

**AUTORIZACION PARA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD EN
PERSONAS RESIDENTES EN NORTE DE SANTANDER, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DE LA
RESOLUCION DEL M.S.P.S. No 1197 DE 2024**

DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

| | |
|--|-------------------------------|
| Municipio donde es emitida la autorización | Villa del Rosario |
| Código Divipola del municipio | 54874 |
| Nombre de la entidad que emite la autorización | Secretaría de Salud Municipal |
| Fecha de solicitud de la autorización | 30 de Julio de 2024 |
| Fecha de expedición de la autorización | 30 de Julio de 2024 |

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

| | |
|---|--|
| Nombre Completo | BERNARDO BUITRAGO MACIA |
| Tipo de Documento Identidad | R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro () |
| Número de Documento de Identidad | 13.254.911 de Cúcuta |
| Edad | 70 años |
| Género | Masculino |
| Dirección | Mz A Lote 161 Montevideo I |
| Teléfono fijo | 3163786446 |
| No. de Celular (2 números si es posible) | |
| Municipio de residencia | Villa del Rosario |
| Correo Electrónico | Ybedbuitrago1964@gmail.com |
| Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique. | Si Aplica: (X) No Aplica: () |
| Nombre Completo del Representante | YBED BUITRAGO MACIAS |
| Parentesco de la PcD | Hermana |
| Tipo de Documento Identidad | Cédula de ciudadanía |
| Número de Documento de Identidad | 60.307.637 de Cúcuta |
| Teléfono fijo y/o No. de celular | 3142900265 |

INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN

| | |
|---|---|
| Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD) | 1233311 |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx o Dx relacionado con la discapacidad) | F317 |
| Fuente de Recursos de la autorización | <input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> Sistema General de Regalías |
| Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a la personas. Cuando aplique. | Si <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____ |

| | |
|--|---|
| Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021 | IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584 |
| Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico) | IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com |
| INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES | |
| Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante. | Consulta Institucional: <u> X </u> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____ _____ |
| Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo. | Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: X Otro: _____ |
| DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN | |
| Nombre del funcionario que emite la autorización | Eleana Esther Flórez Ramos |
| Cedula del funcionario | C.C. No.60.412.223 de Villa del Rosario |
| Cargo del funcionario que emite la autorización | Técnico Administrativo Secretaría de Salud |
| Firma del funcionario que emite la autorización |  |

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 5457

Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

Observaciones

DIAGNOSTICOS: F317



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1233311

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 13.254.911
BUITRAGO MACIA

APELLIDOS
BERNARDO

NOMBRES
NO FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1954
CARTAGO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-DIC-1975 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



A-2500100-01063801-M-0013254911-20190222 0064616260A 1 9907427441



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

CONSULTA EXTERNA

Nro. ATENCIÓN 00511838
REGISTRO MÉDICO 00298408
FECHA 28/06/2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| Nro. Historia | Nombre Paciente | Nro. Identific. | Edad | Sexo |
|---|-------------------------|-----------------|--------------|-------------|
| 13254911 | BERNARDO BUITRAGO MACIA | CC13254911 | 70 A | M |
| Dirección del Paciente CUCUTA, CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES | | | | |
| Empresa | Fecha Ingreso | Hora Ingreso | Fecha Egreso | Hora Egreso |
| NUEVA E.P.S SUBSIDIADO | 28/06/2024 | 09:31 | 28/06/2024 | 09:35 |

Página 1

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL DE TIPO AFECTIVO BIPOLAR QUIEN ASISTE A CITA DE CONTROL FARMACOLOGICO

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Psiquiatrico:

TRASTORNO BIPOLAR

EXAMEN FISICO

Fecha y Hora: 28/06/2024 (09:31), Talla: 170.00, Peso: 6.00 Ind. Masa: 2.0800. T.A.: 170/90, F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.: .

Observaciones:

REVISION POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.
Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.
Respiratorio: NO REFIERE.
Cardiovascular: NO REFIERE.
Genitourinario: NO REFIERE.
Musculoesquelético: NO REFIERE.
Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.
Hemolinfático: NO REFIERE.

