
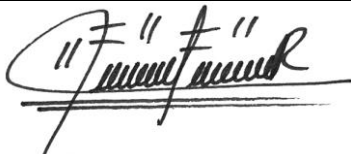
 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<p align="center"><b>AUTORIZACION PARA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></p>	 <p><b>Gobernación de Norte de Santander</b>  Instituto Departamental de Salud</p>
--	---	--

<p align="center"><b>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</b></p>	
<p align="center"><b>DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD</b></p>	
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
<p align="center"><b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA</b></p>	
Nombre Completo	<b>OLGA RIVEROS SANTOS</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( )    T.I. ( )    C.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> )    Otro ( )
Número de Documento de Identidad	27.879.167 de Toledo
Edad	58 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 18N #12A-32 Barrio La Esperanza
Teléfono fijo	3144800266
No. de Celular (2 números si es posible)	3146256535
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:sofiabenavidez816@gmail.com">sofiabenavidez816@gmail.com</a>
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: ( )
Nombre Completo del Representante	MARIA MAGDALENA HERNANDEZ RIVEROS
Parentesco de la PcD	Hija
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.093.789.501 de Los Patios
Teléfono fijo y/o No. de celular	3022041520
<p align="center"><b>INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN</b></p>	
Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	<b>1032089</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	S018 – S518 – M200 – S682 – C504
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"/> <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
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: <b>Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita</b> Teléfono: <b>3188631534 Para Citas</b> Email: <b>aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com</b>
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
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: <u>  X  </u> 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: <b>X</b> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleane Esther Flórez Ramos
Cedula 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	

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 27.879.167

RIVEROS SANTOS

APELLIDOS

OLGA

NOMBRES

*Olga Riveros Santos*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1965

GRANADA (BOCA DE MONTE)

GRANADA (META)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

02-AGO-1985 TOLEDO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2509400-00139903-F-0027879167-20081220

0008436454A 2

26240080

	PROCESO DE APOYO	CODIGO: PAAS 0141
	AREA DE TERAPIAS.	VERSIÓN: 01
	CERTIFICADO FISIOTERAPEUTICO DE LIMITACIONES FUNCIONALES.	Página 1 de 1

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido: <u>Riveros</u>	2do. Apellido: <u>Santos</u>	Nombres: <u>Olga</u>	DOCUMENTO: <u>27879167</u>
Edad: <u>55</u>	Estado Civil: <u>Union libre</u>	Escolaridad: <u>Primaria</u>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <u>B. La Esperanza Cll 18 N: 12A32 U/Ro</u>		Teléfono: <u>314/4800266</u>	

FECHA: AÑO: 2021 MES: 03 DIA: 03

DIAGNÓSTICO: Hemiplejía y Antebrazo 5018/5518

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Agnesia y Deformidad Mano Derecha y Hemicara Derecha

<p>Paciente quien a los 5 años de edad sufrió un Accidente tránsito con quemadura causando lesión hemiplejía y mano derecha, presenta pérdida de 4 y 5 dedo, Amputación parcial 3º dedo y contractura completa del 2º dedo, pérdida parcial de la eminencia tenar y cicatriz hipertrofica de la mano, Cicatriz queloide de hemicara derecha que compromete labio y visión ojo derecho. Pte. diestra con limitación notable para el Apoyo, Apoyo y Pinza. Semidependiente Act. Básicas Cotidianas</p>
--

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD MODERADA MODERADA

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

FISIOTERAPEUTA:

Neiff Abn

RP006390





INTEGRADOS EN SALUD  
NIT. 900.220.497-5  
CALLE 5 # 10-19 SAN MARTIN - VLLA DEL ROSARIO  
TEL. 5706274- EMAIL integradosensalud@gmail.com

### HISTORIA CLINICA

DOCUMENTO. CC 27879167      PACIENTE OLGA RIVERO SANTOS      EDAD 53 Años  
NIVEL EDUCATIVO NO DEFINIDO      OCUPACION NO SE TIENE INFORMACION      EDO. CIVIL      GÉNERO F  
NIVEL SISBEN 1 REGIMEN 4. PARTICULAR      DIRECCION CLLE 18N N-12A-32 B. LA ESPERANZA      TELEFONO 3144800266\*  
ASEGURADORA. PARTICULAR  
CONTRATO. PARTICULAR      FECHA DE ATENCION. 21/03/2018  
PROFESIONAL A CARGO. CORVACHO RIOVALLES JORGE HERNANDO      Reg 0397-07      MEDICINA GENERAL

