



**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	25 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	25 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

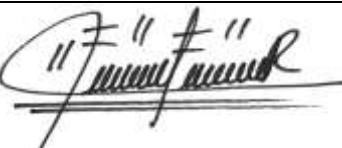
Nombre Completo	THIAGO JESUS MARQUEZ APONTE			
Tipo de Documento Identidad	R.C. <input checked="" type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Número de Documento de Identidad	1092036802			
Edad	9 meses			
Género	Masculino			
Dirección	KDX 59-2 Juan Frío			
Teléfono fijo	3115715039			
No. de Celular (2 números si es posible)	3249319628			
Municipio de residencia	Villa del Rosario			
Correo Electrónico	Apontestefany7@gmail.com			
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica: <input type="checkbox"/>			
Nombre Completo del Representante	JENERI ESTEFANIA APONTE PEREZ			
Parentesco de la PCD	Madre			
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía			
Número de Documento de Identidad	1.092.394.038 de Villa del Rosario			
Teléfono fijo y/o No. de celular	3249319628			

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)	1250978
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	Q02X – R620
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.ipspresando@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: <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____

DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN

Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleanor 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	

RC 1092036802 THIAGO JESUS MARQUEZ APONTE

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: Q02X - R620



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1250978



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

NUIP

1092036802

Indicativo Serial

62707609

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código N 4 C

Faís - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 2 CUCUTA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido										Segundo Apellido														
MARQUEZ * * * * *										APONTE * * * * *														
Nombre(s)																								
THIAGO JESUS * * * * *																								
Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo					Factor RH				
Año	2	0	2	3	Mes	O	C	T	Día	2	4	MASCULINO					O	POSITIVO						
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)																								
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA * * * * *																								

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	* * * * *	Número certificado de nacido vivo 23105310709781 : * *
-------------------------------------	-----------	---

Datos de la madre e padre (para casos de nacimiento):

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

APONTE PEREZ JENERI ESTEFANIA *	Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1092394038 *	COLOMBIA * * * * *	

<p>Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indigenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)</p> <p style="text-align: center;">Apellidos y nombres completos</p>	
MARQUEZ AGELVIS ALBERT JESUS *	
<p>Documento de Identificación (Clase y número)</p> <p>DE No. CI27968301 *</p>	
<p>Nacionalidad</p> <p>VENEZUELA * * * * *</p>	
<p>Datos del declarante</p>	

Apellidos y nombres completos
APONTE PEREZ JENERI ESTEFANIA *
Documento de Identificación (Clase y número)
CC No. 1092394038 *
Firma
X Jeneri Aponte

Datos primer testigo	Apellidos y nombres completos
* * * * *	* * * * *
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Fecha de inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza									
Año	2	0	2	3	Mes	N	O	V	Día	0	9	JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN	
Nombre y firma													

Nombre y apellido paterno	Nombre y firma del funcionario
* Albert M	NOTARIO JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN
Firma	Nombre y firma de la SEGUNDA DE CUSTODIA
ESPACIO PARA NOTAS	

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LIBRO DE VARIOS 126 FOLIO 255:09/11/2022 DE

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Marquez	Apone	Thiago Jesus	RC 1092036802
Edad : 0meses	Estado Civil: Menor	Escolaridad: -	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: KDX 59-02 Juan fio U/Flu	Teléfono: 311 5715039		

FECHA: AÑO: 2024 MES: 06 DIA: 26

DIAGNÓSTICO: Microcefalia (Q02x). Retardo Desarrollo (R620)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien nació a las 37 semanas de gestación y se le diagnosticó Microcefalia, ala Valoración presenta Retardo Desarrollo, Ademas presenta Síndrome Convulsivo por lo que requiere tratamiento farmacológico permanente (Levetiracetam 100mg), no realiza activamente posturas desarrollo normal, retraso cognitivo, mirada fija y perdida ocasionalmente, no presenta patrón alimenticio normal, pie en valgo que limita la motricidad, presenta hiperattività generalizada, Reacciones asociadas con movimientos tónico clónicos. Disminución craneal severa.

