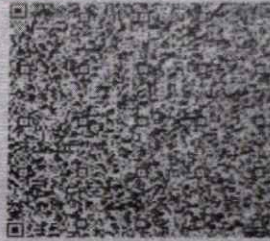




REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL052662892425100<<<<<<<<
0607041M3408157COL1090396780<1
GOMEZ<GARCES<<JOHAN<SEBASTIAN<

CECILA DE
CIUDADANIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

NUIP 1.090.396.780.

GOMEZ GARCES

Nombres

JOHAN SEBASTIAN

Nacionalidad

Estatura

Sexo

COL

1.55

Fecha de nacimiento

G.S.

04 JUL 2006

A+

Lugar de nacimiento

CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición

10 JUL 2024, VILLA DEL ROSARIO


F-stone2

Fecha de expiración

15 AGO 2034





| | |
|---|--|
|  | PROCESO DE APOYO |
| | AREA DE TERAPIAS. |
| | VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL. |

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---------------------|-----------------|--|
| 1er. Apellido | 2do. Apellido | Nombres | DOCUMENTO: |
| Gomez | Garces | Johan Sebastian | (TI) 1090396780 |
| Edad: 17 | Estado Civil: Menor | Escolaridad: — | Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> |
| Dirección: Calle 37 con V-16-20 B. la Esperanza U/RIO | | | Teléfono: 305/2485569. |


FECHA: AÑO: 2024 MES: 05 DIA: 22


DIAGNÓSTICO: Epilepsia (E402) Parálisis Cerebral Espástica

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Cuadriplejía (E800) Cuadriplejía Espástica (E824)

Microcefalia (Q02x) Incontinencia Urinaria (R32x).
 Paciente quien desde los 3 meses presenta síndrome convulsivo, se le diagnostica Microcefalia, Síndrome de Inmovilidad, Incontinencia fecal y Urinaria, Recibe Tratamiento farmacológico permanente (Clonazepam / lacosamida), Afasia motora, no se comunica con el medio externo, No controla esfínteres, No se ubica en tiempo y espacio, No realiza movilidad Activa, lo traslada el cuidador alzándolo, no tiene silla ruedas ergonómica, presenta hiperburia severa, desacomodamiento físico severo, Incapaz para comer activamente. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Requiere acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MÚLTIPLE SEVERA (Mental-Motora-Lenguaje)


 MEDICO
 Dr. Enrique Parro
 Médico General
 C.C. 169.552
 R.M. 2794


 FISIOTERAPEUTA
 pp006390
 SERVICIO DE TERAPIAS



SALUD SOCIAL S.A.S.



Dirección Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Teléfono 607 595 6605

NEUROLOGIA PEDIATRICA

HISTORIA CLINICA GENERAL

N° Historia Clínica: 1090396780

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOHAN SEBASTIAN GOMEZ GARCES **Identificación:** Tarjeraldentidad 1090396780 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 04/julio/2006 **Edad Actual:** 17 Años / 1 Meses / 15 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: calle 17 # 14-110 barrio la esperanza **Teléfono:** 3116630662
Barrio: SIN BARRIO **Procedencia:** SIN DIRECCION
Ocupación: MENOR SIN OCUPACION **Correo Electronico:** noresponder@previsalud.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** NO CUOTA MODERADORA/ NO COPAGO (0.00)
Tipo de contrato: Factura_Global **Tipo:** Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 5 **(Fecha:** 19/08/2023 10:16 a. m.)
Acompañante: **Parentesco:** **Teléfono Acomp:**
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 739687 **Fecha:** 19/08/2023 8:43:21 a. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

CONCURRE CON MADRE
EDAD 17 AÑOS 1 MESES
PC ESPASTICA - EPILEPSIA FOCAL

Enfermedad Actual

REFEIRE PADRE QUE EL NIÑO NO HA TENIDO NUEVAS CRISIS DESDE EL INICIO DE LA LACOSAMIDA LIBRE DE CRISIS
NO RECUERDA FECHA DE ULTIMA.

