

**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	29 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	29 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	REINALDO NIÑO BARRIENTOS
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (<input checked="" type="checkbox"/> X) Otro (<input type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	13.219.562 de Cúcuta
Edad	81 Años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 14 #17A-31 Barrio La Esperanza
Teléfono fijo	3133171746
No. de Celular (2 números si es posible)	3212551481
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Maritza22122@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"/> X) No Aplica: (<input type="checkbox"/>)
Nombre Completo del Representante	MARITZA ROCIO NIÑO MONTAÑEZ
Parentesco de la PCD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de Ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.092.341.906 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3212551481

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)	1256313
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	F009 -I694 – R32X – I10X – I678
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 _____ No Aplica _____ 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
Cédula 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	

CC 13219562 REINALDO NIÑO BARRIENTOS

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: F009 - I694 - R32X - I10X - I678



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1256313

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
13.219.562

NIÑO BARRIENTOS
APELUDOS

REINALDO
NOMBRE


FIRMA



INDICE DERECHO

06-ENE-1943

FECHA DE NACIMIENTO
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

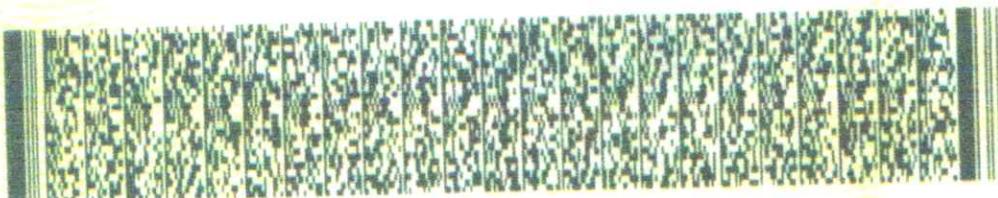
LUKER DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA **B+**
G.S. RH

02-SEP-1965 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCINDO VÁCHA



A-25 10000-55163546-M-0013219562-20071213

00002 07347M 02 282094140

FESE HOSPITAL

Jorge Cristo Sahium

Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	Niño	2do. Apellido	Barrientos	Nombres	Reinaldo	cc	DOCUMENTO:	13219562
Edad:	80	Estado Civil:	Unión Libre	Escolaridad:	3º primaria	Género:	F	M X
Dirección:	Cra 14 N°17-A35 B La Esperanza				Urb	Alc	Teléfono:	313/3171746

FECHA: AÑO: 2024 MES: 01 DIA: 03

DIAGNÓSTICO: Demencia / Enf. Alzheimer (F009)

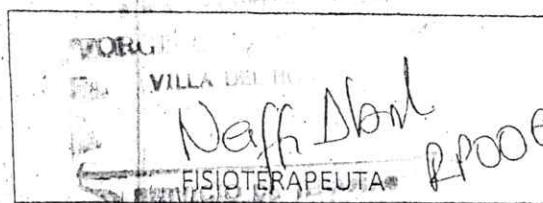
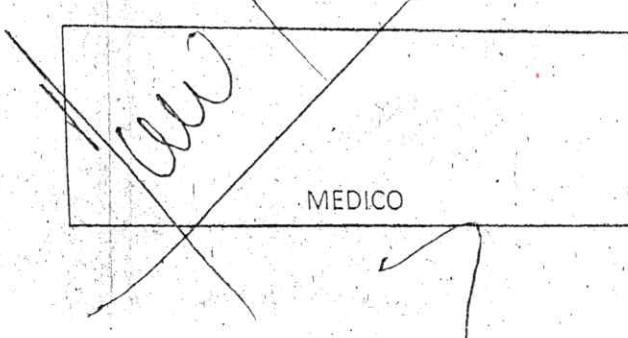
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Secuelas Enf Cerebrovascular (I694)
Incontinencia Urinaria (R32X)

Paciente quien desde hace aprox 10 años presenta trastorno Neurosensorial, episodio de Enfermedad Cerebrovascular con dos recaídas que le generó desacoplamiento físico, disartria, habla cognitivo y del Aprendizaje, Alzheimer.