PIEL  
SECUELAS DE QUEMADURAS DE TERCER GRADO EN CARA  
ANTEBRAZO Y MANO DERECHA

NEUROLOGICO  
SIN DEFICIT

#### ASPECTOS GENERALES.

BUEN ESTADO GENERAL

TALLA. 155      PESO. 70      IMC 29

#### SIGNOS VITALES

FRECUENCIA RESPIRATORIA. 20      FRECUENCIA CARDIACA. 80  
TENSION ARTERIAL SISTOLICA 120      DIASTOLICA 80      TEMPERATURA. 37

#### REGISTRO DIAGNOSTICO

CAUSA EXTERNA 13 ENFERMEDAD GENERAL  
FINALIDAD 10 NO APLICA

#### DIAGNOSTICOS.

M200 DEFORMIDAD DE DEDO(S) DE LA MANO  
S682 AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

#### RECOMENDACIONES

SE LE REALIZA HISTORIA CLINICA Y BSE LE ESPECIFICA LAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE FORMA ACCIDENTAL POR QUEMADURAS DE 3ER GRADO AL TENER 3 DIAS DE VIDA SE LE DAN SIGNOS DE ALARMA DIARREA VOMITO FIEBRE ALTERACION DEL SENSORIO DIFICULTAD RESPIRATORIA ACUDIR A URGENCIAS SE LE DAN INDICACIONES DE HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA BAJA EN SAL AZUCAR HARINAS FRITOS GRASAS REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 45 MINUTOS DIARIOS CAMINAR MANEJO DEL ESTRES.

#### FORMULACION

Cant. Medicamentos

NO REGISTRA

#### PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

NO REGISTRA

#### REMISIONES

NO REGISTRA

*Jorge Corvacho*  
CORVACHO RIOVALLES JORGE HERNANDO

MEDICINA GENERAL

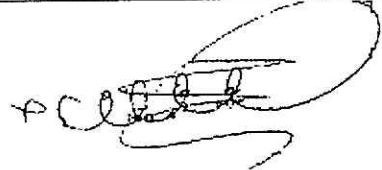
Registro. 0397-07

MEDICAL DUARTE ZF S.A.S  
NIT: 900470642-9

Clinica Medical Duarte  
Trabajamos con sentido humano

Reporte patología

## AUTORIZACION No. 3212709

SOLICITUD DE SERVICIO No. 3182563		Punto Atención:	
Autorizo: 860 - KEVIN ALFONSO CASTRO MOZO		Cargo: MEDICO GENERAL-GINECOLOGO	
Cambio de proveedor:			
Fecha Cambio de proveedor:			
Identificación: CC 27879167	Paciente : OLGA RIVEROS SANTOS	Edad : 58 Años	Sexo : F
HC : CC27879167	Telefono:	Celular: 3144800266	
Ubicacion Paciente: HOSPITALIZACION	Servicio: CIRUGIA		
Fecha Solicitud: 2/01/2024	Fecha Ingreso: 2/01/2024	Cama:	Email: NO TIENE
Cliente : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA	Plan : NUEVA EPS- SUBSIDIADO+60 2023(C.MEDICAL DUARTE)	Rango: 1	Tipo Afiliado: Beneficiario
Profesional: KEVIN ALFONSO CASTRO MOZO CC: 84458563 - T.P.: 09481 - MEDICO GENERAL			
Diagnosticos: C504 TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA			
Comite:			
6667783 - 890355 - ( 1 ) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA ✓			
GRUPO TARIFARIO: 16 - CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS			
SUBGRUPO TARIFARIO: B5 - ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [VALORACIÓN]			
Valida a Partir de: 2/01/2024		Fecha Vencimiento : 6/02/2024	
		Fecha Refrendar : 6/02/2024	
Observación: CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA MAÑANA CONSULTORIO DR. FIGUEREDO.			
PUNTO DE TOMADO: CLINICA MEDICAL DUARTE Dirección: Teléfono:			
PRESTADOR : CONSULTA EXTERNA - MD - MEDICAL DUARTE ZF S.A.S			
Dirección : CÚCUTA			
Telefonos : 5955859			
FECHA DE IMPRESION: 02/01/2024 16:46:07			
USUARIO QUE IMPRIME: KEVIN ALFONSO CASTRO MOZO			

**\* SEÑOR USUARIO, PARA SU CITA POR FAVOR RECUERDE:**

ORDEN MEDICA, ORDEN DE SERVICIO AUTORIZADA, HISTORIA CLÍNICA Y PRESENTARSE 20 MINUTOS ANTES DE LA HORA DE SU CITA.

PARA LA PROGRAMACIÓN DE TERAPIA FÍSICA LA ORDEN DE SERVICIO TIENE VIGENCIA POR 15 DÍAS.





