596

WWW.SURED.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS A LAS VENTAS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR

NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE VENTA: MGSS174823727

COD. MATRIX: 1100113102514

CODIGO POSTAL: 111961

PIN: 1858000194038863

FECHA: 18/08/2021 18:58:09

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN VARI
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA
SA

NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA M
ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL

IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229

TEL. REMITENTE: *****0

CORREO ELECTRONICO REMITENTE:

vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISS
A

IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127

TEL. DESTINATARIO: *****

CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:

vCorreoDestino

FLETE : 6000.0

ENVIO : 100000.0

TOTAL A PAGAR: 106000.0

PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA

DOC.

ORTEGA DAIRO RAFAEL

OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG
ILADO POR EL MINTIC RES 103/15

Declaro que entendi y acepte el contrato

SURED

MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS
NIT 900.327.256-8

Av. Calle 26 No. 69 D - 91
To 2 Of 905

Tel. 018000966999 o #596

WWW.SURED.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS A LAS VENTAS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTA

NUMERO 18764003541955 DE 01/09/20

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.0

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 10
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE VENTA: MGSS174570067

COD. MATRIX: 1100113102514

CODIGO POSTAL: 111961

PIN: 1437140193796747

FECHA: 14/08/2021 14:37:21

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN L
SA

NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MAR
ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL

IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229

TEL. REMITENTE: *****0

CORREO ELECTRONICO REMITENTE:

vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIO
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELI
A

IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127

TEL. DESTINATARIO: *****

CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:

vCorreoDestino

FLETE : 7500.0

ENVIO : 150000.0

TOTAL A PAGAR: 157500.0

PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA

DOC.

ORTEGA DAIRO RAFAEL

OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG
ILADO POR EL MINTIC RES 103/15

Declaro que entendi y acepte el contrato

SURED

MATRIX GIROS Y SERVICIOS SAS
NIT 900.327.256-8

Av. Calle 26 No. 69 D - 91
To 2 Of 905

Tel. 018000966999 o #596

WWW.SURED.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS A LAS VENTAS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR

NUMERO 18764003541955 DE 01/09/2020

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE VENTA: MGSS173816183

COD. MATRIX: 1100113102514

CODIGO POSTAL: 111961

PIN: 1441030193083134

FECHA: 01/08/2021 14:41:13

ORIGEN: PAGATODO CL TAT SAN JOAQUIN VARI
EDAES J Y L E;GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA
SA

NOMBRE ASESOR: CARVAJAL CARVAJAL MARIA M
ERCEDES

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL

IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229

TEL. REMITENTE: *****0

CORREO ELECTRONICO REMITENTE:

vCorreoOrigen

DESTINO: COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS D
E BOLIVAR-ZAMBRANO CSB BOLIVAR BARRIO C
ENTRO NO 15 23 (88164)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISS
A

IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127

TEL. DESTINATARIO: *****

CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:

vCorreoDestino

FLETE : 7500.0

ENVIO : 110000.0

TOTAL A PAGAR: 117500.0

PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA

DOC.

MARCA GIROS SUREDA
NIT 900 07 56

Av. Calle 20 No. 100 D - 91
To 2 de 199

Tel. 01 60 44 44 44

WWW.SUREDA.COM.CO

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS Y REGISTROS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR

NUMERO 18764003541955 DE 01/19/2020

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE

COD. MATRIA: 1100194

CODIGO POSTAL: 111001

PIN: 181313019470000

FECHA: 01/09/2021 10:00:00

ORIGEN: PAGATODO LUCEROTURISMO EMPRESARIA
L EN LINEA SA
NOMBRE ASESOR: 99243 TF. GUTIERREZ GARCIA
A ZORAIDA

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL
IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229
TEL. REMITENTE: *****0
CORREO ELECTRONICO REMITENTE:
vCorreoOrigen

DESTINO: APP SURED NACIONAL VIRTUAL (118
940)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISSA
IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127
TEL. DESTINATARIO: *****
CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:
vCorreoDestino

FLETE : 7500.0
ENVIO : 150000.0
TOTAL A PAGAR: 157500.0
PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA
DOC.

ORTEGA DAIRO RAFAEL
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIGILADO POR EL MINTIC RES 103/15

Declaro que entendi y acepte el contrato de Giros Postales de pago y la politica de proteccion de datos personales (Ley 1581 de 2012) los cuales estan ampliados y disponibles en la pagina web www.sured.com.co

MARCA GIROS SUREDA
NIT 900 17 56

Av. Calle 20 No. 100 D - 91
To 2 de 199

Tel. 01 60 44 44 44

www.sured.com.co

servicio.alcliente@sured.com.co

IMPUESTOS Y REGISTROS

REGIMEN COMUN

RESOLUCION FACTURACION POR COMPUTADOR

NUMERO 18764003541955 DE 01/19/2020

DESDE 150.000.001 HASTA 500.000.000

OPERADOR HABILITADO - RESOLUCION 103 DEL
29 DE ENERO DE 2015 DEL MINTIC

ENVIO DEL GIRO

FACTURA DE

COD. MATRIA: 1100194

CODIGO POSTAL: 111001

PIN: 181313019470000

FECHA: 01/09/2021 10:00:00

ORIGEN: PAGATODO LUCEROTURPO EMPRESARIA
L EN LINEA SA
NOMBRE ASESOR: 99243 TF. GUTIERREZ GARCI
A ZORAIDA

NOM. REMITENTE: ORTEGA DAIRO RAFAEL
IDENTIFICACION REMITENTE: *****7229
TEL. REMITENTE: *****0
CORREO ELECTRONICO REMITENTE:
vCorreoOrigen

DESTINO: APP SURED NACIONAL VIRTUAL (118
940)

NOM. DESTINATARIO: ESQUIVEL LAURA MELISS
A
IDENTIFICACION DESTINATARIO: *****9127
TEL. DESTINATARIO: *****
CORREO ELECTRONICO DESTINATARIO:
vCorreoDestino

FLETE : 7500.0
ENVIO : 150000.0
TOTAL A PAGAR: 157500.0
PRUEBA ADMISION: vImprimir

FIRMA Y HUELLA
DOC.