A la Valoración No se ubica en tiempo y espacio, no cumple órdenes sencillas ni complejas, No controla esfínteres, No realiza activamente ningún postre del desarrollo motor normal, Requiere fármaco lógico permanente, Paciente en Cama, no se desplaza. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria.

Requiere Acompañamiento permanente

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



390



SANATY IPS S.A.S.
CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA
Historia Nº: 13219562
Código Habilitación: 540010237501
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Nombres y apellidos: REINALDO REINALDO NIÑO
Fecha Nacimiento:

06/01/1943

Tipo y número de documento: CC 13219562

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Barrio: URBANO

Teléfono: 3133171746

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Grupo Etnico: NO APLICA

Grupo Sanguíneo O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/233-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS SUBSIDIADO

Tipo Usuario: Subsidiado

Tipo Vinculación:

Cita Nº: 106527

Fecha Ingreso: 14/02/2024 20:03

Especialidad: MEDICINA GRAL

Edad: 81 A 1 M 8 D 13 H 3 Min

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Dirección: CLL 1 10-45 SANTANDER

Religión: CATOLICO

Ocupación:

Estrato: CATEGORIA A

Fecha Atención: 21/02/2024 19:40

Fecha Salida: 21/02/2024 19:40

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

Fecha Impresión: 22/02/2024 15:34

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:

VISITA MEDICA DOMICILIARIA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE SECUELAS DE ACV, HIPERTENSION ARETRIAL, DESNUTRICION, ARTROSIS, GONARTROSIS SEVERA BILATERAL, NO BIPEDA, NO DEAMBULA, PACIENTE QUIEN SE EVIDENCIA MAYOR COMPROMISO DE HEMICUERPO DERECHO, NIEGAN INGRESOS HOSPITALARIOS, NIEGAN FIEBRES.

EXAMEN FISICO

SIGNS VITALES

TA: 110/60 GLAS: 15 FC: 83 x min PESO: 1 Kg TALLA: 1 cm PC: 1 cm IMC: 10000 SUP: 0.13 m² FR: 19 x min
mmHg puntos Kg/m² TEMP: 36 °C PM: 1 cm

SAT: 95 % TAM: 76.67
mmHg

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CON BUEN HIGIENE

NEUROLOGICOS

CONSENTE, ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y PERSONA

CARDIO-PULMONAR

PACIENTE DE ALTO RISGO CARDIOVASCULAR, RSRC RITMICOS, CAMPOS PULMONARES SIN SOBREAGREGADOS

PIEL

SIN LESIONES

CABEZA

NORMOCCEFALO

OTORRINOLARINGOLOGIA

MUCOSAS INTEGRAS

CUELLO

MOVIL, SIN SIGNOS DE ADENOPATIAS

TORAX

EXPANDIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ABDOMEN

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOR

EXTREMIDADES

NO BIPEDA, LIMITACION PARA LA EXTENSION ARTICULAR

GENITO-URINARIOS

NORMOCONFIGURADO, CON PAÑAL POR INCONTINENCIAS

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

NO

SONTOMÁTICO DE PIEL

NO

PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o NO)

NO

EXAMEN MENTAL

NO VALORADO

Sintomatico respiratorio: No Sintomatico de Piel: No

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: F009 - *-DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA (G30.9+) OBSERVACION: TIPO DE DIAGNÓSTICO:
Confirmado repetido

REL. 1: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) OBSERVACION:

REL. 2: R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA OBSERVACION:

CAUSA EXTERNA: Otra FINALIDAD DE LA CONSULTA: No Aplica

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

VISITA MEDICA DOMICILIARIA

SS VALORACION POR FISIATRIA

FORMULA MEDICA DE PATOLOGIA CRONICA NO RELACIONADA CON LA ATENCION DOMICILIARIA

LOSARTAN TAB 50MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS #60 AL MES