IDEAS DE SUICIDIO O AUTODAÑO

¿Ha tenido pensamientos Suicidas?: NO,
¿Ha tenido intentos de auto-daño?: NO,

IMPRESION DIAGNOSTICA

F317 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha : 28/06/2024 Medico : VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Procedimiento : CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad : 1

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

PRUEBAS ORDENADAS

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha : 28/06/2024 Medico : VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento : CARBONATO DE LITIO 300 MG TABLETAS Cantidad : 360 Dosificación : TOMAR VIA ORAL 1 TB C/12 HORAS

Fecha : 28/06/2024 Medico : VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento : LEVOMEPROMAZINA 25 MG Cantidad : 180 Dosificación : TOMAR VIA ORAL 1 TB A LAS 9 PM

Fecha : 28/06/2024 Medico : VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento : OLANZAPINA 5 MG TABLETA Cantidad : 180 Dosificación : TOMAR VIA ORAL 1 TBA LAS 8 PM

Observaciones :

PARA 6 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

CITA 6 MESES
PSICOEDUCACION Y PSICORIENTACION
SE CONTINUA EN TRATAMIENTO
CARBONATO DE LITIO 300 MG VO 1-0-1
OLANZAPINA 5 MG VO 0-0-2
LEVOMEPROMAZINA 25 MG VO 0-0-1
NOTA: LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS ESTAN DENTRO DEL PLAN DE BENEFICIOS DE LOS USUARIOS EN LOS PROTOCOLOS DE MANEJO DE LA PATOLOGIA DE LA PACIENTE Y ES MENESTER DE LA EPS Y LA FARMACIA DE LA EPS DARSELOS AL USUARIO TAL Y COMO LO ORDENA EL ESPECIALISTA TRATANTE DADO A QUE ESTE TRATAMIENTO HACE QUE LA PACIENTE ESTE ESTABLE CLINICAMENTE Y DE NO SUMINISTRASELO COMO ORDENA LA LEY ES RESPONSABILIDAD DE LA EPS Y DE LA FARMACIA DE LA EPS SI EL USUARIO SE DESCOMPENSA CLINICAMENTE Y REQUIERE HOSPITALIZACION

Firma y Sello del Médico:

Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROBARIO
CC. 88.208.800 R.M. 51682



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN 00511838

REGISTRO MÉDICO 00298408

FECHA 28/06/2024

Página 2

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------|-------------|
| Nro.Historia | Nombre Paciente | Nro.Identific. | Edad | Sexo |
| 13254911 | BERNARDO BUITRAGO MACIA | CC13254911 | 70 A | M |
| Dirección del Paciente | CUCUTA, ,CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES | | | |
| Empresa | Fecha Ingreso | Hora Ingreso | Fecha Egreso | Hora Egreso |
| NUEVA E.P.S SUBSIDIADO | 28/06/2024 | 09:31 | 28/06/2024 | 09:35 |

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

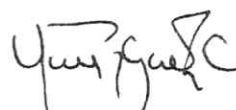
MEDICO TRATANTE

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:


Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROBARIO
CC. 88.208.800 R.M. 51682



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN 00490197
REGISTRO MÉDICO 00282777
FECHA 10/01/2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| Nro. Historia | Nombre Paciente | Nro. Identific. | Edad | Sexo | Página |
|---|-------------------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|
| 13254911 | BERNARDO BUITRAGO MACIA | CC13254911 | 70 A | M | 1 |
| Dirección del Paciente CUCUTA,,CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES | | | | | |
| Empresa NUEVA E.P.S SUBSIDIADO | | | | | |
| | | Fecha Ingreso | Hora Ingreso | Fecha Egreso | Hora Egreso |
| | | 10/01/2024 | 12:11 | 10/01/2024 | 12:14 |

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL QUIEN ASISTE A CITA DE CONTROL FARMACOLOGICO

PRUEBAS ORDENADAS

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Psiquiatrico:

TRASTORNO BIPOLAR

EXAMEN FISICO

Fecha y Hora:10/01/2024(12:12), Talla:160.00,
Peso: 55.00 Ind.Masa:21.4800.
T.A.:140/80 , F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.:

Observaciones:

REVISION POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.
Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.
Respiratorio: NO REFIERE.
Cardiovascular: NO REFIERE.
Genitourinario : NO REFIERE.
Musculoesquelético : NO REFIERE.
Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.
Hemolinfático: NO REFIERE.