ORTEGA DAIRO RAFAEL
OPERADOR POSTAL DE PAGO HABILITADO Y VIG
ILADO POR EL MINTIC RES 103/15

Declaro que entendi y acepte el contrato
de Giros Postales de pago y la politica
de proteccion de datos personales (Ley
1581 de 2012) los cuales estan ampliados
y disponibles en la pagina web www.sured.
d.com.co



COAL
CLINICA DE ORTOPEdia Y ACCIDENTES LABORALES

Sociedad Medica de Ortopedia y Acc. S.A. - CLINICA DE ORTOPEdia Y ACCIDENTES LABORALES
NI 800201496

Direccion: CRA 70 No 6A-03 Telefono: 7423099

INCAPACIDAD No. 487043

PACIENTE: ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL **IDENTIFICACION:** CC 1049347229
APB: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
CONTRATO: POSITIVA ARL
GENERO: Masculino **EDAD:** 32 Años **HISTORIA CLINICA:** 1049347229
EMPRESA:

DIAGNOSTICOS

FECHA	CODIGO	DIAGNOSTICO	ESPECIALIDAD	PROFESIONAL
20/8/21 3:38 p.m.	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	MEDICINA GENERAL	BERNAL PASCUAL

FECHA GENERACION 20/08/2021 3:59 p.m. **FECHA INICIAL** 20-ago-2021 **FECHA FINAL** 22-ago-2021 **TOTAL DIAS:** 3 (tres)

MOTIVO: ACCIDENTE DE TRABAJO

INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA: 3 **DIAS:** (tres) **PRORROGA** : NO

FECHA ACCIDENTE ó DX. E.P.:

DESCRIPCION

MEDICO: BERNAL PASCUAL **IDENTIFICACION:** CC 1020824130 **REGISTRO:** 1020824130


Pascual Vicente Bernal Ovalle
1.020.824.130
Médico General

FIRMA MEDICO

FIRMA PACIENTE

Usuario: BERNAL OVALLE PASCUAL VICENTE

Fecha Impresion: 20/08/2021

rptIncapacidad.rpt



CLINICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES

CRA 70 No 6A-03
7423099

Paciente: CC 1049347229 ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL

Triage: TRIAGE III

Dx Salida:

SERVICIOS REALIZADOS

890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

CANTIDAD

1

Plan de Manejo - Plan de Manejo

Recomendaciones y Comentarios : PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD, INGRESA POR CUADRO PREVIAMENTE DESCRITO, CONTUSION DE COXIS, SE INDICA, MANEJO AMBULATORIO, ANALGESIA E INCAPACIDAD POR 3 DIAS, SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS. SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Interpretación de Paraclínicos e Imágenes Diagnósticas : Aplica

Descripción : RADIOGRAFIA SACROCCIGEA: SIN EVIDENCIA DE LESIONES OSEAS AGUDAS.

Recomendaciones COVID-19 : Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración. Además se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19; se brinda educación sobre aislamiento social, higienización de manos y el uso de los elementos de protección, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos, muebles y áreas después de la atención de cada paciente.

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: M545 Nombre: LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoria: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ACCIDENTE DE TRABAJO	

MEDICAMENTOS

Nombre	Casa	Justificación	Cantidad	Prioridad	Concentración	Via	Do:
DICLOFENACO SODICO 75 MG AMPOLLA	No	APLICAR 1 AMPOLLA EN DOSIS UNICA POR 1 DIA	1	Alta		INTRAMUSCULAR	1 AMPOLLA DOSIS UNICA 1 días
NAPROXENO TAB 500 MG	No	TOMAR 0 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS	1	Alta		ORAL	1 TABLETA 8 HORAS 3 días
ACETAMINOFEN TAB X 500 MG	No	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS	1	Alta		ORAL	1 TABLETA 8 HORAS 3 días

SERVICIOS

Nombre	Indicadores	Cantidad
RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		1,00 Media

Pascual Vicente Bernal Ovalle
1.020.824.130
Médico General

Profesional que clausura: BERNAL OVALLE PASCUAL VICENTE

CC 1020824130 R.M. 1020824130

Fecha y hora del registro: 20/08/2021 3:59 p.m.

Profesional que elabora: BERNAL OVALLE PASCUAL VICENTE CC 1020824130 R.M. 1020824130

INCAPACIDADES

FECHA GEN	FECHA INICIAL	DIAS	FECHA FINAL	PRORROGA	MOTIVO	DESCRIPCION	PROFESIONAL
20/08/2021	20/08/2021	3	22/08/2021	NO	ACCIDENTE DE TRABAJO		BERNAL PASCUAL



CLINICA DE ORTOPEdia Y ACCIDENTES LABORALES

CRA 70 No 6A-03
7423099

Paciente: CC 1049347229 ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL

Admisión: 823956 **Fecha de Ncto:** 07/10/1989 **Edad:** 31 a 10 m 13 **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Tel:** 3045478110
Dirección: KR 38 107 **Ubicación del Pcte:** -
Ciudad: BOGOTA **Barrio:** C. BOLIVAR - 19 ARBORIZADORA ALTA **Religión:** NO APLICA
Ocupación: AYUDANTES DE OTROS OFICIOS **Sexo:** Masculino
APBs: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A **Tipo Vincula:** Cotizante/Afiliado
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: POSITIVA ARL

HISTORIA CLINICA MED GRAL

Fecha y Hora de atención:
20/08/2021 3:38 p.m.