ACIDO ACETIL SALICILICO TAB 100MG TOMAR 1 DIA #30 AL MES

ATORVASTATINA TAB 40MG TOMAR 1 TAB DIA #30 AL MES

ACETAMINOFEN TAB 500MG TOMAR 1 POR DOLOR #30 AL MES

NISTATINA 100000UI MAS OXIDO DE ZINC 20%, CREMA TOPICA 60GR APLICAR EN CAMBI DE PAÑAL #4 AL MES

PAÑAL DESECHABLE TALLA M CAMBIO CADA 6 HORAS #120 AL MES #360 PARA 3 MESES 20240221152037977496

Dr. Miguel Angel Hernandez Rivera

Medico en Ejercicio
Reg. Medico 2918-03
Calle 79900-502, Bogota

MIGUEL ANGEL HERNANDEZ RIVERA

Registro Medico 2918-03

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: MFV - MARLEY FRANCESCA VIVAS FERNAN

HISTORIA CLINICA

Contrato : MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS

Fecha: Junio 22 de 2024 - Junio 22 de 2024

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos :	REINALDO NIÑO BARRIENTOS	Fecha de Nacimiento :	06/01/1943
Identificación :	13219562	Tipo Doc:	CC
Dirección:	CALLE 17 N17A -29 ESPERANZA PARTE ALTA	Teléfono:	3133171746
Ocupación :	SIN OCUPACION	Estado Civil :	SOLTERO(A)
Tipo de Usuario :	SUBSIDIADO	Tipo de Afiliación :	CABEZA FAMILIA
Entidad :	COOSALUD EPS S.A	Fecha y Hora Aten:	22/06/2024 - 20:48

Motivo: CONTROL Y VALORACION POR NUTRICION DOMICILIARIA

Enfermedad Actual: NA

Antecedentes: NA

Revision: NA

Exámen General: TA: 1 FC: 1 FR: 1 T°: 1 ° PESO: 42 Kg TALLA: 1.51

PACIENTE HOSPITALIZADO EN CASA POSTRADO EN CAMA DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL DESDE LA ULTIMA VALORACION CON PERDIDA DE 3 KILOS PESO ACTUAL_42 KILOS PESO ANTERIOR: 45 KILOS CON DEPELACIONES MUSCULAR. CON DEFICIT DE MAS DE 15 KILOS DE PESO EN LOS ULTIMO MESES SE REALIZA REAJUSTE DE DIETA SE EXPLICA ALIMENTACION ACORDE A NECESIDAD. SE EXPLICA A DEMAS MEJORAR HABITOS DE ALIMENTACION CON EL FIN DE EVITAR MAYOR PERDIDA DE PESO Y MASA CORPORAL

SE EXPLICA CONSUMO DE PROTEINA ALIMENTACION A TOLERANCIA CON APORTE DE PROTEINA- SE REQUIERE DE COMPLEMENTO Y SUPLEMENTO-

Diagnóstico: I678- OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS

Impresión Diagnóstica: NA

Tratamiento: DIETA HIPERPORTEICA
DIETA A NECESIDAD DE PACIENTE



SANATY IPS S.A.S
CALLE 13A NO. 1E-112 BARRIO CABAOS Tel: 3230323455 Nit: 900748002-0

HISTORIA CLINICA GENERAL CONSULTA EXTERNA

Historia N°: 13219562

Código Habitación: San0010237501

Sistemas CrisSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CABAOS

Nombres y apellidos: REINALDO REINALDO NIÑO

Fecha Nacimiento:

06/01/1983

Tipo y número de documento: CC 13219562

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Zona Residencial: Urbana

Dirección: CLL 1 10-45 SANTANDER

Educación:

Religion: CATOLICO

Ocupación:

Estado Civil: SOLTERO(A)

Extrato: A/223-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS

Asesuradora: COOSALUD EPS

Grupo Sanguíneo: O+

Tipo Vinculación:

Fecha Ingreso: 15/11/2023 21:29

Fecha Salida: 15/11/2023 21:29

Correo Electrónico: CLIENTESANATY@GMAIL.COM

Especialidad: MEDICINA GRAL.