MEDICACION ACTUAL:
CLONAZEPAN 4 GOTAS CADA 12 HRAS
LACOSAMIDA 3.5 CC CADA 12 HRAS

HACE TERAPIAS DOMICILIARIAS SOLO FISICA NO AUTORIZAN LAS OTRAS INDICADAS.

NIEGA OTROS SINTOMAS

REVISIÓN POR SISTEMAS

| | |
|--------------------------|------------|
| Sistema neurológico | No refiere |
| Sistema otorrino | No refiere |
| Sistema respiratorio | No refiere |
| Sistema cardiovascular | No refiere |
| Sistema gastrointestinal | No refiere |
| Sistema genitourinario | No refiere |
| Sistema osteomuscular | No refiere |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/4

Usuario: 1090408591

Fecha Actual : sábado, 19 agosto 2023

Sistema endocrino No refiere
Sistema linfático No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras) No refiere

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

TAS: 90 /TAD: 60 TAM: 70 NORMAL FC: FR TEMP. SO2
Peso (Kg) 21,0 Talla (Cms) 125 I.M.C. BAJO PESO
Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

EXÁMEN FÍSICO

Estado general:

Cabeza, cara, cuello:

Torax

Abdomen:

Extremidades superiores:

Extremidades inferiores:

Región lumbosacra:

Genitourinario:

Sistema nervioso central: CUADRIPLÉJIA ESPÁSTICA NO SOSTEN CEFÁLICO RETRACCIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:

Lavarse:

Vestirse:

Arreglarse:

Deposiciones:

Micción:

Usar el Retrete:

Trasladarse:

Deambular:

Escalones:

TOTAL BARTHEL

0

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO PACIENTE CON PC ESPÁSTICA - MICROCEFALIA Y EPI FOCAL REFRACTARIA CONTROLADA CON LACOSAMIDA SE MANTIENE TTO.

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|----------------|--------------------------|---|
| Médicos | 23/12/2022 5:53:22 p. m. | PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA, MICROCEFALIA, EPILEPSIA, TRASTORNO DE DESARROLLO, RETRASO MENTAL |
| Farmacológicos | 23/12/2022 5:53:22 p. m. | LACOSAMIDA JB 10 MG/ML DAR 2.5 CC CADA 12 HORAS, CLONAZEPAM 2.5 MG/ML GOTAS 10-GOTAS VO CADA 12 HORAS |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

2/4

Usuario: 1090403591

Médicos 17/05/2023 4:47:01
p. m.

PC ESPASTICA

| Fumador | Medida Fumador | Tiempo Fumador | Medida Exfumador | Tiempo Exfumador |
|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Fumadores en Casa | Exposición al humo | Tiempo exposición | Medida Exposición | Mascotas en casa |
| Sustancias | | | Medida Sustancias | Tiempo Sustancias |

Planifica

FUP G P A C V E M

EXAMENES

| Código | Nombre |
|--------|--------|
|--------|--------|

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|--------|
|--------|--------|

890283 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

Observación: REQUIERE INSUMOS DE PAÑALES.

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

938300 TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD

Observación: 12 SESIONES POR MES POR 6 MESES DOMICILIARIAS

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Observación: 12 SESIONES POR MES POR 6 MESES DOMICILIARIA

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

937000 TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD

Observación: 12 SESIONES POR MES POR 6 MESES DOMICILIARIA

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890375 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/4

Usuario: 1090405591

Observación: 4 MESES

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

| DIAGNOSTICOS | | | |
|-------------------------------|--------|---|---|
| Tipo diagnostico | Código | Nombre | Diagnostico |
| Impresión_Diagnostica | G402 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS | <input checked="" type="checkbox"/> Principal |
| Impresión_Diagnostica | G800 | PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPEJICA | <input type="checkbox"/> Principal |
| Finalidad Consulta: No_Aplica | | Causa Externa: Enfermedad_General | |