Triage: TRIAGE III

Profesional: BERNAL OVALLE PASCUAL VICENTE **Especialidad:** MEDICINA GENERAL **Tp Admisión:** URGENCIAS
Hora Ingreso: 20/08/2021 2:26 p.m. **Dx Ingreso:** **Dx Salida:**

SERVICIOS REALIZADOS

CANTIDAD

890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

1

Informacion General - Datos Generales

Motivo de la Consulta : "ME RESBALE Y CAI EN EL COXIS"

Enfermedad Actual : PACIENTE MASCULINO DE 31 AÑOS DE EDAD, INGRESA POR CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION, SUFRE CAIDA DESDE PROPIA ALTRA CON POSTERIOR TRAUMA A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR Y COXIS, REFIERE DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

Antecedentes - Antecedentes Personales

Antecedentes Alergicos : NO REFIERE

Antecedentes Patológicos : NO REFIERE

Antecedentes Quirúrgicos : NO REFIERE

Antecedentes Traumaticos : NO REFIERE

Medicación Actual : NO REFIERE

Antecedentes Transfusionales : NO REFIERE

Fuma : NO

Alcohol : NO

Antecedentes Familiares : NO REFIERE

Revisión por sistemas - Revisión por sistemas

Neurológico : NO REFIERE

Organos de Sentidos : NO REFIERE

Sistema Cardiopulmonar : NO REFIERE

Genitourinario : NO REFIERE

Sistema Osteomuscular : NO REFIERE

Examen Fisico - Signos Vitales

Hora : 3:38

TA Sistólica (mm de Hg) : 106.00

TA Diastólica (mm de Hg) : 60.00

FR (X Min) : 12.00

T (°C) : 36.00

Saturacion (%) : 90

FC (X Min) : 70.00

Estatura (mt) : 175.00

Peso (Kg) : 68

Examen Fisico - Hallazgos

Aspecto General : BUENAS CONDICIONES GENERALES HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, GLASGOW 15/15.

Cabeza : NORMAL

Cuello : NORMAL

Torax : NORMAL

Abdomen : NORMAL

Genitourinario : NORMAL

Extremidades : NORMAL

Observacion extremidades : COLUMNA LUMBAR: SIN EVIDENCIA DE ATROFIAS O DEFORMIDAD A ESTE NIVEL, DOLOR A LA PALPACION PARAVERTEBRAL, SIN SIGNOS DE COMPRESION MEDULAR, LASEGUE NEGATIVO, BRAGARD NEGATIVO, FUERZA Y SENSIBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES PRESERVADA, SIN ALTERACION, MARCHA NORMAL, MARCHA EN PUNTA DE PIES NORMAL. PRESENTA DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE SACRO Y COXIS.

Piel y Faneras : NORMAL

Fecha y hora de impresión: 20/08/2021 04:00:11p.m.

rptConsultarHCSingColumn.rpt

Página 1 de 2

INCAPACIDAD MEDICA

NUMERO INGRESO	201778
Numero Incapacidad:	84902

FOLIO 3

E-mail: servicios@clinicadeloccidente.com - Web site: www.clinicadeloccidente.com

CLINICA EL OCCIDENTE



Fecha Solicitud:	06/09/2021 04:45:26 p.m.	Tipo Paciente (PLAN):	Otro
Nombre Paciente:	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA		
Entidad:	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.		
Causa Externa:	Accidente_de_Trabajo		
Clase:	Inicial		
Historia Clínica No.	1049347229		
Edad:	31 AÑOS - 10 MESES - 30 DÍAS		
Fecha Nacimiento:	07/10/1989		

INCAPACIDAD

Dias de Incapacidad	8	Fecha Inicial	06/09/2021	Fecha Final	13/09/2021
DIAGNOSTICO QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD					
S663	TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DE OTRO(S) DEDOS) A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO				

Médico: ANDRES MAURICIO NEIRA GRAJALES
Registro Médico: 79650158
Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Firma

Andrés M. Grajales

RECEPTARIO ORIGINAL

EXTERNO

Ingreso :	201778
Folio:	3
Historia Clínica No.	
1049347229	Cédula Ciudadanía
Edad:	31 Años \ 10 Meses \ 30 Dias

Dirección: Avenida Américas No. 71C - 29 P.B.X 4 25 46 20 e-mail : farmacia@clinicadeloccidente.com

Fecha Prescripción 06/09/2021 04:46:03 p.m. Tipo Paciente (PLAN) : Otro

Nombre Paciente: **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA**

Entidad: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. ARP008021

Diagnostico: TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO EXTENSOR DE OTRO(S) DEDO(S) A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Area Solicita: Q15 - SALAS DE CX - PLASTICA

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación : IR A LA ARL Y AUTORIZAR CURACIONES DIA POR MEDIO CON FURACIN PARA REALIZAR POR ENFERMERIA CANTIDAD NO. 5 REPOSICIONAR PERULA DESPUES DE CADA CURACION

Indicación : PEDIR CITA CONTROL DR NEIRA CX PLASTICA PARA EL 13 DE SEPTIEMBRE 2021 TEL 4254656 SOLICITAR PRESENCIALMENTE EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA EDIFICIO NUEVO TERCER PISO ASISTIR CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO, RECUERDE QUE ES SU RESPONSABILIDAD PEDIR LA CITA

Si presenta alguna duda respecto a los medicamentos prescritos escríbanos al correo electrónico farmacia@clinicadeloccidente.com o comuníquese al teléfono 4254620 ext 153 con el Químico Farmacéutico, para Solicitud de citas médicas: 4254656 o email consultaexterna@clinicadeloccidente.com

Médico: NEIRA GRAJALES ANDRES MAURICIO

Registro Médico: 79650158

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Fecha Actual : lunes, 06 septiembre 2021
LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Firma:

Andrés Grajales

E-mail: servicios@clinicadeloccidente.com - Web site: www.clinicadeloccidente.com.co

FOLIO

8

NUMERO INGRESO

222691

Numero
Incapacidad:

94522

Fecha Solicitud:	07/10/2021 07:04:59 p.m.	Tipo Paciente (PLAN) :	Otro
Nombre Paciente:	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA		
Entidad:	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		
Causa Externa:	Accidente_de_Trabajo		
Clase:	Prorroga		

HISTORIA CLÍNICA No.
1049347229
Edad:
32 AÑOS - 0 MESES - 0 DÍAS
Fecha Nacimiento:
07/10/1989

INCAPACIDAD

Días de Incapacidad	Fecha Inicial	Fecha Final
14	08/10/2021	21/10/2021

DIAGNOSTICO QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD

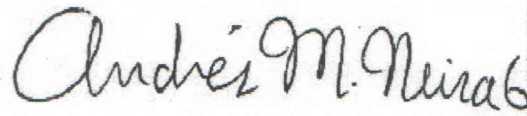
S668	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO
------	--

Médico: ANDRES MAURICIO NEIRA GRAJALES

Registro Médico: 79650158

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Firma





CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

RECETARIO

ORIGINAL

INTRA-HOSPITALARIO

Dirección: Avenida Américas No. 71C - 29 P.B.X 4 25 46 20 e-mail : farmacia@clinicadeloccidente.com

Fecha Prescripción 07/10/2021 07:05:32 p.m. Tipo Paciente (PLAN) : Otro

Nombre Paciente: **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA**

Entidad: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

ARP008021

Diagnostico: TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO

Area Solicita: 113 - CONS E INTERC Y MANEJO CIRUGIA PLASTICA

Ingreso : 222691

Folio: 8

Historia Clinica No.