Impreso por: MFV - MARLEY FRANCHESCA VIVAS FERNAN

Sistemas CrisSalud

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:
VISTA MÉDICA DOMICILIARIA
ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE SEQUELAS DE ACV, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DESNUTRICIÓN, GONARTROSIS SEVERA, BILATERAL, NO BIPEDESTA, NO DAMBULA, PRESENTA LABORATORIOS DE CONTROL DEL 17/10/2023 CON RESULTADOS DE: Hb 14,7% / HCT 45%; TRIGLICERIDOS 258; COLESTEROL 217; GLICOSILADA 5,9% / Hb GLICOSILADA 5,8% / MICROALBUMINURIA 5,9% / BUN 21; MICROALBUMINURIA 5,9% / Hb GLICOSILADA 5,8% / PARICAL DE ORINA NORMAL, NIEGAN INGRESOS HOSPITALARIOS

EXAMEN FÍSICO

SEÑALES VITALES

TA: 130/70 mmHg P: 90/min FC: 63 x min Peso: 1 Kg Talla: 1 cm P.C.: 1 cm IMC: 10000 SUP: 0/13 m² FR: 18 x min
Puntos: 15 FC: 63 x min P.M.: 1 cm TEMP: 36,0°C

EXAMEN FÍSICO

CONDICIONES GENERALES

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CON BUEN HIGIENE NEUROLOGICOS: CONSENTE, ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y PERSONA CARDIOPULMONAR: CARDIOPULMONAR SIN SORBREGRADOS PIELEN DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, RSR RITMICOS, CAMPOS PULMONARES SIN SORBREGRADOS PIEL:
SIN LESIONES CABEZA: NORMOCEFALO OTORRINOLARINGOLOGIA: MUCOSAS INTEGRAS CUERPO: MOVIL SIN SIGNOS DE ADENOPATIAS TORAX: EXPANDIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ABDOMEN: BLANDO, DEPRESSIBLE, NO MASAS, NO DOLOR EXTREMIDADES: NO BIENESTA, LIMITACION PARA LA EXTENSION ARTICULAR GENITOQUINTARIOS: COM PÁNAL POR INCONTINENCIAS SINTOMÁTICO RESPIRATORIO: NO SINTOMÁTICO DE PIEL: NO PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o NO) EXAMEN MENTAL: NO VALORADO

Sintomático respiratorio: No Sintomático de Piel: No

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: F09 - «DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA (30 9)» OBSERVACION: TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado reprobado
REL. 1: I10X - HIPERTENSIÓN ESPECIAL (IPHÁMIA) OBSERVACION:
REL. 2: R325 - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA OBSERVACION:
CAUSA EXTERNA: Otra FINALIDAD DE LA CONSULTA: No Aplica

