

## 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: 6365

### Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

### Observaciones

DX: G629-R268 - RECURSOS PROPIOS



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1057843

**000000**

Apellidos  
HERNANDEZ GOMEZ

Nombres  
**JHON JAIR**

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	M

06 MAYO 1962 B+

VILLA DEL ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

Fecha, lugar de expedición:  
11 JUN 1985, VILLA DEL ROSARIO

Figure

Fecha de expiración:  
11 OCT 2032

.00

007194270

REGISTRADOR NACIONAL  
Alexander Vega Rocha

ICCOL007194270025100<<<<<<<<  
6205069M3210112COL13173064<<<3  
HERNANDEZ<GOMEZ<<JHON<JAIRO<<<



CLINICA  
OFTALMOLOGICA  
PEÑARANDA  
Su mejor punto de vista

CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S

NIT 807002152-8

Teléfono 5748747

Identificación CC  
13173064Fecha de nacimiento  
06/05/1962

Dirección CALLE 17 # 0-88 LA PLAYA

Email contacto@clinicapenaranda.com

Paciente JHON JAIRO HERNANDEZ GOMEZ

Edad 62

Sexo M

Régimen SUBSIDIADO

Historia clínica 13173064

Entidad COOSALUD EPS SA SUBSIDIADO

Dirección CL 17 7-01

Ciudad CUCUTA

E-mail NO DEJA

Responsable GABBY MALDONADO

Estado civil SOLTERO(A)

Barrio LA PALITA

Departamento NORTE DE  
SANTANDER

Parentesco Primo(a)

Ocupación VIGILANTE

Zona Urbana

Teléfono 3013969766 - 322228680

Teléfono 3013969766

Estrato

N. Afiliación

Tipo vinculación SUBSIDIADO

Fecha / hora de atención 06/08/2024 15:48

Fecha de digitalización 06/08/2024 15:58

Historia de Control

## Anamnesis

### Finalidad de la consulta

### Causa externa

### Motivo de consulta

Se realiza la consulta con todos los protocolos de atención para la pandemia y usando todos los elementos de protección personal. El / La paciente firma los consentimientos entregados despues de leerlos y dar su aprobación.

### Enfermedad actual

AVCC 20/20 / 20/150 PACIENTE ASISTE A CONSULTA, REFIERE PERDIDA PROGRESIVA DE AGUDEZA VISUAL EN AMBOS OJOS  
06/08/2024 ASISTE A CONTROL CON RESULTADOS

## Antecedentes

### Patológicos

HTA	No
Enfermedad coronaria	No
IAM	No
DM	No
Artritis reuma	No
EPOC	No
IRC	No
Enfermedad tiroides	No
Enfermedad neurológica	No
Alta coagulación	No
Cáncer	No
VIH	No

### Farmacológicos

Farmacológicos	No
----------------	----

### Quirúrgicos

Quirúrgicos	No
-------------	----

### Tóxico alérgicos

Tóxico alérgicos	No
------------------	----

### Traumatológicos

Traumatológicos	No
-----------------	----

### Familiares

	No
--	----





OFTALMOLOGICA  
PEÑARANDA  
Su mejor punto de vista

Teléfono 5748747

Identificación CC  
13173064

Fecha de nacimiento  
06/05/1962

Email contacto@clinicapenaranda.com

Paciente JHON JAIRO HERNANDEZ GOMEZ

Edad 62

Sexo M

Régimen SUBSIDIADO

Entidad COOSALUD EPS SA SUBSIDIADO

Quirúrgicos No  
Uso de gotas No  
Trauma ocular No

#### Otros

Otros SI ARTROSIS

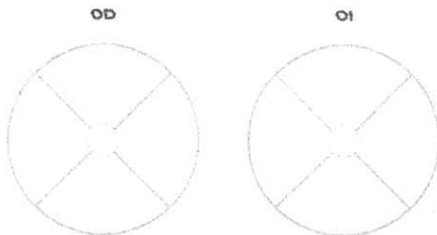
#### Reflejos pupilares

	T.	F.	Directo	Consensual	Acomodativo	Marcuss gunn
OD						
OI						

#### Observaciones

#### Examen externo y biomicroscopía

#### Gonioscopia



#### Biomicroscopía

AO: DERMATOCHALASIS SUPERIOR, LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL  
CONJUNTIVA CLARA, CORNEA TRANSPARENTE, CAMARA ANTERIOR  
FORMADA, PUPILA CENTRAL REDONDA