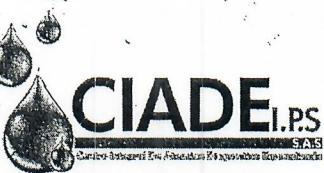
Dependiente todas las Actividades Vida Diaria.

Requiere Acompañamiento Permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA

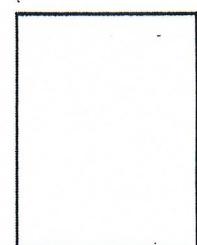
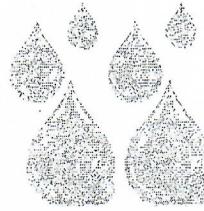
(Motor-
Mental-
Lenguaje
Visual)





NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com



ATENCIÓN POR NEUROLOGÍA

DATOS PERSONALES

Nº Atención: 13,14

Ciudad: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) 18/05/2024 - 09:28 A. M.	Fecha Atención: 18/05/2024 09:28:32a. m.
RC: 1092036802 Nombres y Apellidos: MARQUEZ APONTE THIAGO JESUS	Fecha de Nacimiento: 24/10/2023 Edad: 6 MESES 24 DÍAS
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: NA	Teléfono: NA Celular: NA
Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. Ocupación: NA	Acudiente: NO REPORTA
Teléfono del Acudiente: NO REPORTA Parentesco: NO REPORTA	

MOTIVO DE CONSULTA

NO APLICA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 6 MESES SIN FACTORES DE RIESGO NEUROLOGICOS PERINATALES, PERO CON RCIU Y MICROCEFALIA DIAGNOSTICADA
EN EL 3ER TMT, PIE DERECHO VALGO, NACE A LAS 37 SEMANAS CON BUENA ADAPTACIÓN NEONATAL, CON MICROCEFALIA ECO TF Y TAC DE CRANEO SIMPLE REPORTADAS EN HISTORIA CLINICA DE RECIEN NACIDO NORMAL (NO TENEMOS ESTOS ESTUDIOS EN FISICO) RT PCR PARA ZIKA SERICA NEGATIVA, IGM PARA TOXO, RUBEOLA Y CMV NEGATIVOS, ACUDE CON :IRM CEREBRAL Y DE NEUROEJE: MICROCEFALIA, PAQUIGIRIA: PATRON DE GIROS SIMPLIFICADO SURCOS POCO PROFUNDOS Y LISOS, ESPESOR CORTICAL NORMAL, NO DOCUMENTO BANDA HETEROTÓPICA, HIPOPLASIA DE VERMIX CEREBELOSO, MEGACISTERNA MAGNA, RESONANCIA DE COLUMNA NORMAL.
TIENE ECOCARDIOGRAMA NORMAL, TAMIZAJE AUDITIVO NORMAL, CARIOTIPO 46XY, PENDIENTE ACGH SOLICITADO POR GENÉTICA.
TIENE TERAPIA POR OCUPACIONAL Y FISICA.

CONVULSIONÓ EL 25 DE ABRIL 2024 EN 3 OPORTUNIDADES CON SUPRAVERSIÓN DE LA MIRADA, CIANOSIS PERIBUCAL, AUMENTO DEL TONO GENERALIZADO Y POSTERIORES MOVIMIENTOS CLÓNICOS GENERALIZADOS DE DURACIÓN 2-6 MINUTOS, NO FUERON RELACIONADAS CON FIEBRE, ES VALORADO POR NEUROPIEDIATRA PARTICULAR QUIEN INICIA LEVETIRACETAM 1,2 CC VO CADA 12 HORAS INICIADO EL 26/04/24 SIN RECURRENCIA DE CRISIS.

TIENE PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGÍA HASTA JUNIO.

