

**FORMATO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL
CONOCIMIENTO INICIAL**

Fecha de Recepción: 27-10-2021
Hora: 15:11:55
Departamento: Magdalena
Municipio: SANTA MARTA

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

Caso Noticia: 470016001019202151680
Departamento: 47-Magdalena
Municipio: 1-SANTA MARTA
Entidad Receptora: 60-Fiscalía General de la Nación
Unidad Receptora: 19-SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO) - SANTA MARTA
Año: 2021
Consecutivo: 51680

TIPO DE NOTICIA

Tipo de Noticia: QUERELLA
Delito Referente: LESIONES ART. 111 C.P. - PA.
Modo de operación del delito: -
Grado del delito: NINGUNO
Ley de Aplicabilidad: Ley 906

AUTORIDADES

¿El usuario es remitido por una Entidad?: NO

DATOS DEL DENUNCIANTE O QUERELLANTE

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Número de Documento: 85465869
Fecha de Expedición: 17-06-1991
País de Expedición: COLOMBIA
Departamento de Expedición: MAGDALENA
Ciudad de Expedición: SANTA MARTA

Primer Nombre:	CAMILO
Segundo Nombre:	MARIO
Primer Apellido:	DAVILA
Segundo Apellido:	VILLARREAL
País de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	MAGDALENA
Municipio de Nacimiento:	SANTA MARTA
Fecha de Nacimiento:	25-10-1972
Edad:	49
Sexo:	HOMBRE
Tiene alguna discapacidad:	No
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección:	No
Tipo de Dirección:	Residencia
Dirección de Correspondencia:	-
Complemento Dirección de Correspondencia:	-
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	MAGDALENA
Municipio de Correspondencia:	SANTA MARTA
Teléfono Celular:	-
Teléfono Fijo:	-
Correo Electrónico:	CAMILODAVILA@HOTMAIL.COM
Por qué Medio Desea ser Contactado:	Celular
Estimación de los daños y perjuicios:	-

VÍCTIMAS

¿Tiene información sobre la(s) víctimas(s)?: No

INDICIADOS

¿Tiene información sobre el o los posible(s) indiciado(s)?: Sí

¿Cuántas personas participaron en la comisión del delito?: 1

¿De cuántas de estas personas tiene información para aportar?: 1

DATOS DEL INDICIADO

Tipo de Documento: -

Número de Documento: -
Fecha de Expedición: -
País de Expedición: -
Departamento de Expedición: -
Ciudad de Expedición: -
Primer Nombre: JOSE
Segundo Nombre: RAFAEL
Primer Apellido: ABELLO
Segundo Apellido: SILVA
País de Nacimiento: COLOMBIA
Departamento de Nacimiento: -
Municipio de Nacimiento: -
Fecha de Nacimiento: -
Edad: -
Sexo: HOMBRE
Alias: -
Tiene alguna discapacidad: -
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección: -
¿tiene algún acento en particular?: -
¿tiene rasgos o características físicas particulares?: -
¿tiene algún tatuaje, aretes, anillos, cadenas, ropa u otros accesorios particulares?: -
¿Pertenece o ha pertenecido a algún grupo delincuencia?: -
Identidad de género: -
Calidad: -
Nivel Académico: -
Oficio: -
Profesión: -
Dirección de Correspondencia: -
Complemento Dirección de Correspondencia: -
País de Correspondencia: -
Departamento de Correspondencia: -
Municipio de Correspondencia: -
Teléfono Celular: -
Teléfono Fijo: -
Correo Electrónico: -
Conoce el lugar en el que vive la víctima (ciudad, barrio, punto de referencia, etc.): -
Conoce el lugar en el que trabaja la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Nombre de la Empresa, Punto de Referencia, etc.): -
Conoce el lugar que frecuenta la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Punto de Referencia, etc.): -

Otro medio de contacto: -
Información adicional: -

TESTIGOS

¿Sabe usted si hay testigos? Sí
¿Cuántas personas fueron testigo 1
del hecho denunciado?:
¿De cuántos de estos testigos tiene 1
información para aportar?:

DATOS DEL TESTIGO

Tipo de Documento: -
Número de Documento: -
Fecha de Expedición: -
País de Expedición: -
Departamento de Expedición: -
Ciudad de Expedición: -
Primer Nombre: -
Segundo Nombre: -
Primer Apellido: -
Segundo Apellido: -
País de Nacimiento: COLOMBIA
Departamento de Nacimiento: -
Municipio de Nacimiento: -
Fecha de Nacimiento: -
Edad: -
Sexo: HOMBRE
Alias: -
Tiene alguna discapacidad: -
Pertenece a alguna de las
poblaciones de especial
protección: -
¿tiene algún acento en
particular?: -
¿tiene rasgos o características
físicas particulares?: -
¿tiene algún tatuaje, aretes,
anillos, cadenas, ropa u otros
accesorios particulares?: -
¿Pertenece o ha pertenecido a
algún grupo delincuencial?: -
Identidad de género: -
Calidad: -

Nivel Académico: -
Oficio: -
Profesión: -
Dirección de Correspondencia: -

Complemento Dirección de Correspondencia: -
País de Correspondencia: -
Departamento de Correspondencia: -
Municipio de Correspondencia: -
Teléfono Celular: -
Teléfono Fijo: -
Correo Electrónico: -
Conoce el lugar en el que vive la víctima (ciudad, barrio, punto de referencia, etc.): -
Conoce el lugar en el que trabaja la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Nombre de la Empresa, Punto de Referencia, etc.): -
Conoce el lugar que frecuenta la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Punto de Referencia, etc.): -
Otro medio de contacto: -
Información adicional: -

RELACIÓN ENTRE INTERVINIENTES

¿Existe o existió una relación entre el indiciado y la víctima?: No

ARMAS

Tipo vinculación: ELEMENTO CAUSANTE DEL DELITO
Tipo de bien: ARMAS/MUNICIONES/PROVEDORES
Tipo de arma: ARMA DE FUEGO

DATOS SOBRE LOS HECHOS

Se hace constar que el denunciante ha sido informado sobre: la obligación legal que tiene toda persona mayor de 18 años de denunciar cualquier hecho que tenga conocimiento y que las autoridades deban investigar de oficio; de la exoneración del deber de denunciar contra sí mismo, contra su cónyuge o compañero permanente, pariente en 4o. Grado de consanguinidad, de afinidad o civil, o hechos que haya conocido en el ejercicio de una actividad amparada por el secreto profesional; que la presente denuncia se realiza bajo la gravedad de juramento y acerca de las sanciones penales impuestas a quien incurra en falsa denuncia. (Artículos 67 - 69 del C.P.P y 435 - 436 C.P.).

Fecha de comisión de los hechos: 27-10-2021

Hora: 07:30:00
-
Para delitos de acción continuada: -
Fecha inicial de comisión: 27-10-2021
Hora: 07:30:00
Fecha final de comisión: -
Hora: -
-
Lugar de comisión de los hechos: -
Departamento: MAGDALENA
Municipio: SANTA MARTA/MAGDALENA
Localidad o Zona: -
Barrio: -
Dirección: BARRIO/LOCALIDAD/COMUNA:EL RODADERO/LOCALIDAD 3 TURISTICA PERLA DEL CARIBE,SANTA MARTA/MAGDALENA,EL RODADERO
Latitud: 11.195152343434934
longitud: -74.2219300620257
¿Uso de armas?: NO
-
Uso de sustancias tóxicas: NO

RELATO DE LOS HECHOS

¿QUÉ VIENE A DENUNCIAR?:

YO CAMILO MARIO DÁVILA VILLARREAL, IDENTIFICADO CON C.C. NO. 85465869 DE SANTA MARTA (MAGDALENA) PRESENTO DENUNCIA EN CONTRA JOSE RAFAEL ABELLO SILVA POR EL PRESUNTO DELITO DE LESIONES PERSONALES DOLOSAS, ART. 111 DEL C.P.

¿CÓMO LE PASÓ?:

EL 27 DE OCTUBRE DE 2021 APROXIMADAMENTE A LAS 7:30 A.M. ME DIRIJO HACIA EL SECTOR DEL RODADERO MAS PRECISO EN EL SECTOR INCA INCA CON UN GRUPO DE TRABAJO (TOPOGRAFO) ÉRAMOS CUATROS PERSONAS, LAS CUALES ÍBAMOS A MEDIR UNOS PREDIOS QUE SON DE MI PROPIEDAD DE LA SOCIEDAD A LA CUAL SIRVO COMO REPRESENTANTE LEGAL ¿INVERSIONES TAYRONA GAIRA LTDA¿. EL SEÑOR JOSE RAFAEL ABELLO SILVA NOS PREGUNTA QUE ÍBAMOS A HACER, A LO CUAL YO RESPONDO CON AMABILIDAD QUE NUESTRA LABOR CORRESPONDÍA A MEDIR LOS PREDIOS, SIN EMBARGO, JOSE ABELLO QUIEN ESTABA ACOMPAÑADO DE OTRO INDIVIDUO, PROCEDE A SACAR UN ARMA DE FUEGO, YO ESTOY LEYENDO UNOS DOCUMENTOS CUANDO SIENTO UN GOLPE EN EL OJO IZQUIERDO, EL SEÑOR JOSE ABELLO ME GOLPEO CON EL ARMA DE FUEGO Y ME CAUSÓ UNA CONTUSIÓN EN LA REGIÓN PERIORBITARIA IZQUIERDA. NO CONFORME CON EL GOLPE QUE ME DIO, ME AMENZA CON MATARME DICIENDOME QUE SI EN 24 HORAS NO ME IBA DE LA CIUDAD, ME IBA A MATAR. EL SEÑOR JOSE RAFAEL ABELLO SILVA ES RECONOCIDO COMO ALIAS ¿EL MONO ABELLO¿.

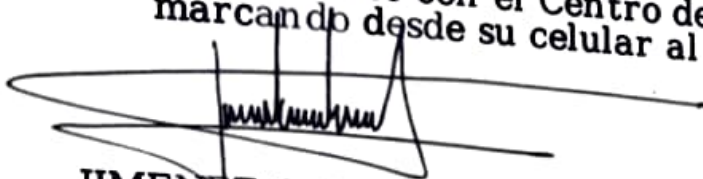
ABC del Delito

FORMATO REMISIÓN A OTRAS INSTITUCIONES POR COMPETENCIA

sí

Se informa al usuario que puede consultar su caso y conocer el despacho al cual se asignó su noticia, de la siguiente manera:

- a. Ingresar a la página web **www.fiscalia.gov.co** en la siguiente ruta:
 - Servicio al Ciudadano / Consultas / Consulte el estado de su denuncia
 - Digite los **21 dígitos** de su denuncia (están en la parte superior de la misma frente a la casilla **Caso Noticia**) y luego ingrese los códigos de validación que pide el sistema
 - Presione **BUSCAR** para consultar la información
- b. Comunicarse con el Centro de Contacto de la Fiscalía General de la Nación, marcando desde su celular al **122** o la línea gratuita **018000919748**.


JIMENEZ CEREZO JESUS DAVID
Fiscalía General de la Nación
SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO) - SANTA MARTA
SANTA MARTA



FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Código

FGN-MP01-F-31

Fecha emisión: 2019 11 27 Versión: 01 Página: 1 de 3

Ciudad/Municipio	Santa Marta	Fecha	AAAA/MM/DD 2021/10/27
Sede/Despacho:	Atención al Usuario, Intervención Temprana y Asignaciones		
Dirección:	Carrera 13 No. 22-19	Teléfono:	4302757
No. Consecutivo	(Número del turno de atención o de incidente)		

Reconocimiento anterior: Si No

Número de Noticia Criminal

47	001	600	1019	2021	51680
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

Delito	Artículo
1.- LESIONES PERSONALES DOLOSAS	111 C.P.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Cludad

De conformidad con lo señalado en el artículo 204 de la Ley 906 de 2004, que establece el apoyo técnico-científico de su entidad, me permito solicitarle, se realice valoración a:

Nombres y Apellidos:	CAMILO MARIO DÁVILA VILLARREAL		
Documento de Identificación:	85465869	DE SANTA MARTA (MAGDALENA)	Edad: 49 Años
Dirección:		Teléfono:	3002886597
Barrio:		Localidad: N/A	SANTA MARTA

Estado Civil

Casado	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Unión libre	X	Viudo	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	---------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------	---	-------	--------------------------

Ocupación

Empleado	X	Desempleado	<input type="checkbox"/>	Hogar	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>
----------	---	-------------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------

Caracterización con enfoque diferencial

Identidad de Género

Hombre	X	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre trans	<input type="checkbox"/>	Mujer trans	<input type="checkbox"/>	Intersexual	<input type="checkbox"/>
--------	---	-------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------



FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Código

FGN-MP01-F-31

Fecha emisión 2019 11 27 Versión: 01 Página: 2 de 3

Ciclo vital				
Niña		Niño	Adolescente	Adulto Mayor <input checked="" type="checkbox"/>

Orientación sexual				
Heterosexual <input checked="" type="checkbox"/>	Bisexual	Lesbiana	Gay	Trans
Otra (Cual)				