1049347229

Cédula Ciudadanía

Edad:

32 Años 10 Meses 10 Días

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación : PEDIR CITA CONTROL DR NEIRA CIRUGIA PLASTICA PARA DENTRO DE 2 SEMANAS SOLICITAR LA CITA CONTROL COMUNICANDOSE AL CALL CENTER 4 25 46 56 O, PRESENCIALMENTE EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA EDIFICIO NUEVO. RECUERDE QUE ES SU RESPONSABILIDAD PEDIR LA CITA ASISTIR CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO

Médico: NEIRA GRAJALES ANDRES MAURICIO

Registro Médico: 79650158

Andrés Grajalés

Dirección: Avenida Américas No. 71C - 29 P.B.X 4 25 46 20 e-mail : farmacia@clinicadeloccidente.com

Fecha Prescripción 07/10/2021 07:05:32 p.m. Tipo Paciente (PLAN): Otro

Nombre Paciente: **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA**

Entidad: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. ARP008021

Diagnostico: TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO

Area Solicita: I13 - CONS E INTERC Y MANEJO CIRUGIA PLASTICA

Ingreso : 222691

Folio: 8

Historia Clinica No.

1049347229

Cédula_Ciudadania

Edad:

32 Años \ 0 Meses \ 0 Dias

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación : ORDEN DE TERAPIA FISICA NO° 10 SESIONES PARA RECUPERAR ARCOS DE MOVILIDAD

Si presenta alguna duda respecto a los medicamentos prescritos escribanos al correo electrónico farmacia@clinicadeloccidente.com o comuníquese al teléfono 4254620 ext 153 con el Químico Farmacéutico, para Solicitud de citas médicas: 4254656 o email consultaexterna@clinicadeloccidente.com

Médico: NEIRA GRAJALES ANDRES MAURICIO

Registro Médico: 79650158

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Firma:

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Fecha Actual : jueves, 07 octubre 2021

Pagina 1/1



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

RESPUESTA INTERCONSULTA

No. Historia Clínica: 1049347229 **Fec. Registro:** 07/10/21 19:05 **Folio:** 8
Nombre del Paciente: DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA **Ingreso:** 222691
Fec. Nacimiento: 07/10/1989 **Edad:** 32 AÑOS - 0 MESES - 0 DÍAS **Fecha de Ingreso:** 07/10/2021 15:21
Estado Civil: UnionLibre **Sexo:** Masculino **Nivel/Estrato:** GENERAL
Dirección: CRA 38 107 **Lugar Residencia:** BOGOTA **Tipo Vinculación:** Otro
Telefono: 3045475110 **Entidad:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. **Causa Externa:** Accidente_de_Trabajo

Responsable: ERLEY MEJIA **Acompañante:** ERLEY MEJIA
Tel. Responsable : 3126500588 **Tel :** 3126500588
Parentesco: PAPA
Dirección : CRA 38 107

DIAGNOSTICO Y ANALISIS SUBJETIVO

EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS Y PREVIO LAVADO DE MANOS SE ATIENDE PACIENTE SEGUN LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION , EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL , CON EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (BATA DESECHABLE, MASCARILLA FACIAL N95 Y ESTANDAR, VISERA Y GUANTES) CIRUGIA PLASTICA

PACIENTE POP 4 Y 3 DIAS SEMANAS DE COLGAJOS COMPUESTO + TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR CON LESION PARCIAL DEL 80% EN ZONA V DE MANO IZQUIERDA

ANALISIS OBJETIVO

EN MANO IZQUIERDA:
 PRESENTA ADECUADA EVOLUCION, CICATRIZACION TENDINOSA EN PROCESO

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL: 110 / 70 **FRECUENCIA CARDIACA :** 80 **FRECUENCIA RESPIRATORIA :** 20

ESCALA ANALOGA DE DOLOR: 1,0000 / 10

PARACLINICOS, ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

CITA DE CONTROL EN 2 SEMANAS
 PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 14 DIAS DESDE MAÑANA
 ORDEN DE TERAPIA FISICA NO 10 SESIONES

DIETA

NORMAL

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

NO

ANTECEDENTES

06/09/2021 Médicos NIEGA

06/09/2021 Alérgicos NIEGA

G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 V: 0 E: 0 M: 0

Planifica?

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S668	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
		PEDIR CITA CONTROL DR NEIRA CIRUGIA PLASTICA PARA DENTRO DE 2 SEMANAS SOLICITAR LA CITA CONTROL COMUNICANDOSE AL CALL CENTER 4 25 46 56 0, PRESENCIALMENTE EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA EDIFICIO NUEVO. RECUERDE QUE ES SU RESPONSABILIDAD PEDIR LA CITA ASISTIR CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	0
		ORDEN DE TERAPIA FISICA NO° 10 SESIONES PARA RECUPERAR ARCOS DE MOVILIDAD	1