IDEAS DE SUICIDIO O AUTODAÑO

¿Ha tenido pensamientos Suicidas?:NO,
¿Ha tenido intentos de auto-daño?:NO,

IMPRESION DIAGNOSTICA

F317 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :OLANZAPINA 5 MG TABLETA Cantidad :360 Dosificacion :TOMAR VO 2 TB A LAS 8 PM

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :LEVOMEPRIMAZINA 25 MG Cantidad :180 Dosificacion :TOMAR VO 1 A LAS 9 PM

Fecha :10/01/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :CARBONATO DE LITIO 300 MG TABLETAS Cantidad :360 Dosificacion :TOMAR VO 1 C/12 HORAS

Observaciones :

PARA 6 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

CITA 6 MESES
PSICOEDUCACION Y PSICORIENTACION
SE CONTINUA EN TRATAMIENTO
CARBONATO DE LITIO 300 MG VO 1-0-1
OLANZAPINA 5 MG VO 0-0-2
LEVOMEPRIMAZINA 25 MG VO 0-0-1
NOTA: LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS ESTAN DENTRO DEL PLAN DE BENEFICIOS DE LOS USUARIOS EN LOS PROTOCOLOS DE MANEJO DE LA PATOLOGIA DE LA PACIENTE Y ES MENESTER DE LA EPS Y LA FARMACIA DE LA EPS DARSELOS AL USUARIO TAL Y COMO LO ORDENA EL ESPECIALISTA TRATANTE DADO A QUE ESTE TRATAMIENTO HACE QUE LA PACIENTE ESTE ESTABLE CLINICAMENTE Y DE NO SUMINISTRASELO COMO ORDENA LA LEY ES RESPONSABILIDAD DE LA EPS Y DE LA FARMACIA DE LA EPS SI EL USUARIO SE DESCOMPENSA CLINICAMENTE Y REQUIERE HOSPITALIZACION

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROBARO
CC. 88.208.800 R.M. 51642



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

Nro. ATENCIÓN 00490197

REGISTRO MÉDICO 00282777

FECHA 10/01/2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Página 2

| Nro. Historia | Nombre Paciente | Nro. Identific. | Edad | Sexo |
|---|-------------------------|-----------------|--------------|-------------|
| 13254911 | BERNARDO BUITRAGO MACIA | CC13254911 | 70 A | M |
| Dirección del Paciente CUCUTA,,CL 8 # 0E-63 B/MOTILONES | | | | |
| Empresa | Fecha Ingreso | Hora Ingreso | Fecha Egreso | Hora Egreso |
| NUEVA E.P.S SUBSIDIADO | 10/01/2024 | 12:11 | 10/01/2024 | 12:14 |

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MEDICO TRATANTE

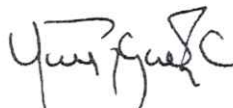
VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:


Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROBARIO
CC. 88.208.800 R.M. 51682



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 | 13254911 |
| NOMBRES | BERNARDO |
| APELLIDOS | BITRAGO MACIA |
| 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 | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/04/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión:

07/30/2024
14:42:20

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

Registro válido:

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874353664900014860

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BERNARDO

Apellidos: BUITRAGO MACIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13254911

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/08/2023

Última actualización ciudadano:

14/09/2023

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 Maria Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

RED DE SERVICIOS NORTE DE SANTANDER
NIT: 890501734-7
CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE
DE SANTANDER S.A. E.S.P.
NIT. 890500514

NUMERO TRANSACCION: 13297585
FECHA: 02/03/2024 HORA: 15:18:08
VENDEDOR: 1090347007
OFICINA V ROSARIO
NIT: 890501734-7

CODIGO SEGURIDAD
#33655623644%

RECAUDO CENS PREPAGO
REFERENCIA: 14294073821
COMPRA: 4663532
ESTRATO: 1
USO: RESIDENCIAL

PIN: 68308013553058665220

NOM CLIENTE: CARMEN RODRIGUEZ CAMACHO
DIRECCION: KMZ A LOTE 161 CON CALLE 2
4
BARRIO: 1411-MONTEVIDEO (VILLA ROSARIO)
MUNICIPIO: 54874-VILLA DEL ROSARIO
DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

NUM CLIENTE: 645965
MEDIDOR: 14294073821
VALOR VENTA: \$50,000
VALOR PRECARGA: 0

TARIFA: 923.4998
KW/H SUBS: 23
SUBSIDIO: -12354
CONTRIBUCION: 0
APL DEU: 990
SALDO: 78650
APL ASE0: 40092
SALDO ASE0: -2
OPE ASE0: VEOLIA ASE0 NORTE DE SANTANDER
SAS ESP

TEL OPE ASE0: 018000950076
FECHA PAGO: 02/03/2024 HORA: 15:18:08
CONSERVE ESTE TIOUETE,
ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **60.307.637**

BUITRAGO MACIAS

APELLIDOS
YBED

NOMBRES

Ybed Buitrago Yp
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-1964**

CARTAGO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

21-SEP-1983 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Arriel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A 2510000-00707275-F-0060307637-20150522 0044242660A 1 6973395227