#### Cristalino

AO: N2

#### Retina y vítreo

OD: EXC 0.9/0.95 ATROFIA PERIPAPILAR, CON NASALIZACION DE  
VASOS

OI: EXC 0.99 CON ATROFIA PERIPAPILAR Y NASALIZACION DE VASOS

#### Presión ocular

● (0) No hay registro ● Entre 1-17 mmH ● Entre 18-21 mmH ● Superior a 21 mmH

Fecha / hora	OD-PIO	OI-PIO
06/08/2024 15:58	24	26
18/04/2024 17:56	24	28

#### Diagnósticos

Código	Diagnóstico	Observación	Tipo	Principal	Ojo
H400	Sospecha De Glaucoma		Impresión diagnóstico	✓	AO

#### Paraclínicos - análisis

24/07/2024 AVG RNFL 34/36 AVG GCC 62/57  
CV OD: ESCOTOMA MD -29.23 OI: ESCOTOMA MD -32.20

#### Plan de tratamiento

DORZOLAMIDA 2% + TIMOLOL 0,5% + BRIMONIDINA 0,2% EN AMBOS OJOS  
LATANOPROST 0,005% EN AMBOS OJOS  
CONTROL EN 1 MES SIN OPTO --- SIN ORDEN

DIGITO: JOSE OVALLES

#### Notas aclaratorias



CLINICA  
OFTALMOLOGICA  
PENARANDA  
Su mejor punto de vista

## HISTORIA DE OFTALMOLOGÍA

Página 3 de 3

Historia clínica 13173064

CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S

NIT 807002152-8

Dirección CALLE 17 # 0-88 LA PLAYA

Teléfono 5748747

Email contacto@clinicapenaranda.com

Identificación CC  
13173064

Paciente JHON JAIRO HERNANDEZ GOMEZ

Fecha de nacimiento  
06/05/1962

Edad 62

Sexo M

Régimen SUBSIDIADO

Entidad COOSALUD EPS SA SUBSIDIADO

### Notas aclaratorias

### Profesional

06/08/2024 15:59

GLAUCOMA TERMINAL EN AMBOS OJO, MAYOR EN OI

RAMON ANTONIO OSPINA SANCHEZ

RAMON ANTONIO OSPINA SANCHEZ

CC : 13480194

OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA



**SALUD SOCIAL S.A.S.**  
**Dirección Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco**  
**Telefono 607 595 6605**

**FISIATRIA**  
**HISTORIA CLINICA GENERAL**

8-10-2024

N° Historia Clínica: 13173064

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: JHON JAIRO HERNANDEZ GOMEZ  
Fecha Nacimiento: 06/mayo/1962 Edad Actual: 62 Años/ 5 Meses / 3 Días ID de Genero: Masculino Raza: MESTIZO Sexo: Masculino  
Dirección: CALLE 17 7-01 PALMITA Estado Civil: Soltero  
Barrio: LA PALMITA Teléfono: 3013969766  
Ocupación: Procedencia: VILLA DEL ROSARIO  
Correo Electronico: gabbyma1962@yahoo.es

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA Régimen: Regimen\_Simplificado  
Plan Beneficios: COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)  
Tipo de contrato: Factura\_Global Tipo: Subsidiado

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 2

(Fecha: 08/10/2024 04:08 p. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1745353 Fecha: 8/10/2024 3:34:04 p. m.

