

**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	06 de Agosto de 2024
Fecha de expedición de la autorización	06 de Agosto de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	JOSE DEL CARMEN JULIO
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	18.921.334 de Aguachica
Edad	58 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 13 #28BN-30 Barrio Navarro Wolf
Teléfono fijo	3228616149
No. de Celular (2 números si es posible)	3204137325
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Kathemendoza1020@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (<input type="checkbox"/>) No Aplica: (<input checked="" type="checkbox"/> X)
Nombre Completo del Representante	
Parentesco de la PCD	
Tipo de Documento Identidad	
Número de Documento de Identidad	
Teléfono fijo y/o No. de celular	

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)	527454
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G20X – H355 – B92X – F339 – H903 – A309
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: _____ 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	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **18.921.334**

JULIO

APELLIDOS
JOSE DEL CARMEN

NOMBRES

Jose Del Carmen
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1966**

AGUACHICA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

27-FEB-1987 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHE

INDICE DERECHO



A-2510000 01271023-M-0018921334-20211203 0077149263G 2 8502884777

	PROCESO DE APOYO AREA DE TERAPIAS. VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES Y DISCAPACIDADES FUNCIONALES
--	--

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Julio	2do. Apellido Sotero	Nombres José del Carmen	DOCUMENTO: 18.921.334
Edad: 55	Estado Civil: Soltero	Escolaridad: 2º primaria	Género: F M X
Dirección: Cra 28 N°20B. Navarro Wolf Of. O.		Teléfono: 320 8461698 321 6505893	

FECHA: AÑO: **2022** MES: **05** DIA: **09**

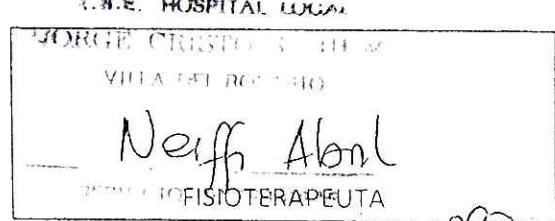
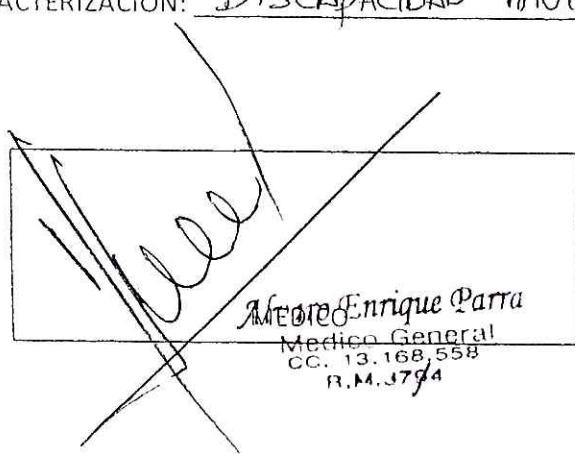
DIAGNÓSTICO: **Enfermedad de Parkinson (E20X) Distrofia Retina (H35X)**

Bilateral. Secuelas Leprosas (B92X)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien hace aprox 36 años presentó dermatitis Atípica-hongo palmar que le ocasionó perdida huellas dactilares permanentes. Adjudicó presenta trastorno visual crónico diagnosticado como distrofia con predominio ojo derecho. Adjudicó hace aprox 5 años presentó Enfermedad Hansen que generó como secuela Discapacidad tipo I por la Clasificación O.N.S. (Hipoestesia, Parestesia, Nervios engrosados, debilidad muscular, dolor en ojos, manos y pies). Hace aprox 4 años presenta temblor distal diagnosticado como Parkinson que limita la movilidad, el agarrar y apoyo, recibe tratamiento farmacológico permanente. Adjudicó presenta trastorno Depresivo. Alteración de la conducta y el Comportamiento. Semidependiente Act. Básicas Cotidianas.