| MEDICAMENTOS | | | | | |
|------------------------|---|--------------------|---------------|--------------|----------|
| CUM | Nombre | | Concentración | Presentación | Cantidad |
| 20010106 | LACOSAMIDA 10 MG/ML JARABE (FRASCO X 200 ML) | | 10 MG/ML | | 8 CC |
| Vía de administración: | Oral | Duración: 180 Dias | | | |
| Indicación: | 4 CC CADA 12 HRAS VIA ORAL | | | | |
| 20108206 | CLONAZEPAM 2.5 MG/ML SOLUCION ORAL (FRASCO X 20 ML) | | 2.5 MG/ML | | 6 CC |
| Vía de administración: | Oral | Duración: 180 Dias | | | |
| Indicación: | 4 GOTAS CADA 12 HRAS VIA ORAL | | | | |

INDICACIONES MEDICAS

| PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS | |
|----------------------------|--------|
| Código | Nombre |

Observación:


VERGEL ROSALES SILVANA
NEUROLOGIA PEDIATRICA
55239033 o 55239033

VERGEL ROSALES SILVANA
NEUROLOGIA PEDIATRICA
55239033 o 55239033

Fumador Medida Fumador Tiempo Fumador Medida Exfumador Tiempo Exfumador
 Fumadores en Casa Exposición al humo Tiempo exposición Medida Exposición Mascotas en casa
 Sustancias Medida Sustancias Tiempo Sustancias

Planifica

FUP

G

P

A

C

V

E

M

EXAMENES

| Código | Nombre |
|--------|--------|
|--------|--------|

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|--------|
|--------|--------|

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

| Tipo diagnostico | Código | Nombre | Diagnostico |
|------------------|--------|--------|-------------|
|------------------|--------|--------|-------------|

Impresion_Diagnostica G824 CUADRIPLÉJICA ESPÁSTICA

☒ Principal

Impresion_Diagnostica G800 PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA CUADRIPLÉJICA

☐ Principal

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

| CUM | Nombre | Concentración | Presentación | Cantidad |
|-----|--------|---------------|--------------|----------|
|-----|--------|---------------|--------------|----------|

Via de administración:

Duración:

Días

Indicación:

INDICACIONES MEDICAS

S/S I/C POR MEDICO GENERAL (REFORMULACION DE PAÑALES DESECHABLES
 CONTINUAR TERAPIAS Y SEGUIMIENTO CON NEURO-PEDIATRIA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

| Código | Nombre |
|--------|--------|
|--------|--------|

Observación:

Nombre repente : HCRPHusBase



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|--------------------------|--------------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1090396780 |
| NOMBRES | JOHAN SEBASTIAN |
| APELLIDOS | GOMEZ GARCES |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | NORTE DE SANTANDER |
| MUNICIPIO | VILLA DEL ROSARIO |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/06/2021 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 09/03/2024 09:05:55 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JOHAN SEBASTIN GOMEZ GARCES** identificado con **Cédula de ciudadanía**
número **1090396780** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **CABEZA DE FAMILIA**

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Estado Afiliado: | Activo |
| IPS de atención: | |
| Nivel de Sisben: | 1 |
| Fecha afiliación: | 13/02/2018 |
| Régimen: | Subsidiado |
| Modalidad Subsidio: | Subsidio Total |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 16 de agosto del 2024. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,



CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR

Director de Operaciones - Subsidiado

afiliacionessubsidiado@coosalud.com

COOSALUD EPS

Registro válido

Fecha de consulta:

25/09/2024

Ficha:

548743531073000050257

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHAN SEBASTIAN

Apellidos: GOMEZ GARCES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1090396780

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

22/09/2023

Última actualización ciudadano:

03/09/2024

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

REPORTE NUEVA SOLICITUD EN TRAMITE



Fecha Creación 02/09/2024 10:09:54 a.m.

