

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

NOTICIA CRIMINAL No.

2 0 0 0 1 6 0 0 1 0 7 5 2 0 2 4 1 9 6 7 6

FECHA HECHOS

05 11 2024
DD MM AAAA

FECHA DENUNCIA

06 11 2024
DD MM AAAA

FECHA PRIMERA ASIGNACIÓN

25 11 2024
DD MM AAAA

FISCALÍA :

DIRECCIÓN SECCIONAL DE CESAR - UNIDAD CONCILIACION PREPROCESAL-UCP - FISCALIA 24

CONTRA :

BELKYS ROMERO

DENUCIANTE (s)

MAIREN PAOLA MEZA HURTADO

VÍCTIMA (s) :

MAIREN PAOLA MEZA HURTADO

PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL REFORZADA

SI CUÁL ?
NO

DELITO (s) :

INJURIA POR VIAS DE HECHO ART. 226 C.P.

FECHA FORMULACIÓN IMPUTACIÓN

DD MM AAAA

Conciliación

Miguel wells.

C-02



FISCALIA
GENERAL DE LA NACIÓN

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
IDENTIFICACIÓN CUADERNO No. _____
IDENTIFICACIÓN CAJA No. _____
RADICADO 200016001075202419676
ORIGINAL
ANEXO No. _____
COPIA No. _____
ELEMENTOS No. _____

FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN FORMATO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL CONOCIMIENTO INICIAL

Fecha de Recepción: 06/NOV/2024
Hora: 10:43:00
Departamento: CESAR
Municipio: VALLEDUPAR

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

Caso Noticia: 200016001075202419676
Departamento: 20 - CESAR
Municipio: 001 - VALLEDUPAR
Entidad Receptora: 60 - FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
Unidad Receptora: 01075 - SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO)
Año: 2024
Consecutivo: 19676

TIPO DE NOTICIA

Tipo de Noticia: QUERELLA
Delito Referente: 663 - INJURIA POR VIAS DE HECHO ART. 226 C.P.
Modo de operación del delito:
Grado del delito: NINGUNO
Ley de Aplicabilidad: LEY 906

DATOS DEL DENUNCIANTE O QUERELLANTE XXXXXXXXXXXXXXXX

Primer Nombre: MAIREN
Segundo Nombre: PAOLA
Primer Apellido: MEZA
Segundo Apellido: HURTADO
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
N°. Documento: 49788691
De: VALLEDUPAR
Edad: 45
Género: MUJER
Fecha de Nacimiento: 13/ENE/1979
Lugar de Nacimiento País: COLOMBIA
Departamento: CESAR
Municipio: VALLEDUPAR
Profesión: TECNICO
Oficio: TÉCNICOS Y ASISTENTES EN FARMACIA
Estado Civil: CASADO/A
Nivel Educativo: TECNICO O TECNOLOGO
Dirección correspondencia: COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR - CALLE 13 BIS NO 3
24 PARAISO
Teléfono residencia: 3184246102
Correo electrónico otros: MAIRENMH@GMAIL.COM
Estimación de los daños y perjuicios (en delitos
contra el patrimonio): 0

DATOS DE LA VICTIMA CUANDO NO ES EL MISMO DENUNCIANTE

Primer Nombre: MAIREN
Segundo Nombre: PAOLA
Primer Apellido: MEZA
Segundo Apellido: HURTADO
Documento de Identidad - clase: CEDULA DE CIUDADANIA
N°. Documento: 49788691
De: VALLEDUPAR

Edad:	45
Género:	MUJER
Fecha de Nacimiento:	13/ENE/1979
Lugar de Nacimiento País:	COLOMBIA
Departamento:	CESAR
Municipio:	VALLEDUPAR
Profesión:	TECNICO
Oficio:	TÉCNICOS Y ASISTENTES EN FARMACIA
Estado Civil:	CASADO/A
Nivel Educativo:	TECNICO O TECNOLOGO
Dirección residencia:	- NULL
Dirección correspondencia:	COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR - CALLE 13 BIS NO 3 24 PARAISO
Teléfono residencia:	3184246102
Correo electrónico otros:	MAIRENMH@GMAIL.COM

Se informa a la víctima el contenido de los artículos 136 y 137 del Código de Procedimiento Penal, en cuanto a la información que debe conocer en su calidad de víctima y el derecho a intervenir en todas las fases de la actuación penal de conformidad con las reglas señaladas en la norma procesal penal.

DATOS DEL INDICIADO

Primer Nombre:	BELKYS
Primer Apellido:	ROMERO
Género:	MUJER
Dirección correspondencia:	CALLE 16 NO 9 D 28
Teléfono Móvil:	3183929833 <i>upp</i>

BIENES RELACIONADOS CON EL CASO

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 :	05/NOV/2024
Hora:	15:00:00
Para delitos de acción continuada:	
Fecha inicial de comisión:	05/NOV/2024
Hora:	15:00:00
Lugar de comisión de los hechos :	
Municipio:	1 - VALLEDUPAR
Departamento:	20 - CESAR
Dirección:	20001 CARRERA 20 5-22, VALLEDUPAR, CESAR, COL
Información Adicional al Sitio de los Hechos:	CARRERA 20 5 22
Latitud:	10.483118
Longitud:	-73.270043
Uso de armas ?	NO
Uso de sustancias tóxicas?:	NO

Relato de los hechos:

¿QUÉ VIENE A DENUNCIAR?
EL DELITO DE LESIONES PERSONALES.

¿CÓMO LE PASÓ?
EL DIA 5 NOVIEMBRE DE 2024 A ESO DE LAS 3:00 DE LA TARDE, ME ENCONTRABA EN EL DISPENSARIO ECID SEDE LA POPA LUGAR DONDE TRABAJO, ME ENCONTRABA CONVERSANDO POR TELEFONO CON MI JEFE PARA TRATAR DE SOLUCIONAR UNA FALTA DE LUZ QUE HUBO EN EL SECTOR, CUANDO CUELGO LA LLAMADA Y VOY A DARLE LA INFORMACION A LOS USUARIOS, YO GIRO Y RECIBO UNA CACHETADA FUERTE SIN MAS ALLA NI MAS ACA QUE ME DEJO ATURDIDA DE LA SEÑORA BELKYS ROMERO, Y ME AGREDIO VERBALMENTE, NO ME DEFENDI PORQUE QUEDA ATURDIDA, ELLA DE INMEDIATO SE VA A SU CARRO SE MONTA Y SE VA DEL LUGAR. EL CARRO EN EL QUE SE MOVILIZABA LA SEÑORA BELKYS ES UN AUTOMOVIL BLANCO DE PLACAS IRM-983.

¿DESEA AGREGAR ALGO MÁS A SU DENUNCIA?
QUE A PARTE DEL DAÑO FISICO, ME CAUSO UN DAÑO PSICOLOGICO FEO YA QUE TENGO MUCHO MIEDO DE IR A TRABAJAR, NUNCA ME HA PASADO ESTO, EN ESTE MOMENTO TENGO MUCHO

DOLOR FISICO.

ABC SUIP:

1	¿Hechos de violencia basada en género?	NO
2	Ademas de usted ¿Sabe si hay más víctimas?	NO
3	¿Tiene información sobre el o los posible(S) indiciado(S)?	SÍ
4	Ademas de usted ¿Sabe usted si hay otros testigos?	NO
5	¿Tiene alguna evidencia que aportar a la denuncia?	NO
6	Advertencia	NULL
7	¿Cuántas personas participaron en la comisión del delito?	1
8	Importante:	NULL
10	¿De cuántas de estas personas tiene información para aportar?	1
11	¿En el lugar de los hechos o en su alrededores existen cámaras de seguridad que hubieran podido grabar los hechos?	NO
13	Formato remisión a otras instituciones por competencia	NO
14	Formato solicitud de medida de protección Policía Nacional	NO
15	Formato remisión Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	SÍ
16	Se puso en conocimiento el Acta de Derechos y Deberes de las Víctimas	SÍ
17	Formato remisión a otras instituciones- ICBF / Comisaria de Familia	NO

 Firma del Denunciante

 Firma de Quien Recibe la Denuncia

 YAJAIRA MARTINEZ COTES
 FISCALIA GENERAL DE LA NACION
 Firma de Quien Registra Denuncia

usuario que imprime: RACEVEDO - fecha impresión: 10/dic/2024 09:47:16

	PROCESO GESTIÓN DE DENUNCIAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	Código: FGN-MP01-F-31
	FORMATO DE REMISIÓN AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	Versión: 03 Página: 1 de 2

6 NOVIEMBRE DE 2024

Señores

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Carrera 16 NO 13 C ESQUINA – ALFONSO LOPEZ.
Valledupar

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 apellido	MAIREN PAOLA MEZA HURTADO		
Tipo de documento de identidad	CEDULA	Número de documento de identidad	49788691
Sexo (Seleccione con una "X")	Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	
Identidad de género	Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	Hombre trans <input type="checkbox"/>
	Otra <input type="checkbox"/>	Cuál: (Si seleccionó "otra")	
Nombre identitario (Para identidad de género trans)			
Edad	45	Teléfono	3184246102
Correo electrónico			
Dirección (Incluir barrio y ciudad/municipio)	CALLE 13 BIS NO 3 24 PARAISO		