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Sensorial-Visual-Motora)**



PP006390



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Página
18921334	JOSE DEL CARMEN JULIO	CC18921334	57 A M
Dirección del Paciente	CUCUTA, , CRR 13 # 28-20 NUEVO HORIZONTE	Fecha Ingreso	Hora Ingreso
Empresa		26/01/2024	10:39
COOSALUD EPS-S SA		Fecha Egreso	Hora Egreso
		26/01/2024	10:43

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

EXAMEN FÍSICO

Cuello: NO EVALUADO
Torax: NO EVALUADO
Cardio-Pulmonar: NO EVALUADO
Abdomen: NO EVALUADO
Pelvis: NO EVALUADO
Extremidades: NO EVALUADO
GU : NO EVALUADO
Neurológicos: NO EVALUADO
Columna: NO EVALUADO
Piel y Mucosas: NO EVALUADO

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado de conciencia:

ALERTA

Nivel de orientación:

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

Actitud:

COLABORACIÓN E INTERES

Afecto:

ANSIOSO NIEGA IDEACION SUICIDA

Pensamiento:

SIN ALTERACIONES EN EL CURSO NI EN EL CONTENIDO

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

Juicio de realidad:

SIN ALTERACIÓN

Introspección:

ADECUADA

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

QUEJAS SOMATICAS

Médico ordena la salida

EUDERRUT UZCATEGUI PINTO C.C.1094664341
PSIQUIATRIA

Nro. ATENCIÓN 00492458
REGISTRO MÉDICO 00284106
FECHA 26/01/2024

Página 2

Nro. Identific. Edad Sexo
CC18921334 57 A M

Fecha Ingreso Hora Ingreso Fecha Egreso Hora Egreso
26/01/2024 10:39 26/01/2024 10:43

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

F339 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Medicamento :TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA Cantidad :90 Dosificacion :TOMAR 1 EN LA NOCHE

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Medicamento :SERTRALINA CLORHIDRATO 50MG TABLETAS Cantidad :90 Dosificacion :TOMAR 1 DESPUES DEL DESAYUNO

Fecha :26/01/2024 Medico :EUDERRUT UZCATEGUI PINTO Medicamento :DIFENHIDRAMINA JARABE 125MG/5ML Cantidad :12 Dosificacion :TOMAR 5 CC CADA 8 HORAS

Observaciones :

TRATAMIENTO POR 3 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

PSICOEDUCACION TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CITA EN 3 MESES

MEDICO TRATANTE

EUDERRUT UZCATEGUI PINTO

Dra. Euderrut Uzcátegui Pinto

PSIQUIATRA
R.M. 1.094.664.341

Euderrut Uzcátegui P

Firma y Sello del Médico:



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Página
18921334	JOSE DEL CARMEN JULIO	CC18921334	57 A	M	1
Dirección del Paciente	CUCUTA, , CRR 13 # 28-20 NUEVO HORIZONTE				
Empresa	COOSALUD EPS-S SA				
		Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
		26/01/2024	10:39	26/01/2024	10:43

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

ACUDE A CONTROL REFIERE SENTIRSE REGULAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDO SE LE TERMINO LA MEDICACION , NO VINO LA CONTROL, DIFICULTAD PARA MANTENER EL SUEÑO

DESARROLLO PSICOEVOLUTIVO:

Alteraciones en el sueño, Embarazo: Parto:..

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Ninguno.

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Quirurgico:

PTHERIGION

Varios:

ENFERMEDAD DE HANSEN

Toxico:

NO REFIERE

Psiquiatrico:

DEPRESION

HISTORIA FAMILIAR

Familiar: Hermano(a)

Tipo de Relación:Amigable, Diagnóstico

Psiquiatrico:CONSUMO DE ALCOHOL, Intento de suicidio?:NO, Consume alcohol?:NO, Consume drogas ilegales?:NO, Edad:35, Vive?:SI, Personalidad:..

Familiar: Hermano(a)

Tipo de Relación:Excelente, Diagnóstico

Psiquiatrico:CONSUMO DE ALCOHOL, Intento de suicidio?:NO, Consume alcohol?:NO, Consume drogas ilegales?:NO, Edad:36, Vive?:SI, Personalidad:..

INGESTA DE ALCOHOL

¿Consume Alcohol?:NO,

Médico ordena la salida

EUDERRUT UZCATEGUI PINTO C.C.1094664341

PSIQUETRIA

Nro. ATENCIÓN 00492458

REGISTRO MÉDICO 00284106

FECHA 26/01/2024

Página 1

Edad Sexo

57 A M

Fecha Ingreso Hora Ingreso Fecha Egreso Hora Egreso

26/01/2024 10:39 26/01/2024 10:43

ACTIVIDADES DIARIAS:

Usa el teléfono, Ve televisión, .