CLÍNICA DEL OCCIDENTE

Sabemos cómo te sientes, sabemos cómo cuidarte

EVOLUCION CIRUGIA

No. Historia Clínica: 1049347229 **Fec. Registro:** 25/10/21 09:59 **Folio:** 9
Nombre del Paciente: DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA **Ingreso:** 233188
Fec. Nacimiento: 07/10/1989 **Edad:** 32 AÑOS - 0 MESES - 18 DÍAS **Fecha de Ingreso:** 25/10/2021 08:47
Estado Civil: UnionLibre **Sexo:** Masculino **Nivel/Estrato:** GENERAL
Dirección: CRA 38 107 **Lugar Residencia:** BOGOTA **Tipo Vinculación:** Otro
Telefono: 3045475110 **Entidad:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. **Causa Externa:** Accidente_de_Trabajo
Area de Servicio : SERV. IOMED CONSULTA EXTERNA CIRUGÍA PLASTICA **Acudiente :**
Responsable: **Acompañante:**
Tel. Responsable : **Tel :**
Parentesco:
Dirección :

DIAGNOSTICO Y PLAN DE MANEJO

EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS Y PREVIO LAVADO DE MANOS SE ATIENDE PACIENTE SEGUN LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION , EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL , CON EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL (BATA DESECHABLE, MASCARILLA FACIAL N95 Y ESTANDAR, VISERA Y GUANTES) CIRUGIA PLASTICA

PACIENTE POP 7 SEMANAS DE COLGAJOS COMPUESTO + TENORRAFIA DE TENDON EXTENSOR CON LESION PARCIAL DEL 80% EN ZONA V DE MANO IZQUIERDA
 S// REFIERE SENTIRSE BIEN

O// AL EXAMEN FISICO

EN MANO IZQUIERDA:

PRESENTA ADECUADA EVOLUCION, TENORRAFIA SIN SIOGNOS DE RUPTURA, NO INFECCION

PLAN:

SE DAN INDICACIONES, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

SE DA FORMULA DE PROCICAR

SE DA DE ALTA

ESCALA ANALOGA DE DOLOR: 1 / 10

DIETA

NORMAL

DIETA OBSERVACION

JUSTIFICACION DE LA HOSPITALIZACION

NO

ANTECEDENTES

06/09/2021 Médicos NIEGA

06/09/2021 Alérgicos NIEGA

G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 V: 0 E: 0 M: 0

Planifica?

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
S668	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO		<input checked="" type="checkbox"/>

FORMULA MEDICA

Codigo	Descripción	Posologia	Cant
		11117017 PROCICAR CREMA (OXIDO DE ZINC MAS CALAMINA) No 1 APLICAR 2 VECES AL DIA	0

Profesional: NEIRA GRAJALES ANDRES MAURICIO

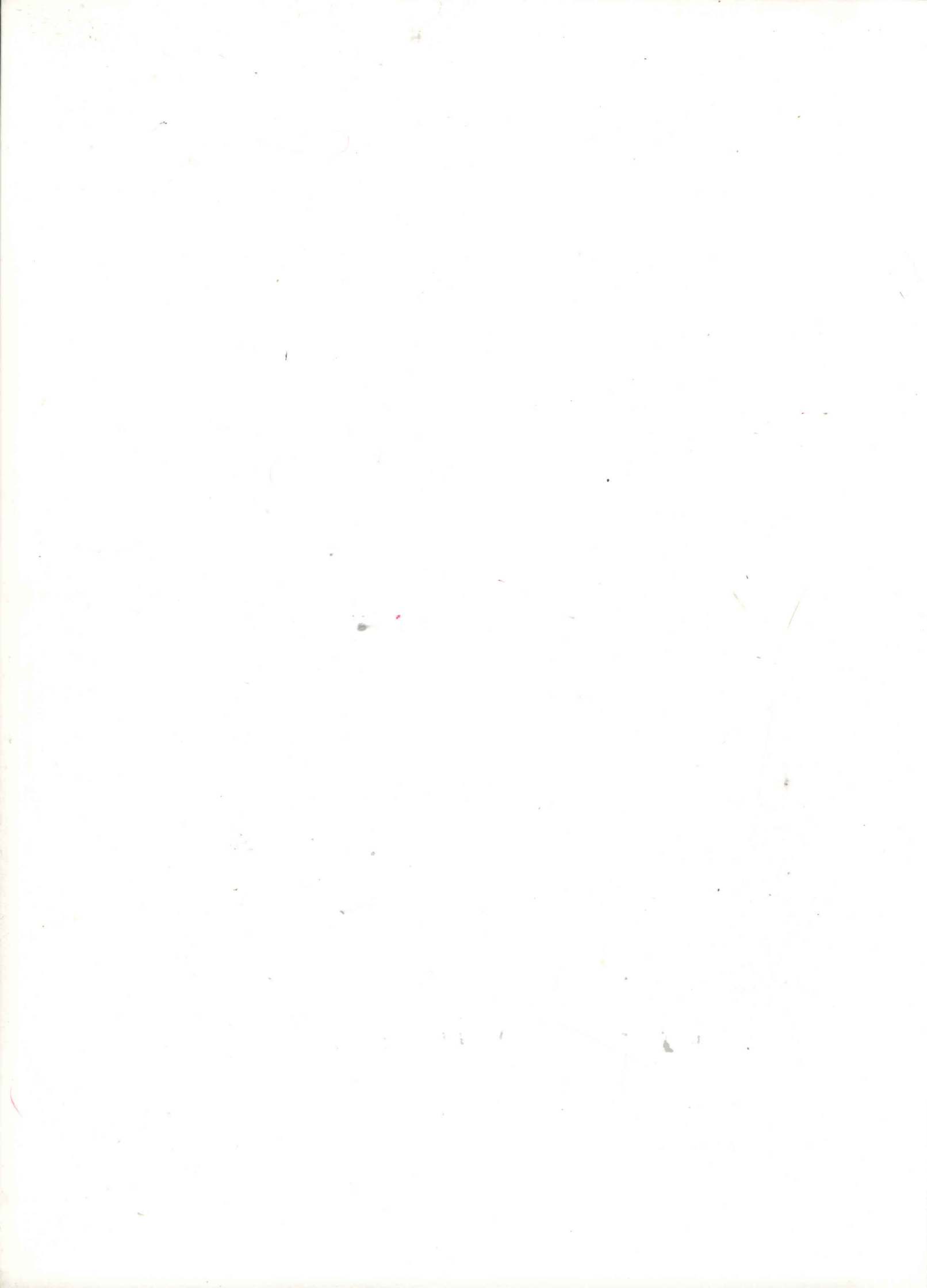
Registro Profesional: 79650158

Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Firma:

Andrés M. Neira

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]



LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Médico: ANDRES MAURICIO NEIRA GRAJALES
 Registro Médico: 79650158
 Especialidad: CIRUGIA PLASTICA

Firma: *Andrés M. Grajas*

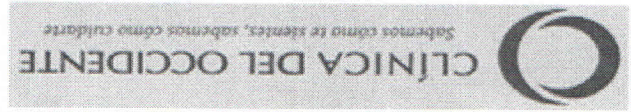
S668	TRAUMATISMO DE OTROS TENDONES Y MUSCULOS A NIVEL DE LA MUNECA Y DE LA MANO	
DIAGNOSTICO QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD		
4	Fecha Inicial	Fecha Final
	22/10/2021	25/10/2021

POSTERIOR REINTEGRO LABORAL AL TERMINO

INCAPACIDAD

Fecha Solicitud:	25/10/2021 12:58:43 p. m.	Tipo Paciente (PLAN):	Otro	HISTORIA CLINICA No.
Nombre Paciente:	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA			
Entidad:	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			
Causa Externa:	Accidente de Trabajo			
Clase:	Prorroga			
Edad:	32 AÑOS - 0 MESES - 18 DÍAS			
Fecha Nacimiento:	07/10/1989			

E-mail: servicios@clinicadeloccidente.com - Web site: www.clinicadeloccidente.com.co



FOLIO 10

NUMERO INGRESO	233188
Numero Incapacidad:	99493

INCAPACIDAD MÉDICA



FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

Diligenciado Por	Formulario Web - Empresa	EPS	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUI
AFP	PORVENIR	ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A./ARL

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA

No documento	Tipo de Doc	Nombre o razón social				Tipo de vinculación
830124631	NI	LADRILLOS OCHOA LTDA				Empleador
Dirección sede principal			Dirección reportada			
Km. 2 Vía Mochuelo						
Actividad económica (Sede principal)						Código
EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACION DE PRODUCTOS DE ARCILLA Y CERAMICA NO REFRACTARIAS, PARA USO ESTRUCTURAL INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACION DE FABRICACION D						4269301
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona	
3657195	7417205	ladrilloschoa1@hotmail.com	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana	
Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal?			Dirección del centro de trabajo			
SI			Km. 2 Vía Mochuelo			
Actividad económica del centro de trabajo						Código
EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACION DE PRODUCTOS DE ARCILLA Y CERAMICA NO REFRACTARIAS, PARA USO ESTRUCTURAL INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LA FABRICACION DE FABRICACION D						4269301
Teléfono	Fax	E-mail	Departamento	Municipio	Zona	
3657195	7417205		BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana	

II INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ

No documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo	Tipo de vinculación		
1049347229	CC	07/10/1989	M	(1) Dependiente		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
ORTEGA	LEGUIA	DAIRO	RAFAEL			
Dirección		Correo electrónico	Teléfono	Fax		
CALLE 6 NRO. 4-07		SINCRORREO@GMAIL.COM	3016578359			
Departamento	Municipio	Zona	Fecha de ingreso a la empresa	Salario mensual	Jornada habitual	
BOLIVAR	ZAMBRANO	Urban	04/01/2021	1000000	(1) Diurna	
Ocupación					Código	
OPERARIO DE PLANTA					1988	

III INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)

Fecha del accidente	Hora del accidente	Día de la semana	Jornada en que sucede	Realiza su labor		
06/09/2021	06:35	Lunes	(1) Normal	(1) Si		
Ocupación no habitual			Tiempo laborado	Lugar donde ocurre el AT		
			00:35	(1) Dentro de la empresa		
Mecanismo o forma del AT	Tipo de lesión	Sitio		Tipo de accidente		
(3) Pisadas, choques o golpe	(41) Herida	(2) Areas de producción		(5) Propios del trabajo		
Parte del cuerpo afectada			Agente del accidente			
(446) Manos			(5) Ambiente de trabajo(incluye superficies de tránsito y d			
Departamento	Municipio	Zona AT	Mortal	Fecha mortal		
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	Urbana	(2)No			

IV DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA EN SU TURNO DE TRABAJO CUANDO AL ABRIR LA PUERTA DEL SECADERO DEL HORNO, SE GOLPEO EN LA MANO IZQUIERDA GENERANDO UNA LACERACIÓN EN EL DEDO CORAZON Y UNA PEQUEÑA EN EL DEDO ANULAR, GENERANDO UN LEVE SANGRADO Y DOLOR

Datos del jefe inmediato

Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono

Hubo personas que presenciaron el accidente? No

Testigos 1	Tipo Doc	N° Doc
Testigos 2	Tipo Doc	N° Doc
Responsable JORGE ANDRES RIVERA	Firma	Tipo Doc CC N° Doc 1013654786

Si usted requiere actualizar información relacionada con los módulos I y II del formulario, por favor acérquese al punto de atención más cercano y solicite el 'Formulario de novedades de ingreso del trabajador dependiente a la administradora de riesgos laborales', marcando el campo actualización y diligenciando los datos correctos. O a través del portal web de afiliaciones.

En cumplimiento del art. 14 Ley 472 de 2015 se recuerda la obligatoriedad de reporte de accidentes graves y mortales y de enfermedades laborales directamente a la Dirección Territorial y oficinas especiales correspondientes dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al evento o recibo del diagnóstico de la enfermedad