Pertenece a alguna de las siguientes poblaciones			Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Si respondió SI, especifique:					
Afrodescendiente	<input type="checkbox"/>	Afrodescendiente palenquero	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>	Pueblo / comunidad indígena:			
Requiere interpretación lingüística	Si	No	Indique la lengua:		

Tiene alguna discapacidad			Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Si respondió SI, especifique:					
Visual	<input type="checkbox"/>	Auditiva o del lenguaje	<input type="checkbox"/>	Sordoceguera	<input type="checkbox"/>
Mental	<input type="checkbox"/>	Cognitiva o intelectual	<input type="checkbox"/>	Múltiple	<input type="checkbox"/>
Si seleccionó otra, especifique cual:					
Requiere ajustes razonables	Si	No	Especifique ¹ :		

Aspectos para valorar (Señale con una "X")

Clínica forense	
<input checked="" type="checkbox"/>	Valoración integral de lesiones no fatales en clínica forense (Incluye violencia de pareja, contra niños, niñas adolescentes, personas adultas mayores, entre otras)
	Relaciones medicolegales (Solo historia clínica)
	Abordaje médico legal de casos relacionados con responsabilidad en atención en salud (deberá anexar la historia clínica)
	Abordaje de clínica forense en la investigación de la violencia sexual
	Determinación clínica forense del estado de embriaguez aguda
	Estimación de edad en clínica
	Determinación clínica forense de estado grave por enfermedad, enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión formal y estado de salud como causal de traslado en persona privada de la libertad
	Abordaje forense en casos donde se investigue o sospeche tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
Psicología y psiquiatría forense	
	Pericias psiquiátricas o psicológicas forenses sobre perturbación psíquica en presuntas víctimas de lesiones personales y otros
	Pericias psiquiátricas o psicológicas forenses en adultos víctimas de delitos sexuales
	Pericias psiquiátricas o psicológicas forenses en niños, niñas y adolescentes presuntas víctimas de delitos sexuales
	Pericias psiquiátricas o psicológicas forenses sobre adicción a sustancias
	Pericias psiquiátricas forenses sobre capacidad de comprensión y autodeterminación

¹ Por ejemplo: acceso en silla de ruedas, intérprete de lengua de señas, etc.

	PROCESO GESTIÓN DE DENUNCIAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	Código: FGN-MP01-F-31
	FORMATO DE REMISIÓN AL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	Versión: 03 Página: 2 de 2

<input type="checkbox"/>	Pericias psiquiátricas forenses sobre estado de salud mental del privado de libertad - Estado grave por enfermedad o enfermedad muy grave incompatible con la vida en reclusión formal
<input type="checkbox"/>	Pericias psiquiátricas o psicológicas forenses mediante autopsia psicológica en la determinación de la manera de muerte (suicida, homicida o accidental)
<input type="checkbox"/>	Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses sobre daño Psíquico con Fines de Indemnización, Conciliación o Reparación
<input type="checkbox"/>	Otro. Indique 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

Resultado de Formato de Identificación del Riesgo (Si aplica)			
En la recepción de la denuncia se aplicó a la víctima la herramienta para la identificación del riesgo de reincidencia de violencia de género y de ocurrencia de violencia feminicida. A continuación se presenta su resultado del nivel de riesgo obtenido:			
Bajo	Moderado	Grave	Extremo

Número Único de Noticia Criminal					
20	001	60	01075	2024	
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo
Delito:	LESIONES PERSONALES			Artículo:	111
				Artículo:	

Deberá anexar el PDF de la Noticia Criminal al formato.

Información de la sede de la Fiscalía General de la Nación que realiza la remisión:

Ciudad/Municipio	VALLEDUPAR – CESAR		
Dirección Seccional FGN	CARRERA 17 NO 18 – 05 EDIFICIO OLIMPIA		
Sede/Despacho:	CAF		
Dirección:		Teléfono:	

Solicitamos amablemente que las actuaciones realizadas sean informadas al despacho al cual fue asignada esta noticia criminal, para lo cual puede ingresar a www.fiscalia.gov.co / **servicio ciudadano / consultas / consulte el estado de su denuncia**, en donde encontrará el despacho asignado.

En aras de garantizar el debido proceso, y realizar la activación de la ruta de atención integral desde el sector justicia, sin poner cargas adicionales a la víctima, la Fiscalía General de la Nación remite el caso al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses por medio virtual/electrónico para que se adelanten las acciones pertinentes.

Atentamente,

Firma: _____
Nombre: YAJAIRA MARTINEZ COTES
Receptor Denuncias - destacado SUIP – Género
Seccional Cesar.
Fiscalía General de la Nación.