METAS O AMBICIONES

¿Dejó el estudio o el trabajo?:NO,

¿Tiene metas o ambiciones?:NO, .

DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

.

¿FUMA?:NO,

¿CONSUME CAFE?:NO, ¿Cuantas tasas de té consume al día?: 0, ¿Cuantos litros de gaseosa consume al día?: 0.

REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

Musculoesquelético : NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Hemolinfático: NO REFIERE.

Otros : NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:26/01/2024(10:41), Talla:171.00,

Peso: 0.00 Ind.Masa: 0.0000.

T.A.:, F.C.:, TEMP.: 0.0, F.R.:.

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NO EVALUADO

Ojos: NO EVALUADO

ORL: NO EVALUADO

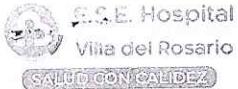
Dra. Euderrut Uzcátegui Pinto

PSIQUETRIA

R.M. 1.094.664.341

Euderrut Uzcátegui P

Firma y Sello del Médico:

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

FECHA : 10/07/2024**INGRESO :** 1623520**JULIO JOSE DEL CARMEN****CC - 18921334****Edad :** 58A 0M 17D**Sexo :** Masculino**Nacimiento :** 23/06/1966**Teléfono :** 3228616149**Dirección :** CRA.12B N.29N-30 BARRIO 20 DE JULIO**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO**CAUSA EXTERNA:** 13 - Enfermedad General**FINALIDAD CONSULTA:** 10 - No Aplica**ESTADO DE CONCIENCIA:** CONCIENTE.**MOTIVO CONSULTA:** "REPORTE DE PARACLINICOS, TOS Y DOLOR DE GARGANTA".

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS QUIEN ASISTE SOLO A CONSULTA POR CUADRO DE TRES DIAS DE EVOLUCION DADO POR TOS SECA PRECEDIDA DE ESCOZOR Y DOLOR FARINGEO, NO ESPECTOIRACION NI DIFICULTAD RESPIRATORIA,. TRAE RESULTADO DE PARACLINICOS Y PARA FORMULACION DE FORMULACION DE TRATAMIENTO MEDICO PARA CUADRO DE ENFERMEDAD DE HANSEN.

PARACLINICOS: AUDIOMETRIA:HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL MODERADA, REQUIERE MANJO POR ORL DIRIGIDO A ADAPTACION AUDITIVA.

ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: NO

QUIRÚRGICOS: PTERIGION AMBOS OJOS

TRANSFUSIONALES: NO

TRAUMÁTICOS: NO

HOSPITALIZACIONES: NO

PATÓLOGICOS: LEPRO LEPROMATOSA RESISTENTE A LA DAPSONA -2018- / TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN MANEJO CON PSIQUIATRA / ANSIEDAD EN MANEJO CON PSIQUIATRA /ATROFIA RETINA OD / PRESBICIA

TOXICÓLOGICOS: NO

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNS VITALES**Peso :** 65 kg**Temperatura :** 36.9 °C**Presión Arterial Sistólica:** 120 mmHg**Talla :** 170 cm**Frecuencia Respiratoria :** 18 V x Min**Presión Arterial Diastólica :** 80 mmHg**I.M.C. :** 22.49 kg/m²**Frecuencia Cardiaca :** 76 V x Min**EXÁMEN FÍSICO :**

Boca (Anormal). FARINGE CONGESTIVA.

Tórax (Normal). NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES.

Neurológia - Esfera mental (Normal). ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS.

Cardio Pulmonar (Normal). RUIDOS CARDIACOS RITMICOS BIEN TIMBRADOS, RUIDOS PULMONARES NORMALES SIN SOBREAGREGADOS.

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). CUELLO (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELÉTICO (Normal).

PLAN DE MANEJO :

BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG/DOSIS AEROSOL HFA (Cantidad: 1) 1 UND DOS PUFF CADA 12 HORAS POR 30DIAS.,

LORATADINA 10MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 UND CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

MEDICAMENTO (Cantidad: 90) TALIDOMIDA 100 MG N° 90 TABLETAS 1 UN CADA 24 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA (Cantidad: 1) PACIENTE CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL MODERADA.