LADRILLOS OCHOA LIMITADA

NIT 830124631-1

Libro Auxiliar entre el 30/11/2021 y el 01/03/2022

<i>Tercero</i>	<i>Fecha</i>	<i>Nota</i>	<i>Cheque</i>	<i>Doc. #</i>	<i>Débitos</i>	<i>Créditos</i>	<i>Saldo</i>
<i>283010 DEPOSITOS JUDICIALES</i>							
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	30/11/2021	NOMINA SEGUNDA QUINCENA NO		(LOL) NO A 5	0,00	177.622,00	177.622,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	15/12/2021	NOMINA		(LOL) NO 52	0,00	177.622,00	355.244,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	29/12/2021	ANULADA		(LOL) rc 3758	0,00	0,00	355.244,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	31/12/2021	QUINCENA DICIEMBRE 2021		(LOL) NO 53	0,00	177.622,00	532.866,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	15/01/2022	NOMINA PRIMERA QUINENA ENER		(LOL) NO 57	0,00	175.000,00	707.866,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	31/01/2022	NOMINA SEGUNDA QUINCENA EN		(LOL) NO 58	0,00	175.000,00	882.866,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	11/02/2022	NOMINA DIAS LABORADOS FEBRE		(LOL) NO 59	0,00	130.337,00	1.013.203,00
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL	11/02/2022	LIQUIDACION VACACIONES (Disfrut		(LOL) NC VA 64	0,00	233.333,00	1.246.536,00
<i>Total para 283010 DEPOSITOS JUDICIALES</i>					0,00	1.246.536,00	1.246.536,00
<i>Total Movimientos Débito y Crédito</i>					0,00	1.246.536,00	

LADRILLOS OCHOA LIMITADA**NIT 830124631-1***Nómina # 59 correspondiente al periodo del 01/02/2022 al 11/02/2022***NOMBRE TRABAJADOR** DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA**IDENTIFICACION** 1049347229 **CARGO** Operario

SUELDO BASICO	1.000.000	
DIAS TRABAJADOS	10	
DEVENGADO	333.333	
INCAPACIDAD	0	
HORAS EXTRAS	0	
AUXILIO DE TRANSPORTE	39.057	
RECARGO NOCTURNO	0	
TURNOS EXTRAS	0	
OTROS DEVENGADOS	0	
TOTAL DEVENGADO	372.390	
APORTES EPS		13.333
APORTES PENSION		13.333
RETENCION EN LA FUENTE		0
FONDO DE SOLIDARIDAD		0
PRESTAMOS		0
OTROS DESCUENTOS		130.337
TOTAL DESCUENTOS		157.003
NETO A PAGAR		215.387

FIRMA DEL EMPLEADO

C.C. _____

LADRILLOS OCHOA LIMITADA**NIT 830124631-1***Nómina # 58 correspondiente al periodo del 16/01/2022 al 31/01/2022*

NOMBRE TRABAJADOR	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA	
IDENTIFICACION	1049347229	CARGO Operario
SUELDO BASICO	1.000.000	
DIAS TRABAJADOS	15	
DEVENGADO	500.000	
INCAPACIDAD	0	
HORAS EXTRAS	0	
AUXILIO DE TRANSPORTE	58.586	
RECARGO NOCTURNO	0	
TURNOS EXTRAS	0	
OTROS DEVENGADOS	0	
TOTAL DEVENGADO	558.586	
APORTES EPS		20.000
APORTES PENSION		20.000
RETENCION EN LA FUENTE		0
FONDO DE SOLIDARIDAD		0
PRESTAMOS		0
OTROS DESCUENTOS		175.000
TOTAL DESCUENTOS		215.000
NETO A PAGAR		343.586

FIRMA DEL EMPLEADO

C.C. _____

LADRILLOS OCHOA LIMITADA**NIT 830124631-1***Nómina # 57 correspondiente al periodo del 01/01/2022 al 15/01/2022***NOMBRE TRABAJADOR** DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA**IDENTIFICACION** 1049347229 **CARGO** Operario

SUELDO BASICO	1.000.000	
DIAS TRABAJADOS	15	
DEVENGADO	500.000	
INCAPACIDAD	0	
HORAS EXTRAS	0	
AUXILIO DE TRANSPORTE	58.586	
RECARGO NOCTURNO	0	
TURNOS EXTRAS	0	
OTROS DEVENGADOS	0	
TOTAL DEVENGADO	558.586	
APORTES EPS		20.000
APORTES PENSION		20.000
RETENCION EN LA FUENTE		0
FONDO DE SOLIDARIDAD		0
PRESTAMOS		0
OTROS DESCUENTOS		175.000
TOTAL DESCUENTOS		215.000
NETO A PAGAR		343.586

FIRMA DEL EMPLEADO

C.C. _____

LADRILLOS OCHOA LIMITADA**NIT 830124631-1***Nómina # 53 correspondiente al periodo del 15/12/2021 al 31/12/2021*

NOMBRE TRABAJADOR	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA	
IDENTIFICACION	1049347229	CARGO Operario
SUELDO BASICO	908.526	
DIAS TRABAJADOS	15	
DEVENGADO	454.263	
INCAPACIDAD	0	
HORAS EXTRAS	0	
AUXILIO DE TRANSPORTE	53.227	
RECARGO NOCTURNO	0	
TURNOS EXTRAS	0	
OTROS DEVENGADOS	0	
TOTAL DEVENGADO	507.490	
APORTES EPS		18.171
APORTES PENSION		18.171
RETENCION EN LA FUENTE		0
FONDO DE SOLIDARIDAD		0
PRESTAMOS		0
OTROS DESCUENTOS		177.622
TOTAL DESCUENTOS		213.964
NETO A PAGAR		293.526

FIRMA DEL EMPLEADO

C.C. _____

LADRILLOS OCHOA LIMITADA**NIT 830124631-1***Nómina # 52 correspondiente al periodo del 01/12/2021 al 15/12/2021*

NOMBRE TRABAJADOR	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA	
IDENTIFICACION	1049347229	CARGO Operario
SUELDO BASICO	908.526	
DIAS TRABAJADOS	15	
DEVENGADO	454.263	
INCAPACIDAD	0	
HORAS EXTRAS	0	
AUXILIO DE TRANSPORTE	53.227	
RECARGO NOCTURNO	0	
TURNOS EXTRAS	0	
OTROS DEVENGADOS	0	
TOTAL DEVENGADO	507.490	
APORTES EPS		18.171
APORTES PENSION		18.171
RETENCION EN LA FUENTE		0
FONDO DE SOLIDARIDAD		0
PRESTAMOS		0
OTROS DESCUENTOS		177.622
TOTAL DESCUENTOS		213.964
NETO A PAGAR		293.526
FIRMA DEL EMPLEADO		
C.C. _____		