Usted se auto reconoce como:				
Indígena	Gitano, Rom	Afrocolombiano <input checked="" type="checkbox"/>	Mestizo	Raizal
Otra (Cual)				

Presenta alteraciones permanentes en o para				
Moveirse o caminar	Usar sus brazos y manos	Ver, a pesar de usar lentes o gafas		
Oír, aun con aparatos especiales	La voz y el habla	Entender o aprender		
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	Bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo	La piel		
Otra (Cual)	CONTUSIÓN EN LA REGIÓN PERIORBITARIA IZQUIERDA			

Aspectos para valorar (Señale con una X)

Estudio Médico realizado para valoración de lesiones por una agresión o accidente	Descripción de aquellas, instrumento con el que fueron causadas las lesiones, determinación de la incapacidad y secuelas que se generen, si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante en su reconocimiento. Se anexa resumen o copia de Historia Clínica (X) SI () NO
Lesiones personales por responsabilidad médica (en este caso anexe cuestionario)	
Estudio Médico realizado al paciente por presunto abuso sexual.	Descripción de lesiones, huellas de incapacidad y secuelas que se generen, si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante en su reconocimiento.
Estudio Médico realizado por presunta embriaguez o consumo de sustancias psicoactivas	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 en su reconocimiento.
Toma de muestras	
Obtención de perfil genético	
Inclusión en base de datos y búsqueda CODIS	
Estudio Médico realizado para establecer la edad clínica	Determinación de la edad, Características de la persona, exploración practicada, si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante en su reconocimiento.
Remisión a Psiquiatría para valoración:	Determinación de alguna afectación de tipo psiquiátrico, que afecte el comportamiento de la persona
Estudio Médico realizado por Violencia de pareja	
Estudio Médico realizado al paciente para establecer su condición física bajo el criterio médico legal	



FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Código

FGN-MP01-F-31

Fecha emisión

2019

11

27

Versión: 01

Página: 3 de 3

Estudio Médico realizado al paciente para una relación médico legal
Determinación de estado de salud en persona privada de libertad
Informe Identificación Lofoscopia
Informe Preliminar de Necropsia
Solicitud de Necropsia
Otro ¿Cuál?

Se anexa resumen o copia de Historia Clínica:

Si

No

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:

Víctima

Indiciado

Dejar constancia y anexar el acta de consentimiento informado.

Observaciones:

1. Registrar si a quien remite es sujeto de especial protección por el factor diferencial.

2. Resultado de Formato de Identificación del Riesgo (Si aplica)

Moderado

Grave

Extremo

Atentamente,

Firma:

Nombre:

JESUS DAVID JIMÉNEZ CEREZO

MESA DE CONTROL DE DENUNCIAS FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

AVIDANTI S.A.S

NIT: 800185449 - 9

Sede: Clínica Avidanti Santa Marta

Código Habilitación: 470010153901

**CAMILO MARIO DAVILA VILLARREAL**

Identificación CC 85465869 Sexo al Hombre

nacer

Fecha nac. 25/10/1972(49 años) Edad 49 años

ingreso

Tel. 00000 - 3017923223

Dirección

Municipio SANTA MARTA

Departamento MAGDALENA

Tipo de zona Zona Urbana

ADMISION No. 422256

Fecha ingreso 27/10/2021 8:21:00 a.m.

Ubicación CASM-Urgencias

Clase de Urgencias

ingreso

Origen Otro

Servicio Servicio de Urgencias

Contrato ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

NIT 8

Plan CONTRIBUTIVO- Cotizante

EPICRISIS UBICACIÓN: CASM-URGENCIAS. FECHA EVENTO: 27/10/2021 10:54:00 a.m.

Ingreso

Fecha de ingreso: 27-oct.-2021 08:21

Ubicación de ingreso: CASM-Urgencias

Servicio de ingreso: Servicio de Urgencias

Profesional: SERGIO DAVID RUIZ COTES (Medicina General)

Fecha: 27-oct.-2021 09:08

Ubicación: CASM-Urgencias

Fecha de ingreso: 27-oct.-2021 08:21

Servicio de egreso: Servicio de Urgencias

Motivo de consulta

ME PEGARON UN CACHAZO

Enfermedad actual

EN CONTEXTO POR PANDEMIA POR COVID-19, SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS EPP SUGERIDOS POR LA OMS. PACIENTE MASCULINO ADULTO MEDIO ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE CON TRAUMA EN REGION PERIORBITARIA IZQUIERDA CON OBJETO CONTUNDENTE (CACHA DE PISTOLA) OCASIONADO HERIDA ABIERTA CON EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS Y SANGRADO ACTIVO, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA. NIEGA PRESENCIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS.

ANTECEDENTES:

-PATOLOGICOS: NIEGA

-ALERGICO: NIEGA

-QUIRURGICO: APENDICECTOMIA

-FARMACOLOGICO: NIEGA

-TOXICOS: NIEGA

-OCUPACION: ADMINISTRADOR HOTELERO

-INMUNIZACION COVID-19: SI, MODERNA ESQUEMA COMPLETO

Análisis médico

PACIENTE MASCULINO SIN ANTECEDENTES CLINICOS DE IMPORTANCIA, ACUDE EN CONTEXTO DE CONTUSION EN REGION PERIORBITARIA IZQUIERDA, A LA EXPLORACION FISICA CON HERIDA QUE AMERITA CIERRE CON PUNTO DE SURUTA, SE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, SE SOLICITA EQUIPO DE PEQUEÑA CIRUGIA, DOSIS PROFILACTICA DE ANTIBIOTICO, POSTERIORMENTE EGRESO CON ORDENES, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan de tratamiento

VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SALUD ***A causa de la pandemia por SARS COV2 - COVID 19 y a pesar que la Clínica Avidanti ha seguido todas las lineamientos y protocolos para evitar la propagación del virus, se genera un riesgo de contagio de esta enfermedad al momento de recibir atención presencial en la institución. Por tanto, se recomienda seguir las medidas de distanciamiento social, lavado de manos y uso de equipos de protección personal indicada por el personal de salud.***

Cra 4 No. 26 A - 71, SANTA MARTA - MAGDALENA - Tel: 5-4237123

Impreso: SERGIO DAVID RUIZ COTES Fecha Imp: 27/10/2021 10:55:00 a. m.

Generado por: GOMEDISYS - Razón social: WRLH COLOMBIA SAS NIT: 900.723.096-3

SOLICITUD DE MEDIDA DE PROTECCIÓN COMANDANTE
ESTACIÓN DE POLICÍA

USO EXCLUSIVO POLICÍA JUDICIAL
No CASO

4	7	0	0	1	6	0	0	1	0	1	9	2	0	2	1	5	1	6	8	0
Dpto.	Mpio	Ent	U. Receptora					Año			Consecutivo									

SOLICITUD DE MEDIDA DE PROTECCIÓN

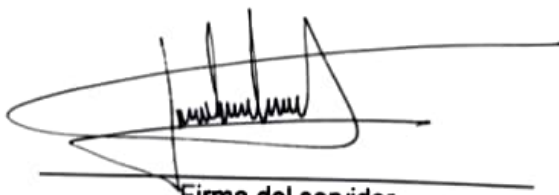
Ciudad, Santa Marta fecha: 27-10-2021 Hora: 3:20 P.M.

J. Jiménez
G.E. 2021-004848
D. Luchano
27.10.21 17:19

Coronel

OSCAR FABIÁN SOLARTE CASTILLO
COMANDANTE DE POLICÍA METROPOLITANA DE SANTA MARTA
Km 13 vía alterna, sector de Bureche vía alcatraces-Mamatoco
Ciudad.

De conformidad con lo señalado en el preámbulo artículos 1,2,22,42 y 218 entre otros de la constitución política en concordancia con lo destacado en los artículos 11, 132 y 133 de la ley 906 de 2004 (código de procedimiento penal), normatividad que establece la adopción de medidas necesarias para la **ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS, EN ESPECIAL LA GARANTÍA DE SU SEGURIDAD PERSONAL Y FAMILIAR**; me permito solicitarle se realicen las actividades pertinentes para proveer de protección policiva y evitar afectaciones futuras en la vida e integridad del señor: **CAMILO MARIO DÁVILA VILLARREAL**, IDENTIFICADO CON C.C. NO. **85465869** DE SANTA MARTA (MAGDALENA), quien reside en la [REDACTED], puede ser ubicado en el abonado número telefónico 3002886597, quien fue víctima del presunto DELITO DE LESIONES PERSONALES DOLOSAS, ART. 111 DEL C.P. por parte de **JOSE RAFAEL ABELLO SILVA ALIAS "EL MONO ABELLO"**.. Agradezco su atención y diligencia.



Firma del servidor

NOMBRE DEL SERVIDOR: JESÚS DAVID JIMÉNEZ CEREZO
FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN



CAMILO MARIO DÁVILA VILLARREAL