DIAGNÓSTICO :

H903 - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL - (Impresión Diagnóstica)

A309 - LEPRO NO ESPECIFICADA

J029 - FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA

PACIENTE MASCULINO POR CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE FARINGITIS, SE FORMULA BECLOMETASONA AEROSOL, LORATADINA, TALIDOMIDA 100 MG /DIA POR 90 DIAS. RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, LIQUIDOS ORALES. SE REMITE A ORL PARA VALORACION.

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM

E.S.E. Hospital
Villa del Rosario

SALUD CON CALIDEZ

CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 10/07/2024**INGRESO :** 1623520**JULIO JOSE DEL CARMEN****CC - 18921334****Edad :** 58A 0M 17D**Sexo :** Masculino**Nacimiento :** 23/06/1966**Teléfono :** 3228616149**Dirección :** CRA.12B N.29N-30 BARRIO 20 DE JULIO**Empresa :** COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO**ANÁLISIS :**

VALORACION ORL-.





Tu compañía del agua

Aqualia Villa del Rosario SAS ESP
NIT 901.368.043-5



Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Call Center: 01 8000 42360

Email: atencionusuariovr.co@aqualia.com

Municipio: VILLA DEL ROSARIO
Nombre: Mauro De Jesus Marin Garcia
Dirección CR 13 28BN
Barrio: Navarro Golf
Uso/Estrato: 1 - Residencial Estrato 1
Ciclo: 3
Periodo: 25/05/2024 - 24/06/2024
Días: 30
Ruta: 16000116 00 00 000

Matrícula: 3100013766
Número Factura: 121192366
TOTAL A PAGAR: \$ 107,470.00

Fecha Límite de Pago: 25 - JUL - 2024
Fecha de Suspensión: 26 - JUL - 2024
Facturas Vencidas: 1
Fecha Factura: 09/07/2024
Fecha Último Pago 2024-05-20 - \$ 18,860

ACUEDUCTO

ALCANTARILLADO

		M3	Tarifa	Vr.Total	Sub./Contrib.	Valor
Vertimiento:	16		Cargo Fijo	\$ 4,457.80	\$ 4,457.80	-\$ 891.56
Promedio Usuario:	16		Vertimiento Básico	16	\$ 1,040.92	\$ 16,654.72
Promedio Estrato:	12		Vertimiento Complet.	0	\$ 1,040.92	\$ 0.00
Tasa Retributiva:	94,44		Vertimiento Suntuario	0	\$ 1,040.92	\$ 0.00
Porcentaje (Sub/Apo):	-20%		Recargos Alcantar.			\$ 38.14

OTROS COBROS

Nombre del Concepto **Valor** **Nombre del Concepto** **Valor**
Ajuste Decena -\$ 3.55 :

Subtotal Otros Cobros **-\$ 3.55**

TOTAL MES: \$ 54,559.55

DEUDA

Detalles Financiaciones						
					Valor Facturas Vencidas	\$ 69,143.2
					Valor Retroactivo por Variación Tarifaria	\$ 0.0
					Valor Cuota DIFERIDO COVID-19	\$ 0.0
					Valor Cuota Otras Financiaciones	\$ 0.0
					(-) Devolución Acueducto INIC	\$ 596.6
					(-) Devolución Alcantarillado INIC	\$ 412.8
Totales	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00		

El no pago oportuno de la factura dará lugar a la suspensión del servicio a partir de la fecha indicada en esta. Contra la decisión de suspender el servicio por mora, procede el recurso de reposición ante la empresa y en subsidio el de aseveración ante la SSPD dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta factura.

Esta Factura presta mérito ejecutivo conforme a las reglas del Derecho Civil y Comercial (Artículo 130 Ley 142/94) y a las condiciones del Contrato de Condiciones Uniformes.

REPRESENTANTE LEGAL

TOTAL A PAGAR: \$ 107,470.0

Total Cartera Adeudada: \$ 107,470.

aqualia

Calle 4 N.6-37 Barrio Centro
Villa del Rosario (N. de S.)
Cell. Carter: 01 8000 423601

Email: atencionusuariovr.co@aquailla.com

Municipio: VILLA DEL ROSARIO
Nombre: Mauro De Jesus Marin Garcia
Dirección CR 13 28BN
Período 25/05/2024 - 24/06/2024

Número Factura: 121192366
Referencia de Pago: 12891188

Matrícula: 3100013766

TOTAL A PAGAR: \$ 107,470.00