LADRILLOS OCHOA LIMITADA**NIT 830124631-1***Nómina # A 5 correspondiente al periodo del 16/11/2021 al 30/11/2021*

NOMBRE TRABAJADOR	DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUIA	
IDENTIFICACION	1049347229	CARGO Operario
SUELDO BASICO	908.526	
DIAS TRABAJADOS	15	
DEVENGADO	454.263	
INCAPACIDAD	0	
HORAS EXTRAS	0	
AUXILIO DE TRANSPORTE	53.227	
RECARGO NOCTURNO	0	
TURNOS EXTRAS	0	
OTROS DEVENGADOS	0	
TOTAL DEVENGADO	507.490	
APORTES EPS		18.171
APORTES PENSION		18.171
RETENCION EN LA FUENTE		0
FONDO DE SOLIDARIDAD		0
PRESTAMOS		0
OTROS DESCUENTOS		177.622
TOTAL DESCUENTOS		213.964
NETO A PAGAR		293.526

FIRMA DEL EMPLEADO

C.C. _____

Zambrano Bolívar, 28 de Octubre de 2021

Señores:
JUZGADO PROMISCOU MUNICIPAL
Zambrano Bolívar

ASUNTO: DEMANDA DE CUOTA ALIMENTARIA

Yo, **LAURA MELISSA ESQUIVEL RIVERA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.049.349.127, residente en el Barrio Pumarejo Carrera 17A No. 5A - 24, municipio de Zambrano Bolívar, de ocupación Ama de Casa, celular 301 6578359, en calidad de Madre de los menores **DAIRO ANDRES ORTEGA ESQUIVEL** y **JESÚS DAVID ORTEGA ESQUIVEL**, me dirijo a ustedes con el fin de colocar **DEMANDA POR ALIMENTO**, en contra del señor **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUÍA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.049.347.229, padre biológico de mis menores hijos.

HECHOS:

- Mantuve una relación sentimental durante seis (6) años con el señor **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUÍA**, en la cual nacieron mis menores hijos quien hoy tiene 3 años y 18 meses de edad, respectivamente
- Hace aproximadamente 5 meses nos separamos
- El señor **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUÍA**, después de la separación no ha correspondido con la alimentación de sus hijos
- Se le hizo un llamado a la Comisaría de Familia y no ha respondido

Por todo lo anterior solicito, señor Juez, se le embargue el 35% del salario y todo lo que devengue el señor **DAIRO RAFAEL ORTEGA LEGUÍA**, como trabajador de la **Empresa LADRILLOS OCHOA LTDA.**, NIT. 8301246311, ubicada en la vía Mochuelo bajo Km. 2 Bogotá, Teléfono: 031 3657195

El señor puede notificarse al celular: 3041 5478110, o en la misma dirección de la empresa.

Anexo para la presente demanda:

- Registro civil de los niños
- Copia de la cédula de ciudadanía de mi persona

Atentamente,

LAURA MELISSA ESQUIVEL RIVERA
LAURA MELISSA ESQUIVEL RIVERA
C.C. No. 1.049.349.127
Cel. 301 6578359

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.049.349.127**

ESQUIVEL RIVERA

APELLIDOS

LAURA MELISSA

NOMBRES

Laura Esquivel R
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1996**

ZAMBRANO
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-FEB-2014 ZAMBRANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0512700-00587947-F-1049349127-20140611

0039001974A 2 41514995

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

55508931

NUIP 1.048.662.778



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina													
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	D I N
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía													
COLOMBIA				BOLIVAR				ZAMBRANO					

Datos del inscrito													
Primer Apellido							Segundo Apellido						
ORTEGA							ESQUIVEL						
Nombre(s)													
DARIO ANDRES													
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo				Factor RH	
Año	2	0	1	Mes	A	G	O	Día	2	8	MASCULINO	"O"	+
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)													
COLOMBIA				MAGDALENA				PLATO					

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo			
Mediante certificado nacido vivo										15061003-3			

Datos de la madre													
Apellidos y nombres completos													
ESQUIVEL RIVERA LAURA MELISSA													
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad			
C.C. 1.049.349.127 de Zambrano, Bolivar										Colombiana			

Datos del padre													
Apellidos y nombres completos													
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL													
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad			
C.C. 1.049.347.229 de Zambrano, Bolivar										Colombiano			

Datos del declarante													
Apellidos y nombres completos													
ORTEGA LEGUIA DAIRO RAFAEL													
Documento de identificación (Clase y número)										Firma			
C.C. 1.049.347.229 de Zambrano, Bolivar													

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

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

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario				
Año	2	0	1	Mes	S	E	P	Día	1	0				

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

ESPACIO PARA NOTAS

La presente acta modifica al Serial #55508927, por encontrarse el día de nacimiento incorrecto. Acogiendonos al Artículo 1, de la Resolución 3007 de 2004 de la Registraduría Nacional, se cambió el NUIP por error involuntario. Donde el verdadero NUIP CORRECTO es 1.048.662.778

CARMEN NAVARRO AYALA
NOTARIA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO





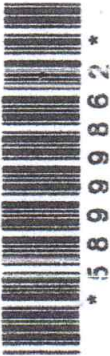
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

58999862

NUIP 1.049.350.394



* 58999862 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [] Número [] Consulado [] Corregimiento [] Inspección de Policía [] Código D 3 N

Datos del inscrito

Primer Apellido ORTEGA Segundo Apellido ESQUIVEL Nombre(s) JESUS DAVID Fecha de nacimiento Año 2020 Mes FEB Día 14 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo Factor RH Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA MAGDALENA PLATO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 15003473-9

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

Apellidos y nombres completos ESQUIVEL RIVERA LAURA MELISSA Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.049.349.127 Nacionalidad COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos ORTEGA LEGUIA DAIRIO RAFAEL Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.049.347.229 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ORTEGA LEGUIA DAIRIO RAFAEL Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.049.347.229 Firma P. Dairo Ortega

Datos primer testigo

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

Datos segundo testigo

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

Fecha de inscripción Año 2020 Mes FEB Día 20 Nombre y firma del funcionario que autoriza RAFAEL ESQUIVIA POLO - REGISTRADO Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO