FISCALÍA
GENERAL DE LA NACIÓN

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

Fecha de Recepción:	02-08-2024
Hora:	07:26:25
Departamento:	Valle del Cauca
Municipio:	CALI

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

Caso Noticia:	760016000199202435290
Departamento:	76-Valle del Cauca
Municipio:	1-CALI
Entidad Receptora:	60-Fiscalía General de la Nación
Unidad Receptora:	99-OFICINA DE ASIGNACIONES - CALI
Año:	2024
Consecutivo:	35290

TIPO DE NOTICIA

Tipo de Noticia:	DENUNCIA
Delito Referente:	FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO. ART. 289 C.P. - P.A.
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

NIT.:	890300513
Razón Social:	CLINICA DE OCCIDENTE S A
Dirección:	CL 18 NORTE # 5 - 34
Tipo de Dirección:	Residencia
Dirección de Correspondencia:	CL 18 NORTE # 5 - 34
Complemento Dirección de	-

Correspondencia:	
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	VALLE DEL CAUCA
Municipio de Correspondencia:	CALI
Teléfono Celular:	3008214665
Teléfono Fijo:	6603000
Correo Electrónico:	notificaciones.judiciales@clinicadeoccidente.com
Por qué Medio Desea ser Contactado:	-
Estimación de los daños y perjuicios:	-

VÍCTIMAS

¿Tiene información sobre la(s) victimas(s)?:	-

INDICIADOS

¿Tiene información sobre el o los posible(s) indiciado(s)?:	-
¿Cuántas personas participaron en la comisión del delito?:	1
¿De cuántas de estas personas tiene información para aportar?:	-

DATOS DEL INDICIADO

Tipo de Documento:	-
Número de Documento:	900409217
Fecha de Expedición:	-
País de Expedición:	-
Departamento de Expedición:	-
Ciudad de Expedición:	-
Primer Nombre:	GERIZIM SALUD Y SEGURIDAD EN E
Segundo Nombre:	GERIZIM SST
Primer Apellido:	GERIZIM SST
Segundo Apellido:	-
País de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	BOGOTÁ, D. C.
Municipio de Nacimiento:	BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Nacimiento:	-
Edad:	-
Sexo:	-
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:	CALLE 38 #29-14
Complemento Dirección de Correspondencia:	-
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	BOGOTÁ, D. C.
Municipio de Correspondencia:	BOGOTÁ, D.C.
Teléfono Celular:	3204824982
Teléfono Fijo:	-
Correo Electrónico:	gerenciageneral@gerizimsalud.com
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?:	-
¿Cuántas personas fueron testigo del hecho denunciado?:	-
¿De cuántos de estos testigos tiene información para aportar?:	-

RELACIÓN ENTRE INTERVINIENTES

¿Existe o existió una relación entre	Sí

el indiciado y la víctima?:

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:	24-06-2024
Hora:	13:00:00
	-
Para delitos de acción continuada:	-
Fecha inicial de comisión:	24-06-2024
Hora:	13:00:00
Fecha final de comisión:	-
Hora:	-
	-
Lugar de comisión de los hechos:	-
Departamento:	VALLE DEL CAUCA
Municipio:	CALI/VALLE DEL CAUCA
Localidad o Zona:	-
Barrio:	-
Dirección:	Cra 8 No. 58-67
Latitud:	3.456977286123
longitud:	-76.497281164162
¿Uso de armas?:	NO
	-
Uso de sustancias tóxicas:	NO

RELATO DE LOS HECHOS

¿QUÉ VIENE A DENUNCIAR?:
FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO. ARTICULO 289.

¿CÓMO LE PASÓ?:
LA SOCIEDAD CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. NIT. 890.300.513-3, CONOCIÓ APROXIMADAMENTE EL 15 DE JULIO DE 2024, POR INFORMACIÓN SUMINISTRADA DESDE EL ÁREA DE CONTRATACIÓN DE LA ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN MARCO FIDEL SUAREZ (EMAVI) CON SEDE EN LA CIUDAD DE CALI, EN LA VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PRESENTADA Y ¿ RADICADA EN MARCO DE UN PROCESO LICITATORIO ADELANTADO EN (EMAVI), POR PARTE DE LA SOCIEAD GERIZIM SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO S.A.S GERIZIM SST NIT. 900.409.217-3, QUIEN DENTRO DE OTROS DOCUMENTOS RADICÓ DOS CONTRATOS 1. CONTRATO DE ALIANZA ESTRATÉGICA PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD IPS DE FECHA 21 DE MAYO DE

2024 Y 2. OTROSI AL CONTRATO DE ALIANZA ESTRATÉGICA PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS A TRAVÉS DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD IPS DE FECHA 27 DE JUNIO DE 2024, DOCUMENTOS SIN AUTENTICIDAD, NI LEGITIMIDAD CARENTES DE VALIDEZ, POR CUANTO NO OBEDECEN A NINGÚN VINCULACIÓN DE TIPO COMERCIAL ENTRE CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. NIT. 890.300.513-3 Y GERIZIM SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO S.A.S GERIZIM SST NIT. 900.409.217-3.

ABC del Delito

¿FUE UTILIZADO ALGÚN VEHÍCULO PARA COMETER EL DELITO O PARA ALEJARSE DEL LUGAR DE LOS HECHOS?
No

MINUTO DE LOS HECHOS
0

PAÍS DE HECHOS
COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE HECHOS
VALLE DEL CAUCA

Información Adicional

TIENE ALGUNA EVIDENCIA QUE APORTAR A LA DENUNCIA:
-

¿EN EL LUGAR DE LOS HECHOS O EN SUS ALREDEDORES EXISTEN CÁMARAS DE SEGURIDAD QUE HUBIERAN PODIDO GRABAR LOS HECHOS?:
-

¿DESEA AGREGAR ALGO MÁS A SU DENUNCIA?:
-

DOCUMENTOS

Se hace entrega al usuario de los siguientes documentos:

1. FORMATO REMISIÓN A OTRAS INSTITUCIONES POR COMPETENCIA:
-

2. FORMATO SOLICITUD DE MEDIDA DE PROTECCIÓN POLICÍA NACIONAL:
-

3. FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES:
-

4. FORMATO REMISIÓN A OTRAS INSTITUCIONES- ICBF / COMISARIA DE

FAMILIA:

-

5. SE PUSO EN CONOCIMIENTO EL ACTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS VÍCTIMAS:

-

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**.

BALANTA FORY ZAYIL YUCET
Fiscalía General de la Nación
OFICINA DE ASIGNACIONES - CALI
CALI