ANTECEDENTES:

-PERINATALES: G1C1V1, NO CONSANGUINIDAD, PRIMER EMBARAZO, SIN COMPLICACIONES CPN+, ECOGRAFIAS NORMALES, AL MES 8 DIANOGSTICAN MICROCEFALIA, MADRE NO REFIERE INFECCIONES EN EL EMBARAZO, NI RASH, STORCH NEGATIVO, NACE A LAS 37 SEMANAS POR CESAREA PROGRAMADA, PESO: 2600GR, TALLA: 45CM, BUENA ADAPTACIÓN NEONATAL, CON MICROCEFALIA,
-NEURODESARROLLO: TIENE REZAGO CEFALICO,
-PERSONALES: NO REFIERE
-FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE
-QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
-ALÉRGICOS: NO REFIERE
-HOSPITALARIOS: NO REFIERE
-FAMILIARES: NO REFIERE

REPORTES:

04/04/24: IRM CEREBRAL Y DE NEUROEJE: MICROCEFALIA, PATRON DE GIROS SIMPLIFICADO SURCOS POCO PROFUNDOS Y LISOS, ESPESOR CORTICAL NORMAL, HIPOPLASIA DE VERMIX CEREBELOSO, MEGACISTERNA MAGNA 07/03/24: PEV: NORMAL, RESONANCIA DE COLUMNA TOTAL: NORMAL

04/01/24: ECOCARDIOGRAMA: NORMAL

02/11/23: RT PCR PARA ZIKA EN SUERO: NEGATIVO, CARIOTIPO 46XY

24/10/23: ECO TF: NORMAL

24/10/23: TOXO IGM: NEGATIVO, RUBEOLA IGM: NEGATIVO, CMG IGM: NEGATIVO

TSH NEONATAL: 2.21

10/10/23: IRM OBSTETRICA: MICROCEFALIA CUERPO CALLOSO ADELGAZADO AUMENTO DEL ESPACIO ARACNOIDEO DE AMBAS CONVEXIDADES DE HEMISFERIOS CEREBRALES.

OBJETIVO

NO APLICA

EXÁMENES PARACLINICOS PREVIOS

NO APLICA

CODIGO	DIAGNÓSTICOS	ORIGEN	TIPO
Q02	MICROCEFALIA	ENFERMEDAD GENERAL	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO
R620	RETARDO EN DESARROLLO	ENFERMEDAD GENERAL	3 - DIAGNÓSTICO CONFIRMADO REPETIDO

ANÁLISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO

PACIENTE MASCULINO DE 6 MESES SIN FACTORES DE RIESGO NEUROLOGICOS PERINATALES, PERO CON RCIU Y MICROCEFAPIA. DIAGNOSTICADA EN EL 3ER TMT, PIE DERECHO VALGO, NACE A LAS 37 SEMANAS CON BUENA ADAPTACIÓN NEONATAL, CON MICROCEFAPIA Y EN RESONANCIA DOCUMENTÓ PAQUIGIRIA, HIPOPLASIA DE VERMIX CEREBELOSO, HPOPLASIA DEL CUERPO CALLOSO, QUIEN PRESENTA CRISIS CONVULSIVAS NO RELACIONADAS CON FIEBRE EN ABRIL, SE ENCUENTRA EN MANEJO CON LEVETIRACETAM SIN RECURRENCIA EVENTOS.

TIENE TERAPIAS CON ALGO DE MEJORÍA EN RETRASO DEL DESARROLLO, YA REALIZA SOSTÉN CEFÁLICO, MEJORÓ PARCIALMENTE TONO.

TIENE RT PCR PARA ZIKA SERICA NEGATIVA, IGM PARA TOXO, RUBEOLA Y CMV NEGATIVOS
PEA Y PEV NORMALES.

TIENE PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGÍA HASTA JUNIO.

PLAN:

PESO: 5.7KG

P/ EEG

P/ ACGH Y CONTROL POR GENÉTICA

LEVETIRACETAM 1.2 CC VO CADA 12 HORAS (40MG/KG/D)

TERAPIA FONO, OCUPACIONAL Y FISICA 3 VECES POR SEMANA POR 3 MESES

CONTROL EN 3 MESES

CONTROL POR ORTOPEDIA

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 1

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGIA	CANT	FECHA CREACIÓN
LEVETIRACETAM 100MG/ML (JARABE)	1.2CC VO CADA 12 HORAS POR 3 MESES	1	18/05/2024 10:14:40a.

ORDEN A SERVICIOS N° 1

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	1	18/05/2024 09:59:48a.
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	1	18/05/2024 10:01:28a.

ORDEN A SERVICIOS N° 2

NOMBRE DEL SERVICIO	CANT	FECHA CREACIÓN
[SIN CUPS] TERAPIA FISICA [931001]	36	18/05/2024 10:00:56a.
TERAPIA FONOAUDIOLOGICA-- 937000	36	18/05/2024 10:01:07a.
[SIN CUPS] TERAPIA OCUPACIONAL ---938303	36	18/05/2024 10:01:17a.

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0

NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO

Dra. Andrea Vargas Sanabria
Neuropediatra Uddia
R.M. 1095926179

Firma: ANDREA VARGAS S.

Nombre: VARGAS SANABRIA ANDREA PATRICIA

R. M.: 1095926179

PACIENTE

MARQUEZ APONTE THIAGO JESUS

1092036802



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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092036802
NOMBRES	THIAGO JESUS
APELLIDOS	MARQUEZ APONTE
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	24/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/25/2024 15:13:42 | 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:

25/07/2024

Ficha:

54874353969600071580

A4

Pobreza extrema**DATOS PERSONALES****Nombres:** THIAGO JESUS**Apellidos:** MARQUEZ APONTE**Tipo de documento:** Registro civil**Número de documento:** 1092036802**Municipio:** Villa del Rosario**Departamento:** Norte de Santander**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:** 02/07/2024**Última actualización ciudadano:** 02/07/2024**Última actualización vía 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:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



Grupo epm

Tu Información

Nombre: D.gonzalez
 Dirección: Kdx 59-2
 Barrio: Correg Juan Frio
 Clase de Servicio: Residencial
 Ruta: 105 01512060680

Ciudad: Villa Del Rosario
 Estrato 1
 Tarifa: lcbf bienestar familiar

Tu número de cliente: **111286**

Documento equivalente a factura N° - 1074129826

Fecha de emisión: Mayo 14/2024

Tu último pago fué:
22/ABR/2024Pagaste:
\$260,000

Evite la suspensión del servicio Periodos de atraso: 2

Escanea y paga!

Periodo facturado 09/ABR/2024 a 08/MAY/2024

Fecha de vencimiento

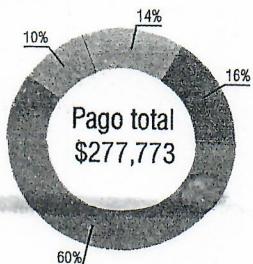
Pago oportuno hasta:
INMEDIATOFecha de suspensión:
INMEDIATO

Días Facturados

30

Servicios Facturados

	Energía	\$165,724
	Aseo	\$45,157
	Alumbrado Público	\$39,922
	Hogar / Previsión / Credisomos	\$26,970



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

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

Con este número puedes hacer trámites y pagos

Número de cliente:

111286

018000 414 115 ó al 115



Hogar y previsión / CrediSOMOS

Concepto

Valor Mes

VALOR CUOTA COLMENA SEGUROS 11/12
ROSAÑDO ANTERIOR\$ 8,990
\$ 17,980

Total

\$ 26,970

Servicios Facturados

	\$165,724		\$45,157		\$39,922		\$26,970
--	-----------	--	----------	--	----------	--	----------

Por tus servicios pagas

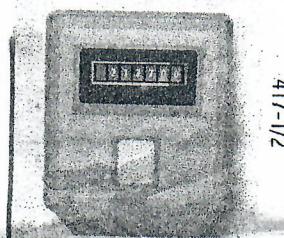
\$277,773



Grupo epm

Este mes, no pudimos realizar la toma de lectura a tu medidor, por esta razón te facturamos por promedio.

Puedes reportar una foto de tu lectura actual al buzón consumo.promedio@cens.com.co o a la línea WhatsApp 323 2728536



Escanea y reporta tu lectura

al Medio Ambiente
correo electrónico
a a www.cens.com.co



20240604

Partes
servicios pagas

\$ 277,773