**Motivo de la Consulta**

TENGO PROBLEMAS PARA CAMINAR

**Enfermedad Actual**

TENGO 5 AÑOS DE EVOLUCION PERDIDA PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD D EA MARCHA Y AUMETO PROGRESVIO DE LA DEBILIDAD  
EXTREMIADÉS INFERIORES Y CINTURA

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiovascular	No refiere
Sistema gastrointestinal	No refiere
Sistema genitourinario	No refiere
Sistema osteomuscular	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

TAS: 100 /TAD: 78 TAM: 85 NORMAL FC: 80 FR: 20 TEMP. 36,00 SO2 99

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Peso (Kg) 1,0 Talla (Cms) 170 I.M.C. BAJO PESO  
Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

**Estado general:** INGRESA DESPIERTO ALERTA SIGUE ORDENES SE EVIDENCIA MARCHA ALTERA CON ARRASTRE DEL PIE DERECHO

**Cabeza, cara, cuello:**

**Torax**

**Abdomen:**

**Extremidades superiores:** HOMBROS CODOS MUÑECA CON RANGOS COMPLETOS

**Extremidades inferiores:** DURANTE LA MARCHA SE EVIDENCIA DEBILIDAD EN PARA VERTEBRALES , GLUTEOS , CADERAS HIPOTROFIA MARCADA NO LOGRA LA BIPEDESTACION EN PUTAS DE PIE , ARRSATRE DE LA PUNTA DE PIE

**Región lumbosacra:**

**Genitourinario:**

**Sistema nervioso central:**

**Piel y faneras:**

**Comer:** Totalmente independiente

**Lavarse:** Independiente: entra y sale solo del baño

**Vestirse:** Necesita ayuda

**Arreglarse:** Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse,

**Deposiciones:** Continencia normal

**Micción:** Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta

**Usar el Retrete:** Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa

**Trasladarse:** Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo

**Deambular:** Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros

**Escalones:** Dependiente

**TOTAL BARTHEL**

**75**

**ANALISIS Y TRATAMIENTO** G629 POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA Presuntivo  
R268 OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS

PACIENTE CON FRANCA ALTERACION DE LA MARCHA DEBILIDAD MARCADA PREDOMINIO DE MIEMBROS INFERIORES TIENE ORDENS PENDIENTE PARA REALIZAR RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA, RADIOGRAFIA DE COLUMNA , SE DECIDE ORDENAR EMG Y NVC , TERAPIA FISICAS

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Otros	4/09/2024 8:18:53 a. m.	Celador, tabaquismo y etilismo en la juventud, niega HTA, DM, patología renal o tiroidea, en estudio para patología de próstata, hermano con DM.
Médicos	8/10/2024 4:08:32 p. m.	HIPERTENSION EN TTO IVU A REPETICION

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

Código	Nombre
--------	--------

930860 ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)

Observación: EXTREMIIDADES INFERIORES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

930806 ELECTROMIOGRAFIA DE PARAESPINALES

Observación: LUMBARES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

891509 NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)

Observación:

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

891515 REFLEJO H (POR NERVIO)

Observación:

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

Código	Nombre
--------	--------

890364 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Observación: CITA CONTROL CON RESULTADOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Observación: 3 VECES POR SEMANA TERAPIA SEDATIVA LUMBAR Y REEDUCAICONDE LA MARCHA

Fecha de resultado:

Nombre reporte : HCRPHistoBase



## Descripción:

## Interpretación:

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresión_Diagnostica	G629	POLINEUROPATIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresión_Diagnostica	R268	OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Sospecha\_Maltrato\_Emocional

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
17145-18	NAPROXENO 250 MG TABLETA	250 MG		40 TABLETA

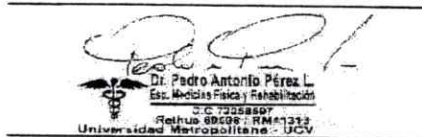
Via de administración: Oral Duración: 20 Dias

