

RC 1092021450

NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

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

DX:G409-Q021-R32X-G039-G800 CEL. 3115751268-3202312805

 Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1342220



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

60654389

NUIP

1092021450

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Oficina	Código	N	4	C
---------------	---	--------	-----------	---------------	-----------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Oficina

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 2 CUCUTA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
BREIDENBACH * * * * *	ABACHE * * * * *		
Nombre(s)			
NAILA YUSLEI * * * * *			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019	Mes AGO	Día 28	FEMENINO A POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA * * * * *			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	15476670-1 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
BREIDENBACH ABACHE YUSLEIDI KATERINE * * * * *	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE No. C.I. N° 24.924.087 * * * * *	VENEZUELA * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACIÓN * * * * *	* * * * *

Datos del declarante	
DIAS BLANCO ARMANDO JOSE * * * * *	Firma
Documento de Identificación (Clase y número)	
CC No. 1093767056 * * * * *	X /

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
* * * * *	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes S E P Día 07	JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN
Nombre y firma	

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	
Nombre y firma	

ESPACIO PARA NOTAS	
ACTA COMPLEMENTARIA: OTRO:CN - VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD; 07/09/2019	



VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Breidenbach	2do. Apellido Abache	Nombres Naila Yuslei	DOCUMENTO: 1092021450
Edad : 3	Estado Civil : Menor	Escolaridad: -	Género: F X M
Dirección: Cll 17 AN N°15-80A B. la Esperanza 01 Rio		Teléfono: 320 2312805	

FECHA: AÑO: **2022** MES: **12** DIA: **01** Cuadriplejia Espástica (E824)

DIAGNÓSTICO: **Epilepsia (E401) Microcefalia (Q021)**

Incontinencia Urinaria (R32X)

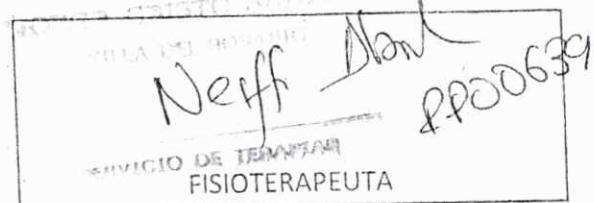
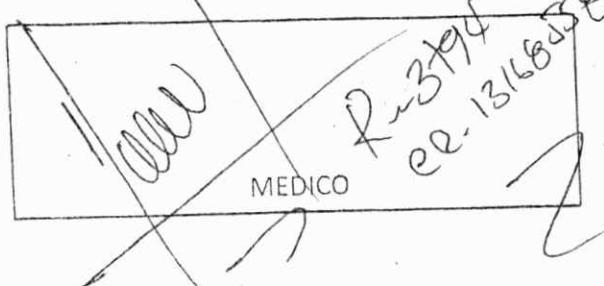
VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: **Meningitis (E039)**

Paciente al nacer (embarazo gemelar) se le diagnosticó Meningitis, Microcefalia y Epilepsia, Cuadro Convulsivo Severe Cuadriplejia Espástica, Incontinencia Urinaria, Trastornos de deglución, Disnea al Esfuerzo, No Realiza Ninguna postura del desarrollo motor, No interacciona con el medio externo, Retraso Mental Severo.

Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Recibe trato farmacológico permanente Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: **DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA**

(Motor-
Mental-
Lenguaje)



Documento: CC 1092021450
Edad: 4 Año(s)
Sexo: F
Teléfono: 3115751268
Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50
Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE
Fecha de Nacimiento: 28/08/2019
EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO
Tipo de usuario: SUBSIDIADO
Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80
Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación del paciente: MENOR

MOTIVO

TELEORIENTACIÓN

NO

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

PARENTESCO DEL ACOMPAÑANTE

TELÉFONO DEL ACOMPAÑANTE

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

YUSLEIDI BREIDENBACH

PARENTESCO DEL REPOSABLE

MADRE

TELÉFONO DEL RESPONSALE

3115751268

ETNIA

NO REFIERE

ORIENTACIÓN SEXUAL

NO REFIERE

MOTIVO CONSULTA

CONSULTA DE SEGUIMIENTO MENSUAL POR MEDICINA GENERAL EN DOMICILIO (PRIMERA VEZ PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD))

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA MENOR DE EDAD AL QUE SE LE REALIZA CONSULTA MEDICA PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, CON DIAGNOSTICOS YA DESCRIPTO EN COMPAÑIA DE MADRE YUSLEIDI BREIDENBACH BATHEL 0 PUNTOS CON DEPENDENCIA TOTAL TOLERA DIETA BALANCEADA USUARIO DE PAÑAL PERMANENTE, EN MANEJO POR PEDIATRIA FAMILIAR REFIERE TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES, NIEGA FIEBRE, NIEGA CONVULSIONES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA

ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

LUCE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES ,NORMOCERALO, OJOS SIMETRICOS OROFARINGE NO CONGESTIVA, TORAX SIMETRICO MV RUDO SIN AGREGADOS ,RSCRS S/S ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR ,A LA PALPACION, NOS ISGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES : HIPOTROFICAS NEUROLOGICO: NO SOSTEN CEFALICOES, ESPASTICIDAD Y RIGIDEZ DE MIEMBROS INFERIORES

ENTORNO PSICOSOCIAL

PACIENTE QUE VIVE EN COMPAÑIA DE SU NÚCLEO FAMILIAR, QUIENES SON LOS ENCARGADOS DE SUPPLIR LAS NECESIDADES Y BRINDAR LOS CUIDADOS BASICOS QUE REQUIERE EL PACIENTE, APOYANDO EN EL DÍA A DÍA AL USUARIO(A) EN PRO DE UN MANTENIMIENTO DE SU CALIDAD DE VIDA, SIEMPRE VELANDO POR SU BIENESTAR E HIGIENE.

ANTECEDENTES

GENERALES

NO REFIERE

PATOLÓGICOS

SECUELAS ENCEFALOPATIA HIPOXICO ESQUEMICA CON EPILEPSIA REFRACTARIA MICROCEFALIA PARALISIS CELEBRAL EPELECTICA

FARMACOLÓGICOS

NO REFIERE

TOXICOLÓGICOS

Documento: CC 1092021450
Edad: 4 Año(s)
Sexo: F
Teléfono: 3115751268
Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50
Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE
Fecha de Nacimiento: 28/08/2019
EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO
Tipo de usuario: SUBSIDIADO
Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80
Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

NO REFIERE

ALÉRGICOS

NO REFIERE

TRAUMÁTICOS

NO REFIERE

QUIRÚRGICOS

NO REFIERE

HOSPITALARIOS

NO REFIERE

E.T.S.

NO REFIERE

VACUNAS

NO REFIERE

OCCUPACIONALES

NO REFIERE

GINECOLÓGICOS

NO REFIERE

PADRE

NO REFIERE

MADRE

NO REFIERE

HERMANOS

NO REFIERE

OTROS

NO REFIERE

REVISIÓN SISTEMAS

CABEZA Y CUELLO

NO REFIERE

EXTREMIDADES SUPERIORES

NO REFIERE

TORAX

NO REFIERE

ABDOMEN Y PELVIS

NO REFIERE

EXTREMIDADES INFERIORES

NO REFIERE

TEGUMENTARIO

NO REFIERE

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

NO REFIERE

NEUROLÓGICO

NO REFIERE

CIRCULATORIO

NO REFIERE

RESPIRATORIO

NO REFIERE

GASTROINTESTINAL

NO REFIERE

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

GENITOURINARIO

NO REFIERE

OSTEOMUSCULAR

NO REFIERE

ENDOCRINO

NO REFIERE

OTROS

SIN NOVEDAD

EXAMEN FÍSICO

Talla	60 cm	Peso	8 Kg	IMC	22.2: Normal
Frecuencia respiratoria	20 x min	Frecuencia cardíaca	82 x min	Tensión arterial	126/84 mmHg
Temperatura	37 °C	Perímetro abdominal	35 cm		

EXAMEN FÍSICO

NORMOCEFALO, OJOS SIMETRICOS OROFARINGE NO CONGESTIVA, TORAX SIMETRICO MV RUDO SIN AGREGADOS , RSCRS S/S
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR , A LA PALPACION, NOS SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES :
HIPOTROFICAS NEUROLOGICO: NO SOSTEN CEFALICO ESPASTICIDAD Y RIGIDEZ DE MIEMBROS INFERIORES

ESCALA DE BARTHEL

1. COMER	0/10	2. LAVARSE	0/5	3. VESTIRSE	0/10	4. ARREGLARSE	0/5
5. DEPOSICIONES	0/10	6. MICCIÓN	0/10	7. USAR EL RETRETE	0/10	8. TRASLADARSE	0/15
9. DEAMBULAR	0/15	10. ESCALONES	0/10				

0/100 Dependencia Total

Convenciones: Menor o igual a 20 dependencia total || 25-45 dependencia severa || 50-60 dependencia moderada || Mayor a 60 dependencia leve

ESCALA DE ACTIVIDAD DE KARNOFSKY

INVALIDO INCAPACITADO, NECESITA CUIDADOS Y ATENCIONES 40
ESPECIALES , ENCAMADO MAS DEL 0% DEL DÍA:

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA LA CAPACIDAD DE MARCHA

Marcha nula o con ayuda física de 2 persona.: 0

ANÁLISIS

ANÁLISIS

SE VALORA PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANTES MENCIONADOS PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA FAMILIAR EN CONDICIONES CLÍNICA ESTABLES , CON CUADRO DE TOS INGRESA AL PAD SE DA MANEJO SINTOMATICO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE MANTIENE ORDENES DE ESPECIALISTA, SS ORDENA TERAPIAS FÍSICAS, TERAPIAS OCUPACIONALES, VALORACION POR FONOaudiología PARA TETERMINAR MANEJO, SS VALORACION TRABAJO SOCIAL.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA (CONFIRMADO REPETIDO)

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO (CONFIRMADO REPETIDO)

R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA (CONFIRMADO REPETIDO)

R15X - INCONTINENCIA FECAL (CONFIRMADO REPETIDO)

J22X - INFECIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (CONFIRMADO REPETIDO)

PLAN

PLAN DE MANEJO

SS VALORACION POR MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA MENSUAL

TIENE MIPRES ACTIVO DE PAÑALES 2024-02-09 PROXIMA SOLICITUD EN MAYO

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

SS VALORACION POR TABAJO SOCIAL

SS VALORACION POR FOANOAUDIOLOGIA PARA DETERMINAR MANEJO

SE SOLICITA TERAPIA FISICA PARA CONTINUAR EL PROCESO DE RECUPERACION Y/O MANTENIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FUNCIONALES DE LOS GRUPOS MUSCULARES COMPROMETIDOS, RECUPERAR ARCOS DE MOVIMIENTO, DISMINUIR O RETARDAR LA PRESENCIA DE RETRACCIONES ARTICULARES, PERDIDA DE MASA MUSCULAR, ATROFIA O PERDIDA FUNCIONAL DE MUSCULOS Y ARTICULACIONES AUN NO COMPROMETIDAS

SE SOLICITA TERAPIA OCUPACIONAL PARA LOGRAR LA ADAPTACION DE PACIENTE A SU ENTORNO FISICO Y PSICOSOCIAL ADEMÁS DE LOGRAR UN MAYOR DESEMPEÑO EN SUS TAREAS DIARIAS COMO ALIMENTACION, HIGIENE, ESPARCIMIENTO, DISMINUYENDO SU BLOQUEO EMOCIONAL POR LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA

RECOMENDACIONES: SE DA RECOMENDACIONES SOBRE CUIDADOS DE LA PIEL, PREVENCION DE CAIDAS, SIGNOS DE INFECCION, PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION, *ESTIMULACION DE EJERCICIOS QUE EL PACIENTE PUEDA REALIZAR SOLO O CON AYUDA, EN CADA UNA DE LAS ARTICULACIONES, HAY QUE TENER CUIDADO, UNA MOVILIZACION FUERTE Y BRUSCA PUEDE CAUSAR DAÑOS (FRACTURAS, LESIONES MUSCULARES, MORADOS, LESIONES EN LA PIEL, OTROS)

CUIDADOS DE LA PIEL: LUBRICACION DE PIEL, CAMBIO DE POSICION CADA 2 HORAS (ALIMENTACIÓN BALANCEADA, MANTENER UNA ADECUADA HIDRATACIÓN Y ADECUADO PATRÓN DE SUEÑO) SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS (FIEBRE CONSTANTE, DOLOR ABDOMINAL FUERTE Y CONTINUO, VISION BORROSA, VOMITO ABUNDANTE, ARDOR PARA ORINAR, DOLOR EN EL PECHO, FALTA DE AIRE, SUDORACION EXCESIVA, PALIDEZ CUTANEA).

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Duración	Cantidad Total	Indicaciones
N2277 - BROMURO DE IPRATROPIO 20MCG/ DOSIS - POR INHALACIÓN (Medicamentos POS)	1	8 HORAS	30 DIAS	90.00	REALIZAR 2 PUFF CADA 8 HORAS
15420 - LEVETIRACETAM 100 MG / ML FRASCO POR 120 ML - VÍA ORAL (Medicamentos POS)	1	12 HORAS	30 DIAS	60.00	DAR 3,5 CC CADA 12 HORAS
293 - CARBAMAZEPINA 100 MG/5 ML SUSPENSION 1 - VÍA ORAL (Medicamentos POS)	1	12 HORAS	30 DIAS	60.00	DAR 3,5 CC CADA 12 HORAS
1200 - OXIDO DE ZINC NISTAINE 10000000 UI 20% CREMA TUBO POR 60GRAMOS - USO CUTÁNEO (Medicamentos POS)	1	8 HORAS	30 DIAS	2.00	APLICAR CADA 8 HORAS EN LA ZONA AFECTADA