Creado Por MAIRA ALEJANDRA ANAYA ACEVEDO

NORTE DE SANTANDER
VILLA DEL ROSARIO

54
54874

No. solicitud
548743531073000050257

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | |
|---|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| Primer nombre JOHAN | Segundo nombre SEBASTIAN | Primer apellido GOMEZ | Segundo apellido GARCES | Sexo MASCULINO |
| Extranjero NO | Tipo de documento TARJETA DE IDENTIDAD | Documento 1090396780 | Fecha de nacimiento 04/07/2006 | Fecha de expedición doc. 10/07/2024 |
| País COLOMBIA | Departamento NORTE DE SANTANDER | Municipio VILLA DEL ROSARIO | Correo electrónico N- | |
| Dirección CALLE 17AN 14-110 LA ESPERANZA | | | | Teléfono 3116630662 |

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud? **SI** ¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad? **SI**

¿Qué información de la encuesta desea modificar? Identificación ☐ Datos de vivienda ☐ Datos de hogar ☐ Datos de personas ☒

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

| Orden | 1° Nombre | 2° Nombre | 1° Apellido | 2° Apellido | Documento | Retiro | Inclusión | Mod. |
|-------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | LISBETH | JOHANA | GARCES | MOJICA | C.C. 1098612313 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | VICTOR | MANUEL | GOMEZ | AYALA | C.C. 88248081 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | VICTOR | EMANUEL | GOMEZ | GARCES | T.I. 1093596824 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | JOHAN | SEBASTIAN | GOMEZ | GARCES | C.C. 1090396780 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de información, y que se actualice de forma automática a través del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad identificada a través de cruces con bases de datos generará la exclusión del Sisbén, independientemente de las acciones legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud o en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la dirección de correo electrónico señaladas en la sección "Informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO?

SI

☐

No

☐

Firma del Solicitante

Huella índice derecho



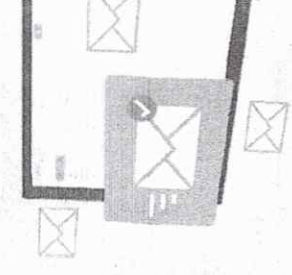
El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación



Chatea con
Lucia

Agregala al WhatsApp
323 231 5115
Los servicios de CENS
al día de tu hogar



Nuevo buzón empresarial para la recepción de peticiones:
cens@cens.com.co
Esta actualización reemplaza los buzones de:
→ soporteclientes@cens.com.co
→ gestiondocumental@cens.com.co
→ notificacionesadministrativas@cens.com.co

¡IMPORTANTE! El correo notifica a soporteclientes@cens.com.co y gestiondocumental@cens.com.co respectivamente todos los trámites pendientes.



Consejos para ahorrar energía

Compensación Calidad del Servicio

Indicadores
C transformador
DIUG
DIU
HC
VR Compensar S
DI
Grp.Calidad
FIUG
FIU
VC
CEC
%

Periodo Actual
Mes 1 Mes 2 Mes 3
1102394-De la Empresa

Información de tu instalación

Medidor Activo: 22383244
Medidor Reactivo:
Alimentador: SANC43
Nivel de tensión: 1
Carga instalada: 5
Constante de medida: 1

21

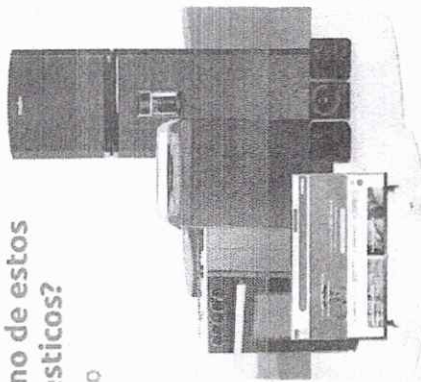
El presente documento equivalente a la factura para el mes de octubre en virtud de la Ley 1306 de 2014 y la Ley 1954 de 2015, la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.

José Manuel González C., apdo
Representante Legal



¿Quieres ganar uno de estos electrodomésticos?
Únete al concurso
Usuario Píloso

¡Regístrate ahora!
Escanear este código



Grupo epro

Tu Información

Nombre: Victor Manuel Gomez Ayala
Dirección: C117an 14-110
Barrio: Esperanza
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512430256
Ciudad: Villa Del Rosario
Estrato 1
Tarifa: Generica

Tu número de cliente:

1137550

Documento equivalente a factura N° - 1076795881

Fecha de emisión: Septiembre 11/2024

Tu último pago fue:

31/AGO/2024

Pagaste:
\$23,594



¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

¡Escanear y pagar!

