

**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	YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA
Tipo de Documento Identidad	R.C. (<input type="checkbox"/>) T.I. (<input type="checkbox"/>) C.C. (<input type="checkbox"/>) Otro (<input checked="" type="checkbox"/>)
Número de Documento de Identidad	PPT 6673910
Edad	39 Años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 8 #2-45 Barrio Bellavista
Teléfono fijo	322300261
No. de Celular (2 números si es posible)	3108165811
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	carlosndazp@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	CARLOS ALBERTO DAZA PRIETO
Parentesco de la PCD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.090.536.205 de Consulado San Cristobal
Teléfono fijo y/o No. de celular	3108165811

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)	998862
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G409
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
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	

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: G409



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 998862

*322300261
*3108165811

→ CarlosNDL35P@gmail.com

Nuevo

25/07/2024

problemático

REPUBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTRADICIONES

No. 6673910

COL.

COLMENARES ANGOLA

APPELLIDOS
YOANA CAROLINA

NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

24780765

DNI-Nro.
15-09-1984
FECHA DE NACIMIENTO

24-05-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



yoana c colmenares

FIRMA

CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.		CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.	
UBA Vihonco - - - - - - 900394575-8 HISTORIA CLINICA		UBA Vihonco - - - - - - 900394575-8 HISTORIA CLINICA	
Identificación: PT 6673910 Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA		Identificación: PT 6673910 Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA	
Fecha nacimiento: 15/09/1984 Edad: 39 Ocupación: Estado civil: F Dirección: BRR GAITA Teléfono: Régimen: SUBSIDIADO Tipo de vinculación: Beneficiario N. historia: 0000278023 Sexo: F Dirección: BRR GAITA Teléfono: Acompañante: SDO Beneficiario: Beneficiario: N. historia: 0000278023 Responsable: SED: Beneficiario: Parentesco: Parentesco Relación: Teléfono: Beneficiario: Parentesco: Parentesco Entidad: NUEVA EPS Responsible: Beneficiario: Parentesco: Parentesco Finalidad de la consulta: No aplica Causa externa: Enfermedad general Finalidad de la consulta: No aplica Causa externa: Enfermedad general		Identificación: PT 6673910 Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA	
ANAMNESIS MOTIVO DE CONSULTA: CONSULTA DE EPILEPSIA ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANECDENTES DE TROMBOSIS DE SEÑO CAVERNOso IZQUIERDO, PRESENTO TVP DE MIL, REFEJO CEFALÉA DE MODOADA INTENSIDAD, ,AÑO 2019 , DESDE ENTOCES CEFALÉA HOLOCRÁNEANA EVA 10/10 , DE PREDOMINIO ATRÁS , DE REGIÓN OCCIPITAL EPILEPSIA DE HACE 4 AÑOS . TTO: LAMOTRIGINA 100 MG AM Y 150 MG PM , CON LA CEFALÉA PTOSIS OD ESTA EN MANEJO POR HEMATOLOGIA , DX TROMBOFILIA HEREDOFAMILIAR, DR VARON , EN MANEJO POR REUMATOLOGIA , VIENEN DE VENEZUELA , SE ACO RIVAROXABAN 20 MG VO OD , COMPROMISO DEL FACTOR LEYDEN ULTIMA CONVULSION HACE 4 DIAS , TCG , ESTADO POST ICTAL , AL DIA DE HOY EXAMEN FISICO , BEG TA 120/80 MM HG , CIP : MV LIMPIO RSCRS NO SOPLOS ,NO GALOPES , NEUROLOGICO , DIESTRA , NO D EFICIT MOTOR , NI SENSITIVO , DIESTRA PLAN: LAMOTRIGINA 100 Y 150 MG VO EN LA TARDE , RIVAROXABAN 20 MG VO CADA DIA ANGIORESONANCIA CEREBRAL , CONTROL EN 3 MESES		EXAMEN FÍSICO Aspecto Normal ECOG: 0 TA: 120/80 mmhg - FC: 70 xmin - FR: 15 xmin - T: 36 °C - PESO: 84 kg - TALLA: 157 m - IMC: 0.00 - S.C: 52.03 - SaO2: 99 Cabeza cara cuello: Normal G.U. Normal Abdomen: Normal Piel: Normal Extremidades: Normal Mental psicológico: Normal Neurologico: Normal Tórax: Normal CONDUCTA: PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANECDENTES DE TROMBOSIS DE SEÑO CAVERNOso IZQUIERDO, PRESENTO TVP DE MIL, REFEJO CEFALÉA DE MODOADA INTENSIDAD, ,AÑO 2019 , DESDE ENTOCES CEFALÉA HOLOCRÁNEANA EVA 10/10 , DE PREDOMINIO ATRÁS , DE REGIÓN OCCIPITAL EPILEPSIA DE HACE 4 AÑOS . TTO: LAMOTRIGINA 100 MG AM Y 150 MG PM , CON LA CEFALÉA PTOSIS OD ESTA EN MANEJO POR HEMATOLOGIA , DX TROMBOFILIA HEREDOFAMILIAR, DR VARON , EN MANEJO POR REUMATOLOGIA , VIENEN DE VENEZUELA , SE ACO RIVAROXABAN 20 MG VO OD , COMPROMISO DEL FACTOR LEYDEN ULTIMA CORVULSION HACE 4 DIAS , TCG , ESTADO POST ICTAL , AL DIA DE HOY EXAMEN FISICO , BEG TA 120/80 MM HG , CIP : MV LIMPIO RSCRS NO SOPLOS ,NO GALOPES , NEUROLOGICO , DIESTRA , NO D EFICIT MOTOR , NI SENSITIVO , DIESTRA PLAN: LAMOTRIGINA 100 Y 150 MG VO EN LA TARDE , RIVAROXABAN 20 MG VO CADA DIA ANGIORESONANCIA CEREBRAL , CONTROL EN 3 MESES	
REVISIÓN POR SISTEMAS No Cardiopulmonar No Abdomen No Extremidades No Sistema nervioso central No Sistema urinario No Oídos No aplica Escala de dolor 3 - dolor intenso (5-6)		No Cabeza cara y cuello No Cardiopulmonar No Abdomen No Extremidades No Sistema nervioso central No Sistema urinario No Oídos No aplica Escala de dolor 3 - dolor intenso (5-6)	
ANTECEDENTES PERSONALES OTROS LUPUS ANTIFOSOLIPIDO ALTERACION DE FACTOR V LEIDEN ALÉRGICOS No		OTROS LUPUS ANTIFOSOLIPIDO ALTERACION DE FACTOR V LEIDEN ALÉRGICOS No	

CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.		CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.	
UBA Vihonco - - - - - - 900394575-8 HISTORIA CLINICA		UBA Vihonco - - - - - - 900394575-8 HISTORIA CLINICA	
Identificación: PT 6673910 Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA		Identificación: PT 6673910 Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA	
Fecha nacimiento: 15/09/1984 Edad: 39 Ocupación: Estado civil: F Dirección: BRR GAITA Teléfono: Régimen: SUBSIDIADO Tipo de vinculación: Beneficiario N. historia: 0000278023 Sexo: F Dirección: BRR GAITA Teléfono: Acompañante: SDO Beneficiario: Beneficiario: N. historia: 0000278023 Responsable: SED: Beneficiario: Parentesco: Parentesco Relación: Teléfono: Beneficiario: Parentesco: Parentesco Entidad: NUEVA EPS Responsible: Beneficiario: Parentesco: Parentesco Finalidad de la consulta: No aplica Causa externa: Enfermedad general Finalidad de la consulta: No aplica Causa externa: Enfermedad general		Identificación: PT 6673910 Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA	
ANAMNESIS MOTIVO DE CONSULTA: CONSULTA DE EPILEPSIA ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANECDENTES DE TROMBOSIS DE SEÑO CAVERNOso IZQUIERDO, PRESENTO TVP DE MIL, REFEJO CEFALÉA DE MODOADA INTENSIDAD, ,AÑO 2019 , DESDE ENTOCES CEFALÉA HOLOCRÁNEANA EVA 10/10 , DE PREDOMINIO ATRÁS , DE REGIÓN OCCIPITAL EPILEPSIA DE HACE 4 AÑOS . TTO: LAMOTRIGINA 100 MG AM Y 150 MG PM , CON LA CEFALÉA PTOSIS OD ESTA EN MANEJO POR HEMATOLOGIA , DX TROMBOFILIA HEREDOFAMILIAR, DR VARON , EN MANEJO POR REUMATOLOGIA , VIENEN DE VENEZUELA , SE ACO RIVAROXABAN 20 MG VO OD , COMPROMISO DEL FACTOR LEYDEN ULTIMA CONVULSION HACE 4 DIAS , TCG , ESTADO POST ICTAL , AL DIA DE HOY EXAMEN FISICO , BEG TA 120/80 MM HG , CIP : MV LIMPIO RSCRS NO SOPLOS ,NO GALOPES , NEUROLOGICO , DIESTRA , NO D EFICIT MOTOR , NI SENSITIVO , DIESTRA PLAN: LAMOTRIGINA 100 Y 150 MG VO EN LA TARDE , RIVAROXABAN 20 MG VO CADA DIA ANGIORESONANCIA CEREBRAL , CONTROL EN 3 MESES		EXAMEN FÍSICO Aspecto Normal ECOG: 0 TA: 120/80 mmhg - FC: 70 xmin - FR: 15 xmin - T: 36 °C - PESO: 84 kg - TALLA: 157 m - IMC: 0.00 - S.C: 52.03 - SaO2: 99 Cabeza cara cuello: Normal G.U. Normal Abdomen: Normal Piel: Normal Extremidades: Normal Mental psicológico: Normal Neurologico: Normal Tórax: Normal CONDUCTA: PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD CON ANECDENTES DE TROMBOSIS DE SEÑO CAVERNOso IZQUIERDO, PRESENTO TVP DE MIL, REFEJO CEFALÉA DE MODOADA INTENSIDAD, ,AÑO 2019 , DESDE ENTOCES CEFALÉA HOLOCRÁNEANA EVA 10/10 , DE PREDOMINIO ATRÁS , DE REGIÓN OCCIPITAL EPILEPSIA DE HACE 4 AÑOS . TTO: LAMOTRIGINA 100 MG AM Y 150 MG PM , CON LA CEFALÉA PTOSIS OD ESTA EN MANEJO POR HEMATOLOGIA , DX TROMBOFILIA HEREDOFAMILIAR, DR VARON , EN MANEJO POR REUMATOLOGIA , VIENEN DE VENEZUELA , SE ACO RIVAROXABAN 20 MG VO OD , COMPROMISO DEL FACTOR LEYDEN ULTIMA CORVULSION HACE 4 DIAS , TCG , ESTADO POST ICTAL , AL DIA DE HOY EXAMEN FISICO , BEG TA 120/80 MM HG , CIP : MV LIMPIO RSCRS NO SOPLOS ,NO GALOPES , NEUROLOGICO , DIESTRA , NO D EFICIT MOTOR , NI SENSITIVO , DIESTRA PLAN: LAMOTRIGINA 100 Y 150 MG VO EN LA TARDE , RIVAROXABAN 20 MG VO CADA DIA ANGIORESONANCIA CEREBRAL , CONTROL EN 3 MESES	
REVISIÓN POR SISTEMAS No Cardiopulmonar No Abdomen No Extremidades No Sistema nervioso central No Sistema urinario No Oídos No aplica Escala de dolor 3 - dolor intenso (5-6)		No Cabeza cara y cuello No Cardiopulmonar No Abdomen No Extremidades No Sistema nervioso central No Sistema urinario No Oídos No aplica Escala de dolor 3 - dolor intenso (5-6)	
ANTECEDENTES PERSONALES OTROS LUPUS ANTIFOSOLIPIDO ALTERACION DE FACTOR V LEIDEN ALÉRGICOS No		OTROS LUPUS ANTIFOSOLIPIDO ALTERACION DE FACTOR V LEIDEN ALÉRGICOS No	