Decisión	Mes Inicio	Detalles	Observaciones
890101 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	Marzo 2024	Frecuencia: 1 DÍA Actividades: ..	CONTROL MENSUAL
890111 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	Marzo 2024	Frecuencia: 20 DÍAS Actividades: ..	SE SOLICITA TERAPIA FISICA PARA CONTINUAR EL PROCESO DE RECUPERACION Y/O MANTENIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FUNCIONALES DE LOS GRUPOS MUSCULARES COMPROMETIDOS, RECUPERAR ARCOS DE MOVIMIENTO, DISMINUIR O RETARDAR LA PRESENCIA DE RETRACCIONES

Historia Clínica N. 00228959 MEDICINA GENERAL

Documento: CC 1092021450

Edad: 4 Año(s)

Sexo: F

Teléfono: 3115751268

Fecha de consulta: 24/02/2024 20:50

Fecha de impresión: 06/03/2024

Nombre: NAILA YUSLEI BREIDENBACH ABACHE

Fecha de Nacimiento: 28/08/2019

EPS: NUEVA EPS S.A. REGIMEN CONTRIBUTIVO

Tipo de usuario: SUBSIDIADO

Dirección: CL CALLE 19 N # 15 - 80

Ciudad: CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Decisión	Mes Inicio	Detalles	Observaciones
			ARTICULARES, PERDIDA DE MASA MUSCULAR, ATROFIA O PERDIDA FUNCIONAL DE MUSCULOS Y ARTICULACIONES AUN NO COMPROMETIDAS
890113 - ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL	Marzo 2024	Frecuencia: 12 DÍAS Actividades: ..	SE SOLICITA TERAPIA OCUPACIONAL PARA LOGRAR LA ADAPTACION DE PACIENTE A SU ENTORNO FISICO Y PSICOSOCIAL ADEMÁS DE LOGRAR UN MAYOR DESEMPEÑO EN SUS TAREAS DIARIAS COMO ALIMENTACION, HIGIENE, ESPARCIMIENTO, DISMINUYENDO SU BLOQUEO EMOCIONAL POR LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTA SU LIMITACION FISICA O PSIQUICA Y HACIENDO QUE BALORE SU POTENCIAL QUE AUN CONSERVA Y PUEDE MEJORAR
890110 - ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	Marzo 2024	Frecuencia: 1 DÍA Actividades: ..	SS SOLICITA VALORACION POR FONOAUDIOLOGIA PARA DETERMINAR MANEJO
890109 - ATENCION (VISITA) DOMCILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	Marzo 2024	Frecuencia: 1 DÍA Actividades: ..	VALORACION POR INGRESO AL PAD

Dra. Saula Rojas
 MEDICO GENERAL
 RM. 37270265

SAULA YANETH ROJAS OVALLOS CC
 37270265
 NACIONAL - MEDICO



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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1092021450
NOMBRES	NAILA YUSLEI
APELLIDOS	BREIDENBACH ABACHE
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.	SUBSIDIADO	01/02/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 08/30/2024 11:23:18 **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:

30/08/2024

Ficha:

54874360663300000168

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NAILA YUSLEI

Apellidos: BREIDENBACH ABACHE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1092021450

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/11/2022

Última actualización ciudadano: 09/06/2024

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

3115751263

7426334334443444

CENS PREPAGO
ENCIA: 14382709344
RA: 4576607
TRATO: 1
SO: RESIDENCIAL

PIN: 33450164831344554457

NOM CLIENTE: LORENA PATRICIA DUARTE
RES

DIRECCION: CLL 17 AN 15-80-A

BARRIO: 1436-ESPERANZA

MUNICIPIO: 54874-VILLA DEL ROSARIO

DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

MUM CLIENTE: 1067618

MEMBERS: 1478270834

VALOR VENTA: 434 PESOS

MÁXIMO VALOR PRECARGA: 0

www.wm

丁巳年夏月

100



COL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5772207

BREIDENBACH ABACHE

APELLIDOS

YUSLEIDY KATERINE

NOMBRES

VEN

NACIONALIDAD

24624087

DNI Nro.

10-08-1996

FECHA DE NACIMIENTO

19-04-2022

BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Yusleidy X

FIRMA

VISIBLES

E2156092



NOTICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.


Juan Francisco Espinosa Patiño los
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5772207<<2<<<<<<<<<<
9608100F3105308VENE2156092<<<5
BREIDENBACH<ABACHE<<YUSLEIDY<K