FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN	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 3

01 de Abril de 2023

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Ciudad Bogotá

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	FABIO JOSE CARRANZA BALOCO										
Tipo de documento de identidad	CEDULA DE CIUDADANIA			**Número de documento de identidad**				19229802			
Sexo femenino	**Mujer**		**Hombre**	XX							
Identidad de género	**Mujer**		**Mujer trans**		**Hombre**		**Hombre trans**				
	Otra		**Cuál:**								
Nombre identitario											
Edad	69 AÑOS			**Teléfono**				3209730211			
Correo electrónico											
Direc	CARRERA 8 C NO 184 23 USAQUEN										

Pertenece a alguna de las siguientes poblaciones					Si		No	x
Si respondió SI, especifique:								
Afrodescendiente		Afrodescendiente palanquero		Raizal		Gitano / Rom		
Indígena		Pueblo / comunidad indígena:						
Requiere interpretación lingüística	Si		No		Indique la lengua:			

Tiene alguna discapacidad					Si	X	No	
Si respondió SI, especifique:								
Visual		Auditiva o del lenguaje		Sordoceguera		Física o motora		
Mental		Cognitiva o intelectual		Múltiple		Otra		
Si seleccionó otra, especifique cual:			**HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO**					
Requiere ajustes razonables	Si		No		Especifique[1]:			

Aspectos para valorar

Clínica forense	
xxx	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 o psicológicas forenses mediante autopsia psicológica en la determinación de la manera de muerte (suicida, homicida o accidental)
	Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses sobre daño Psíquico con Fines de Indemnización, Conciliación o Reparación
	Otro. Indique cuál:

Se anexa resumen o copia de Historia Clínica: **Si** [X] **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 [x] Indiciado [ ]

Resultado de Formato de Identificación del Riesgo							
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**	

11001610281420230135 8

Número Único de Noticia Criminal					
11	**00**	**1610**	**2814**	**2023**	**01358**
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo
Delito:	1. LESIONES PERSONALES			Artículo:	
	2.AMENAZA			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	Bogotá Cundinamarca		
Dirección Seccional FGN	N/A		
Sede/Despacho:	N/A		
Dirección:	N/A	Teléfono:	N/A

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: Adriana Salcedo.

Nombre: ADRIANA SALCEDO SALAZAR
Receptor de denuncias uri Usaquén