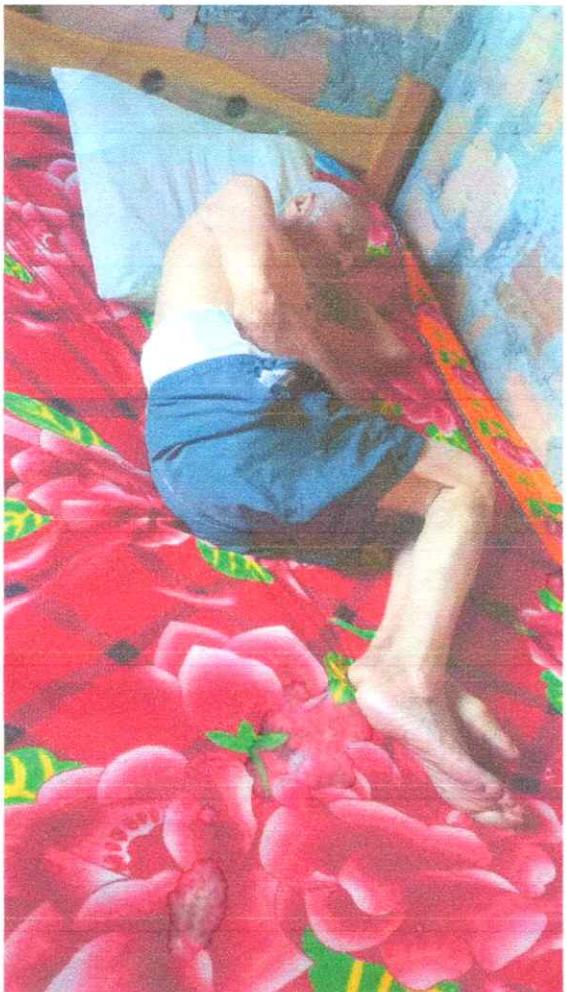
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO
VISTA MÉDICA DOMICILIARIA TRIESTRAL

FORMULA MEDICA DE PATOLOGIA CRONICA NO RELACIONADA CON LA ATENCION DOMICILIARIA
LOSARTAN TAB 50MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS # 180 PARA LOS TRES MESES
ACIDO ACETIL SALICILICO TAB 100MG TOMAR 1 DIA # 30 AL MES # 90 PARA LOS TRES MESES
ATORVASTATINA TAB 40MG TOMAR 1 TAB DIA # 30 AL MES # 90 PARA LOS TRES MESES
ACETAMINOFEN TAB 500MG TOMAR 1 POR DOLOR # 30 AL MES # 90 PARA LOS TRES MESES
INSTATINA 1000UJU MAS OXIDO DE ZINC 20% CREAMA TOPICA 60GR APLICAR EN CAMBI DE PÁNAL # 3 AL MES # 9 PARA LOS TRES MESES
PANA DESCHERABLE TALLA 6 HORAS # 120 AL MES # 360 PARA 3 MESES 2023111594037302867

Dr. J. Mauricio Fernández Rivero
Medicina Familiar y Comunitaria
Especialista en Geriatría
Especialista en Medicina Familiar

Impreso por: MFV - HARLEY FRANCHESCA VIVAS FERNAN





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	13219562
NOMBRES	REINALDO
APELLIDOS	NIÑO BARRIENTOS
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	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/29/2024 16:20:11	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:

29/07/2024

Ficha:

54874051551700000060

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: REINALDO

Apellidos: NIÑO BARRIENTOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13219562

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/07/2023

Última actualización ciudadano: 01/07/2023

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

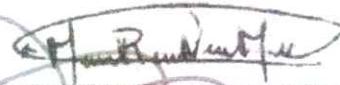
NUMERO **1.092.341.906**

NIÑO MONTAÑEZ

APELLIDOS

MARITZA ROCIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1988**
VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

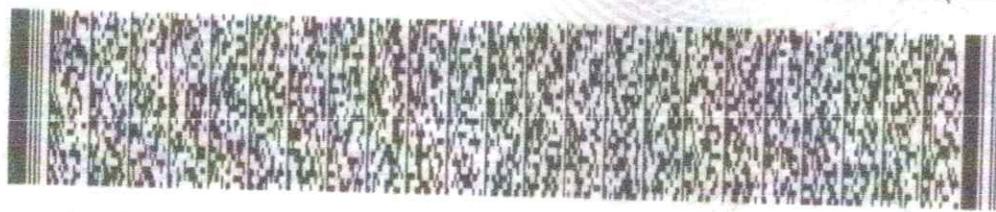
F

SEXO

13-FEB-2007 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2510000-55158942-F-1092341906-20070517

0377307137A 02 233488113