Indicación: TOMARE 1 CADA 12 HORAS POR DOLOR

acudir a medico general para reformulación según criterio médico en caso de no mejoría clínica o agudización genera nueva interconsulta por medicina física y rehabilitación

Código	Nombre
--------	--------

## Observación:



PEREZ LUBO PEDRO ANTONIO

FISIATRIA

72258597

o 72258597



## 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	13173064
NOMBRES	JHON JAIRO
APELLIDOS	HERNANDEZ GOMEZ
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	07/14/2025 14:03:19	<b>Estación de origen:</b>	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:

14/07/2025

Ficha:

54874351556700013697

**B3**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON JAIRO

Apellidos: HERNANDEZ GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13173064

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

06/06/2023

Última actualización ciudadano:

06/06/2023

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co





Consejos para  
ahorrar energía

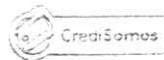
**SOMOS**  
el camino a  
tu bienestar

**SOMOS**  
el regalo perfecto para papá

Con el crédito **SOMOS**  
tendrás acceso a un cupo de:

**\$3.500.000**

que podrás pagar hasta en 60 meses  
y que te puedes usar para pagar a papá



Llámanos al  
**310 247 40 33**

o al correo [credisomos@grupoepr.com](mailto:credisomos@grupoepr.com)

Directo al grupo  
[www.somosgrupoepr.com](http://www.somosgrupoepr.com)

¡Sé parte de la familia!

Con Lucia puedes reportar daños  
en el servicio de energía

Agrégalala al WhatsApp  
**323 231 5115**



UDE: c796258f68c02cb3767d1fcfdac2e9fe521e2ccec198e43e486e2925b62f2e5a3074e0fc062bc3973c77595c7dbdf6c65

#### Compensación Calidad del Servicio

Periodo Actual

Periodo Retroactivo

Indicadores	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Transformador	1T02436-De la Empresa					
DIUG	33.392					
DIU	3.248					
HC	0					
IR Compensar S	0					
Dt	299.2053					
Grp Calidad	21					
PIUG	12					
PIU	9					
VO	0					
CEC	0					
%	2					

#### Información de tu instalación

Metro Activado: 4504040

Metro Reactiva:

Alimentador: ELSC69

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 1.5

Constante de medida: 1

El presente documento equivalente a  
factura presta mérito ejecutivo en  
virtud del artículo 130 de la Ley 142 de  
1994 modificado por el artículo 13  
de la Ley 689 de 2001.  
De conformidad con el Decreto 2150  
de 1995, la firma manifiesta que  
aparece a continuación el sello de  
validación para todos los efectos  
legales.

*Lucia*  
Representante Legal



QR DIAN



Grupo epr

#### Tu Información

Nombre: G De Hernandez

Dirección: Cll 17 7-01

Barrio: La Palmita

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512232835

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 2

Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **110312**

Documento equivalente electrónico

**1082856910**

Fecha y hora de generación: 2025-06-10 17:57:07

Fecha y hora de expedición: 2025-06-11 05:22:00

Ultimo pago: 04/JUN/2025

Pagaste: \$17,298

Periodo facturado 06/MAY/2025 a 04/JUN/2025

**Fecha de vencimiento**

Pago oportuno hasta:

**25/JUN/2025**

Pago con recargo hasta:

**03/JUL/2025**

Días  
Facturados

**30**

#### Servicios Facturados



\$8,193

Alumbrado Público

\$9,352

Pago total  
**\$17,545**

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](http://www.cens.com.co)

Vigilado Superservicios UIJR:254001-0003

6496-2/2

Puntos y medios

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

Asesoría: Oficina 75 - RRVA - Conmoprens - Conuasimales - Almacenes Éxito - Ilnorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá -





Grupo eprg

## Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9. Somos Autoretenedores a título de Renta: Resolución 547 del 25 de Enero de 2002.  
Grandes Contribuyentes: Resolución No. 000200 del 27 de diciembre de 2024 / Agentes Retenedores IVA.