CLINICA UBA VIHONCO S.A.S.

- 900394575-8

HISTORIA CLÍNICA

Identificación:	PT 6673910	Nombre: YOANA CAROLINA COLMENARES ANGOLA		
Fecha nacimiento:	15/09/1984	Edad:	39	Ocupación:
Estado civil:		Sexo:	F	Dirección: BRR GAITA
Régimen: SUBSIDIADO		Tipo de vinculación: Beneficiario		Teléfono: N. historia: 0000276023
Acompañante: SDD		Telefono:		Parentesco:
Responsable:		Telefono:		Parentesco:
Entidad: NUEVA EPS				

Finalidad de la consulta: No aplica Causa extrema: Enfermedad general

OD ESTA EN MANEJO POR: HEMATOLOGIA - DX TROMBOFILIA HEREDOFAMILIAR, D R VARON - EN MANEJO POR REUMATOLOGIA, VIENEN DE VENEZUELA , SE ACO RIVAROXABAN 20 MGSS VO OD .
COMPROBAMIENTO DEL FACTOR LEYDEN .
ULTIMA CONVULSION HACE 4 DIAS - TCG - ESTADO POST ICTAL .
AL DIA DE HOY EXAMEN FISICO - BEG TA 120/80 MM HG , CIP : MV LIMPIO RSCRS NO SOPLOSO NO GALOPES . NEUROLOGICO . DIERASTRA . NO DEFICIT MOTOR , NI SENSITIVO . DIERASTRA .
PLAN : LAMOTRIGINA 100 Y 150 MGSS VO EN LA TARDE , RIVAROXABAN 20 MGSS VO CADA DIA
ANGIORESONANCIA CEREBRAL .
CONTROL EN 3 MESES

DIAGNÓSTICOS:
G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO - Tipo diagnóstico: CONFIRMADO REPETIDO - Observación:

EVER MAR VILLADA TORO
Especialidad: NEUROLOGIA
C.C: 10113193 RM / 7531986



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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6673910
NOMBRES	YOANA CAROLINA
APELLIDOS	COLMENARES ANGOLA
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. -CM	SUBSIDIADO	01/07/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/26/2024 17:48:08 | 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**,

Registro válido

Fecha de consulta:

26/07/2024

Ficha:

54874870553700000933

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YOANA CAROLINA

Apellidos: COLMENARES ANGOLA

Tipo de documento: Permiso Por Protección Temporal

Número de documento: 6673910

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

02/06/2021

Última actualización ciudadano:

24/11/2023

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 María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

Consejos para ahorrar energía



¡Chatea con Lucía, chat bot de CENS!

Agreea a tus contactos la linea

323 2315115

y reciben desde WhatsApp 5470 acceso a muchas funciones



SOMOS

¡Feliz dia Papá

Con CredisOMOS tienes un bono de \$3,500,000 para que celebres tu dia.



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

Regístrate ahora!
Escaneando este código



Línea Electrificada CENS Desecha cualquier trámite o pago. Solo 527 953 561 4115. Envíale un mensaje o envíale un correo electrónico. Email: Colocadelpais@cens.com.co



Tu Información

Nombre: R.Rivera
Dirección: Cra 8-24-45
Ciudad: Villa Del Rosario
Barrio: Bellavista
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512290155

Tu número de cliente: 106893

Documento equivalente a factura N° - 1074768008

Fecha de emisión: Junio 13/2024



Vigilado Super servicios NUR:254001-003
Escanea y paga!

Tu último pago fue:
28/MAY/2024

Pagaste:
\$336,000

Enta la suscripción del Periodos de atraso:
SANTACO

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

11249-2/2
Días Facturados
30

Fecha de vencimiento

Días Facturados
30

Pago oportuno hasta:
INMEDIATO
Fecha de suspensión:
27/JUN/2024

Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

Información de tu instalación

Medidor Activo: 22400096

Medidor Reactiva:

Alimentador: ELS69

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 3.1

Constante de medida: 1



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

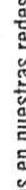
Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115
Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.piacelopay.com/censcentralselectrica/login>

Medios de pago

Aguetas Cúcuta 75 - BBVA - Coopencens - Coguasimales - Almacenes Éxito - Ilmorte Bancolombia - Dawienda - Electy - PTN - Banco de Bogotá -

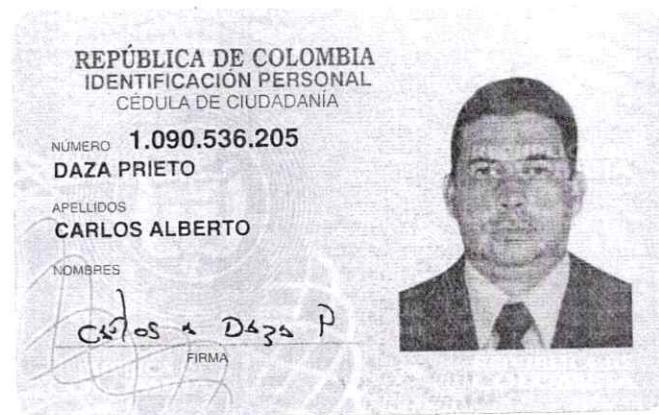
Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales



Descarga la app CENS www.cens.com.co

Puntos de pago



FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1978**

TACHIRA-CARDENAS
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-JUN-2018 CON SAN CRISTOBAL VEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO



P-8881565-01032473-M-1090536205-20180821 0062349927A 1 49770635