Periodo facturado 08/AGO/2024 a 07/SEP/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

26/SEP/2024

Pago con recargo hasta:

03/OCT/2024

Días
Facturados

31

Servicios Facturados



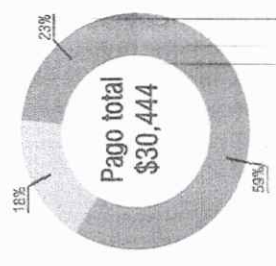
\$17,954



\$7,109



\$5,381



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 41411

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales



Descarga la app CENS www.cens.com.co

Medios de pago
Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetapay.com/censcentraleselectricasdelns/login>

Puntos de pago

Apuetas Cúcuta 75 - BQVA - Compecens - Coguasimales - Almacenes Exito - Ilmorote Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Rad Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datáfonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.612.313**

GARCES MOJICA
APELLIDOS

LISBETH JOHANA
NOMBRES

Lisbeth Johana Garcés Mojica
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-1986**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ABR-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADORA NACIONAL
A. MARRATIZ BENSIGLO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-2700100-59129934-F-1000012313-20040913 0357804257B 02 163149921

Bogotá, Viernes 16 de Agosto de 2024

Señor(a)

LISBETH JOHANA GARCES MOJICA

Dirección: CALLE 17 AN #14 -110 APTO 3

Teléfono: 3052485569

VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER, 48

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Viernes 16 de Agosto de 2024, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **LISBETH JOHANA GARCES MOJICA** identificado(a) con cedula de ciudadanía / contraseña **1098612313**, en calidad de declarante y/o jefe de hogar:

| DECLARACION/ RADICADO | ID | ESTADO VALORACION | HECHO(S) VICTIMIZANTES(S) | FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE | DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE | MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE |
|--------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| NK000544791 | 2983919 (RUV) | Incluido | Desplazamiento forzado | 25/12/2000 | NORTE DE SANTANDER (54) | TIBÚ (54810) |

Que dentro de la declaración rendida **NK000544791** y el hecho victimizante **Desplazamiento forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

| NOMBRES Y APELLIDOS | RELACION CON DECLARANTE | DOCUMENTO | ESTADO VALORACION | FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE |
|------------------------------|-------------------------------|------------|-------------------|------------------------------|
| LISBETH JOHANA GARCES MOJICA | Jefe(a) de hogar (Declarante) | 1098612313 | Incluido | 25/12/2000 |
| JOHAN SEBASTIAN GOMEZ GARCES | Hijo(a)/Hijastro(a) | 1090396780 | Incluido | 25/12/2000 |
| VICTOR EMANUEL GOMEZ GARCES | Hijo(a)/Hijastro(a) | 1093596824 | Incluido | 25/12/2000 |

Debe tener en cuenta que la conformación del grupo familiar inscrito en el Registro Único de Víctimas está determinado por la información que de manera libre y voluntaria realizó la persona que declaró ante el Ministerio Público. De esta manera, el grupo familiar queda registrado tal y como lo expresó el (la) declarante, quien lo conformó, basado en los factores de tiempo, modo y lugar de los hechos victimizantes.

Igualmente le informamos que consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) **LISBETH JOHANA GARCES MOJICA**, identificado(a) con cedula de ciudadanía / contraseña **1098612313**, se encuentra registrado(a) en calidad de miembro de un núcleo familiar con el siguiente estado y hecho(s) victimizante(s).

| DECLARACION/ RADICADO | ID | ESTADO VALORACION | HECHO(S) VICTIMIZANTES(S) | FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE | DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE | MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE |
|--------------------------|----------------|------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 3839-2001 | 10517 (SIV) | PAGADO - (Incluido) | Homicidio | 18/01/2001 | Norte De Santander (54) | Tibu (54810) |

Código Verificación: 2024081610351152

De conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, citado en el parágrafo 1° del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; de igual manera el artículo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