## Servicio de energía

Componentes del costo unitario (\$/kWh)

Generación (G): 308.0530

Transmisión (T): 56.7575

Distribución (D): 326.9453

Costo Unitario \$/kWh: 947.3741

Comercialización (Cv): 145.4910

Pérdidas Reconocidas (PR): 66.9417

Restricciones (R): 43.1856

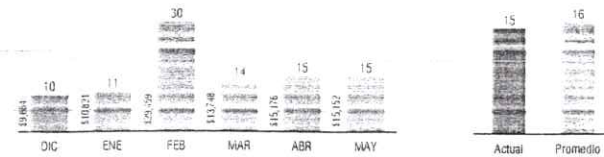
Tarifa Aplicada \$/kWh: 540.1330

FECHA PUBLICACION: 21/MAY/2025

Subsidio (%): -42.9863

CONSUMO SUBSISTENCIA: 173 kWh

## Histórico de consumo \$/kWh



## Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	kVARh
Actual	18270	15	Actual		
Anterior	18255		Anterior		

Concepto	Valor Mes
CONSUMO ACTIVA	\$ 14,211
SUBSIDIO	\$ -6,109
AJUSTE SUBSIDIO	\$ 79
INTERES MORA	\$ 12



Grupo eprg

## Ya vienen las Vacaciones Escolares

Orientemos a nuestros hijos sobre el uso racional de la energía.

## Te recomendamos

- Asignar un tiempo al uso de los dispositivos móviles y videojuegos y ponerlos a cargar solo cuando se descarguen por completo.
- Aprovecha las vacaciones para compartir con tus hijos compartiendo juegos de mesa como el UNO, Domino, Ajedrez o Stop.
- Invita a tus hijos a fortalecer el hábito de la lectura y practicar su escritura.

## Impuesto alumbrado público

Clausula CPSCCU: 25

Sujeto pasivo (Contribuyente): G De Hernandez

Sujeto activo (Municipio): Villa Del Rosario

Concesionario: Concesion American Lighting S.A.S. Tel 5644164

Norma municipal que aprueba: Acuerdo No. 025 de 2024\_002 de 2025

Para mayor información comunicarse con la alcaldía de la municipalidad y para mantenimiento al operador en la línea 5644164 Concesion American Lighting S.A.S.

Base Gravable: 14.211

Tarifa: 10

Concepto	Valor Mes
IMPUESTO ALUMBRADO PUBLICO	\$ 9,352

Total alumbrado público

\$9,352

Total de energía

\$ 8,193

## Estado Financiaciones / Creditos

Nº de convenio	Deuda inicial	Tasa Interés	Valor Pago	Valor Actual	Gratos Fac.
----------------	---------------	--------------	------------	--------------	-------------

Con este número puedes hacer trámites y pagos

Reporta daños y emergencias marcando gratis

Número de cliente:

110312

018000 414 115 ó al 115



Grupo eprg



Participa en el Concurso Usuario Piloso

Inscríbete en [www.usuariopiloso.com](http://www.usuariopiloso.com)

## Servicios Facturados

\$8,193

\$9,352

Por tus servicios pagas

\$17,545



Día Mundial  
del Medio  
Ambiente

5 DE JUNIO



Estaciones de carga en Ventura Plaza,  
Municipio de Olaya y Oficinas CENS en Olaya

Escanea este QR

Por tus servicios pagas



\$ 17,545



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.893.890

MALDONADO MARTINEZ

APELLIDOS  
GABBY ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1962

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

23-SEP-1981 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00135804-F-0027893890-20081210 0007876520A 1 7580008528

Gabby Esperanza Maldonado.

Tel: 301.396 9766

Celular contacto=

301.396 9766 - Gabby E. Maldonado

320.352.0860 - Carmen Carreño