

Para la Fiscalía General de la Nación es muy importante que usted conozca los derechos y deberes que tiene en su calidad de víctima. Estos derechos deberán ser informados por los servidores de acuerdo a las diferentes etapas del proceso penal. No obstante, le recordamos que usted tiene el derecho a recibir información que requiera en cualquier momento.

Una vez recepcionada la denuncia, usted tiene derecho a:

1. Recibir, durante todo el procedimiento, un trato humano y digno.
2. Recibir desde el primer contacto con las autoridades, información pertinente para la protección de sus intereses.
3. Acceder a la administración de justicia.
4. Recibir información frente a:
 - Las organizaciones de víctimas a las que puede dirigirse para obtener apoyo si lo requiere.
 - El tipo de apoyo o de servicios que puede recibir en dichas organizaciones.
 - El lugar y el modo de presentar una denuncia o una querrela.
 - El modo y las condiciones en que puede pedir protección cuando sea pertinente.
5. Ser escuchado/a tanto por la Fiscalía como por el juez de control de garantías.
6. La protección de su intimidad, esto es la no revelación de sus datos personal y el manejo cuidadoso de los hechos que usted declare.
7. La garantía de su seguridad, la de sus familiares y testigos a favor.
8. Recibir asistencia gratuita por un traductor o intérprete en el evento de no conocer el idioma oficial, o de presentar dificultades para percibir el lenguaje por los órganos de los sentidos, como dificultades para hablar y escuchar.
9. Conocer la verdad de los hechos que conforman las circunstancias de lo sucedido (tiempo, modo y lugar).
10. Recibir asistencia integral para su recuperación en los términos que señale la ley. La asistencia integral consiste prestar un buen y completo servicio a la víctima en las áreas que lo requiere, es decir, asistencia jurídica, psicológica, médica u otras que pueda necesitar.
11. Presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución.
12. Conocer que nadie está obligado a formular denuncia contra sí mismo, contra su cónyuge, compañero o compañera permanente o contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, ni a denunciar cuando medie el secreto profesional.
13. Informar que la falsa denuncia implica responsabilidad penal.

Sus deberes son:

1. Presentar información veraz y no ocultar información durante la formulación de la denuncia o querrela.
2. Suministrar una dirección de correo electrónico o dirección física para notificaciones relacionadas con su denuncia o querrela, que sea de consulta permanente.
3. Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia cuando corresponda.
4. Asistir a los requerimientos y citaciones realizados por la Fiscalía General de la Nación con ocasión a su denuncia.
5. Ofrecer un trato digno y respetuoso a los servidores de la Entidad y los demás actores del proceso penal.
6. Informar a la Fiscalía General de la Nación cualquier novedad o situación que afecte el proceso penal o situación de riesgo a su integridad con ocasión de la denuncia o querrela.
7. Manifestar, si le consta, que los mismos hechos ya han sido puestos en conocimiento de otro funcionario.

Declaro que soy conocedor de los derechos y de los deberes a mí cargo, los cuales me fueron explicados.

Normatividad: Constitución Política de Colombia artículo 23, Ley 906 de 2004, artículos 11 - 136 - 68 y 69; Ley 975 de 2005 artículo 37.

NOTA: Si al momento de la recepción de la denuncia identifica que la víctima pertenece a un grupo minoritario o población vulnerable, por favor seleccione el anexo correspondiente.

ANEXO 1	DERECHOS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO
ANEXO 2	DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
ANEXO 3	DERECHOS DE LAS NNAS VÍCTIMAS
ANEXO 4	DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS PERTENECIENTES A LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS
ANEXO 5	DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO



PROCESO DE GESTIÓN DE DENUNCIAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN
FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Código

FON MP01 F-21

Fecha emisión: 09/01/2017 Página 1 de 2

Ciudad Municipio	VALLE DEL PASO	Fecha	15 ENERO DE 2017
Señal Despacho	UNIDAD FISCAL		
Dirección		Teléfono	
No. Consecutivo	Número del Centro de atención o de inscripción		

Reconocimiento anterior: Si No

Número de Noticia Criminal

20	001	60	01075		60204
Dpto	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

Delito	Artículo
LESIONES PERSONALES	111

Señores

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
 Ciudad.

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:	NORMAN FABIAN MARTINEZ PACHECO KEVIN ALEXI GARCIA ALVAREZ		
Documento de Identificación:	1065608184	Edad:	33 AÑOS
Dirección	MANZANA A CALLE 1 LOTE 3	Teléfono:	304 5421747
Barnio	FRANCISCO JAVIER	Localidad:	VALLEDUPAR

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

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

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"/>

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada. Para ver el documento controlado ingrese al BIT en la intranet <http://web.fiscalia.col/fiscalnet/>



FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Código

FGN-MP01-F-31

Fecha emisión

2020

06

16

Versión: 02

Página: 2 de 3

Ciclo vital

Niña		Niño		Adolescente		Adulto Mayor	X
------	--	------	--	-------------	--	--------------	---

Orientación sexual

Heterosexual	X	Bisexual		Lesbiana		Gay		Trans	
Otra (Cual)									

Usted se auto reconoce como:

Indígena		Gitano, Rom		Afrocolombiano	X	Mestizo		Raizal	
Otra (Cual)									

Presenta alteraciones permanentes en o para

Moverse 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)					

Aspectos para valorar (Señale con una X)

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 () 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, determinación de la 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



PROCESO GESTIÓN DE DENUNCIAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN
FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Fecha emisión: 2021 06 16 Versión: 02 Página: 1 de 1

Código

FGN-MP01-F-21

- Estudio Médico realizado al paciente para establecer su condición física bajo el criterio médico legal
- 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 ¿Cual? VALORACION PSICOLOGICA

