

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Gomez	Garces	Johan Sebastian (T1)	10903 96780
Edad : 17	Estado Civil : Menor	Escolaridad: -	Género: F M X
Dirección: Calle 37 con U-16-20 B. la Esperanza UTAU		Teléfono: 305/2485569.	

FECHA: AÑO: 2024 MES: 05 DIA: 22

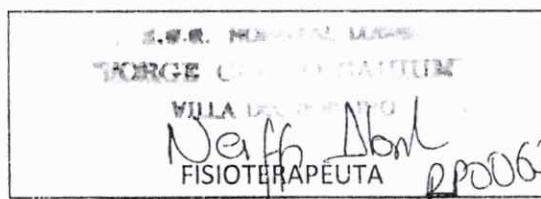
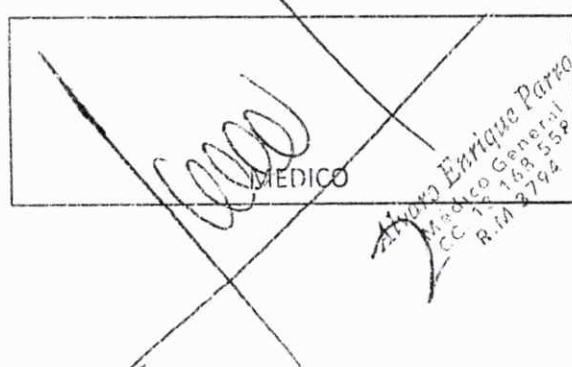
DIAGNÓSTICO: Epilepsia (E7402) Parálisis Cerebral Espástica
Cuadriplejia (F800)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Cuadriplejia Espástica (F824)

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 / Iaco-Somida), 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 alzandolo, no tiene silla fijadas ergonómica, presenta hiperflexia severa, descondicionamiento físico severo, Incapaz para comer activamente. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Requiere acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Mental-
Motora-
lenguaje)





SALUD SOCIAL S.A.S.



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

NEUROLOGIA PEDIATRICA

HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 1090396780

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	JOHAN SEBASTIAN GOMEZ GARCES	Identificación:	Tarjeta de Identidad 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	Procedencia:	SIN DIRECCION
Barrio:	SIN BARRIO	Correo Electrónico:	noresponder@previsalud.com.co	Ocupación:	MENOR SIN OCUPACION

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:		Nº 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

REFIERE 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 gastrintestinal	No refiere
Sistema genitourinario	No refiere
Sistema osteomuscular	No refiere

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/4

Usuario: 1090400591

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: 125	FR	TEMP.	SO2
Peso (Kg)	21,0	Talla (Cms)		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: CUADRIPLEJIA ESPASTICA NO SOSTEN CEFALICO RETRACCIONES EN MIEBROS SUPERIORES E INFERIORES
 Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:		TOTAL BARTHEL
Lavarse:		
Vestirse:		
Arreglarse:		
Deposiciones:		
Micción:		
Usar el Retrete:		
Trasladarse:		
Deambular:		0
Escalones:		

ANALISIS Y TRATAMIENTO PACIENTE CON PC ESPASTICA - 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.	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA, 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

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: REOWUIERE INSUMOS DE PAÑALES.

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

938300 TERAPIA OCUPACIONAL INTÉGRAL 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: 1090403591

Observación: 4 MESES

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnóstico
Impresion_Diagnostica	G402	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS SINTOMATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES) Y CON ATAQUES PARCIALES COMPLEJOS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLEJICA	<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 Días	
Indicación:	4 CC CADA 12 HRAS VIA ORAL			
20106206	CLONAZEPAM 2.5 MG/ML SOLUCION ORAL (FRASCO X 20 ML)	2.5 MG/ML		6 CC
Vía de administración:	Oral	Duración:	180 Días	
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	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	Diagnóstico
Impresion_Diagnostica	G824	CUADRIPLEJIA ESPASTICA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLEJICA	<input type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad

Vía 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:



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 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

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 lvivienda

Datos de hogar

Datos de personas

Primer nombre

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

Orden	1º Nombre	2º Nombre	1º Apellido	2º 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 indice derecho



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

Chatea con
Lucia

Agéndala al WhatsApp
323 231 5115
Los servicios de **CENS**
sólo maneja tu número



- ✓ Nuevo buzón empresarial para la recepción de peticiones:
cens@cens.com.co
- ✓ Esta actualización reemplaza los buzones de:
soporte.clientes@cens.com.co
- ✓ Gestión documental cens@cens.com.co
- ✓ notificaciónes administrativas cens@cens.com.co

IMPORANTE: El correo electrónico cens@cens.com.co responde a todos los trámites judiciales.

Consejos para ahorrar energía



Compensación Calidad del Servicio

	Periodo Actual	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Periodo Retroactivo	Mes 2	Mes 3
	1T02394-De la Empresa							

Indicadores	Dt	Gp	Calidad	FUG	FU	VC	CEC	%
C transformador								
DUG								
DIU								
HC								
V/R Compensar S								

21

Medios de pago
<https://sites.placeopay.com/censcentralselectrica/login>

Puntos de pago

Apuestas Cúcuta 75 - BEVA - Compeccens - Coquimbo - Almacenes Exito - Ilímito Bancolombia - Davivienda - Efecty PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicor - Boleto - Banco Agrario - Caños y Canales DATH - Superclíndicos (sur del Casanay y sur de Bolívar)

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

Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414111
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

Tu Información

Nombre: Víctor Manuel Gomez Ayala
Dirección: ClI17An 14-110
Barrio: Esperanza
Clase de Servicio: Residencial
Ruta: 105 01512430256

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 estás al día en tu pago!

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

Fecha de vencimiento

Días Facturados
31

Pago oportuno hasta:
26/SEP/2024

Pago con recargo hasta:
03/OCT/2024

Información de tu instalación

Medidor Activa: 22383244

Medidor Reactiva:

Alimentador: SANIC43

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 5

Constante de medida: 1

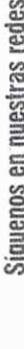


El presente documento equivale a la factura puesta en ejecutivo en virtud del artículo 130 de la ley 1894 promulgado por el artículo 18 de la ley 639 de 2001.
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma menciona que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.
José Manuel Gómez C. nro
Representante Legal

Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414111

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



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 quedó 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 1º 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".