Se anexa resumen o copia de Historia Clínica:

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)

Bajo
Moderado
Grave
Extremo

Atentamente,

Firma: _____
Nombre: YAJAIRA MARTINEZ COTES
Cargo: ASISTENTE DE FISCAL



FORMATO CONSTANCIA

Fecha emisión 2015 09 15 Versión: 01 Página: 1 de 174

Código

FGN-MP02-F-12

Departamento CESAR Municipio VALLEDUPAR Fecha 2023/03/02 Hora: 5:37

1. Código único de la investigación:

20	001	60	01075	2022	50304
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

2. Descripción del asunto (indique brevemente los motivos de la constancia):

Se deja constancia que el día 2 de marzo de 2023, se marcó desde el teléfono fijo institucional, al abonado telefónico No. 3045421747, con el objeto de tomar contacto con el denunciante y/o víctima NORMAN FABIAN MARTINEZ PACHECO, lo cual fue posible, pero contesta la señora MARIA, donde le dará la respectiva información, se le explica a la señora que es solicitado y que se le informa a LA VICTIMA, que debe acercarse a la oficina de la fiscalía 19, palacio de justicia 3 piso, para darle tramite a médico legal por segunda vez.

. Datos del servidor:

Nombres y apellidos	HELAINÉ ELENA GIL VERGARA				
Dirección:	PALACIO DE JUSTICIA			Oficina:	3 PISO
Departamento:	CESAR		Municipio:	VALLEDUPAR	
Teléfono:	Correo electrónico:		helaine.gil@fiscalia.gov.co		
Unidad	LESIONES PERSONALES			No. de Fiscalía: DIECINUEVE LOCAL	

Funcionario y cargo.

Fiscal 19 D.J.P.M.

Este documento es copia del original que reposa en la Intranet. Su impresión o descarga se considera una Copia No Controlada. Para ver el documento controlado ingrese al BIT en la intranet: <http://web.fiscalia.col/fiscalnet/>

	PROCESO GESTIÓN DE DENUNCIAS Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	Código: FGN-MP01-F-31
	FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	Versión: 02 Página: 1 de 3

11-1

Ciudad Municipio	VALLEDUPAR -- CESAR	Fecha	07/03/2023
Sede Despacho:	FISCALIA 19 DELEGADA ANTE JUECES PENALES MUNICIPALES		
Dirección:	CALLE 14 CARRERA 14	Teléfono:	
No. Consecutivo	0386		

Reconocimiento anterior: Si No

Número de Noticia Criminal

20	001	60	01075	2022	50304
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

Delito	Artículo
1. LESIONES CULPOSAS	
2.	
3.	

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
 Ciudad

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:		NORMAN FABIAN MARTINEZ PACHECO			
		1,065.608.184	Edad:	33	
Dirección:	CALLE 1 MZ A	Teléfono:	3045421747		
Barrio:	FRANCISCO JAVIER	Localidad:	VALLEDUPAR		

Estado Civil					
Casado	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input checked="" type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Caracterización con enfoque diferencial

Identidad de Género					
Hombre	<input checked="" type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre trans	<input type="checkbox"/>
Mujer trans	<input type="checkbox"/>	Intersexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niña	Niño	Ciclo vital	Adolescente	Adulto Mayor
------	------	-------------	-------------	--------------

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

Indígena	Gitano, Rom	Afrocolombiano	Mestizo	Raizal
Otra (Cual)				

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)		

Aspectos para valorar (Señale con una X)

<input type="checkbox"/> Estudio Médico realizado para valoración de lesiones por una agresión o accidente 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 () SI () NO
<input type="checkbox"/> Lesiones personales por responsabilidad médica (en este caso anexe cuestionario)
<input type="checkbox"/> Estudio Médico realizado al paciente por presunto abuso sexual. Descripción de lesiones, huellas, determinación de la incapacidad y secuelas que se generen, si se sugieren exámenes específicos y demás que considere importante en su reconocimiento.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Toma de muestras
<input type="checkbox"/> Obtención de perfil genético
<input type="checkbox"/> Inclusión en base de datos y búsqueda CODIS
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Remisión a Psiquiatría para valoración: Determinación de alguna afectación de tipo psiquiátrico que afecte el comportamiento de la persona
<input type="checkbox"/> Estudio Médico realizado por Violencia de pareja



Valledupar, 15 de febrero de 2022
OFICIO No. 00046

Señor (a)
FISCAL 19 Local
Palacio de Justicia Piso 2.
Valledupar

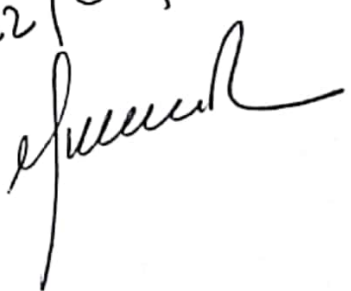
Asunto: Envío de expedientes.

Por instrucciones de la doctora Maribeth Del Rosario Cordoba Almenares, Fiscal 12 Local, remito a usted el siguiente expediente:

1. NUNC No. 200016001075202250304
Indiciado: ABRAHAM ELI DIAZ MALDONADO
Delito: Lesiones
Folios: Doce (12)

Cordialmente


MARÍA DEL SOCORRO ROYERO P
Asistente De Fiscalía 12 Local
Casa de Justicia Primero de Mayo
Valledupar- Cesar-

Recibido:
2022/02/17


FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
FISCALIA 12 LOCAL
CALLE 29 N° 21-84 CASA DE JUSTICIA PRIMERO DE MAYO
VALLEDUPAR, CESAR
CELULAR3182751375