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	27879167
NOMBRES	OLGA
APELLIDOS	RIVEROS SANTOS
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	01/09/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:

08/02/2024  
16:21:36

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

Registro válido

Fecha de consulta:

02/08/2024

Ficha:

54874116555600000026

**B5**

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** OLGA

**Apellidos:** RIVEROS SANTOS

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 27879167

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:**

15/06/2021

**Última actualización ciudadano:**

15/06/2021

**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:**

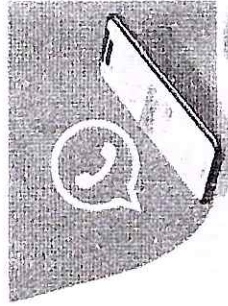
5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co



Consejos para ahorrar energía



¡Chatea con Lucía, chat bot de CENS!

373231515

SOMOS

¡Feliz día Papá!

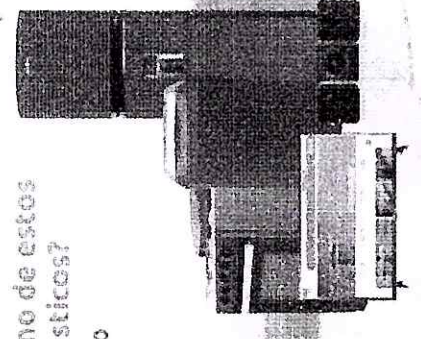
CreditoSOMOS tienes un monto de \$3.500.000 para que colportes tu día



¿Quieres ganar uno de estos electrodomésticos?

Únete al concurso Usuario Piloso

¡Regístrate ahora!



El fondo refinado de infraestructura eléctrica abierta a toda la disponibilidad permanente del servicio y se puede pagar sin energía por un término indefinido

Compensación Calidad del Servicio

Indicadores	Periodo Actual					Periodo Retroactivo				
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3	
Transformador	1T12132-De la Empresa									
DIUG	41.74									
DIU	30.061									
HC	0									
/R Compensar S	0									
DT	301.762									
Grp.Calidad										
FIUG	21									
FIU	15									
VC	11									
CEC	0									
%	0									

Información de tu instalación

Medidor Activa: 4734413  
Medidor Reactiva:  
Alimentador: SANC43  
Nivel de tensión: 1  
Carga instalada: 2  
Constante de medida: 1

El presente documento equivalente a la lectura presta mérito ejecutivo en virtud del artículo 130 de la Ley 142 de 1994 modificado por el artículo 18 de la Ley 699 de 2001.  
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 la firma manuscrita que aparece a continuación tiene plena validez para todos los efectos legales.  
José Manuel González C. tipo Representante Legal

Medios de pago

Puntos de pago

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

Apuetas Circular 75 - BBVA - Compuceps - Caguasimales - Almacenes Exito - Inmorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicor - Babito - Banco Agrario - Capreos y Datafonos A.H. - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



Nombre: Olga Riveros Santos  
Dirección: CIL 18n 12a-32  
Barrio: Esperanza  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512430780

Ciudad: Villa Del Rosario  
Estrato 1  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente:

106336

Documento equivalente a factura N° - 1074772795

Fecha de emisión: Junio 13/2024

Tu último pago fue:

22/MAY/2024

Pagaste:

\$85,100



¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

¡Escanea y paga!

Periodo facturado 10/MAY/2024 a 08/JUN/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

26/JUN/2024

Pago con recargo hasta:

03/JUL/2024

Días

Facturados

30

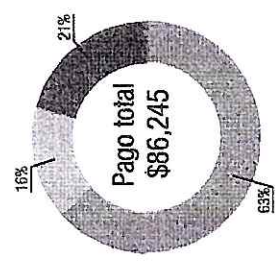
Servicios Facturados



\$54,701

\$17,870

\$13,674



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)





El futuro  
es de todos

Unidad para la atención  
y reparación integral  
a las víctimas

Bogotá, Lunes 20 de Enero de 2020

Señor(a)  
**OLGA RIVEROS SANTOS**  
Dirección: na  
Teléfono: na  
CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Lunes 20 de Enero de 2020, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **OLGA RIVEROS SANTOS** identificado(a) con cédula de ciudadanía **27879167**, en calidad de declarante y/o jefe de hogar:

DECLARACION RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHOS(VICTIMIZANTE(S))	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE	MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE
CK000379920	3667104 (RUV)	Incluido	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	09/07/1987	NORTE DE SANTANDER (54)	TOLEDO (54820)

Que dentro de la declaración rendida **CK000379920** y el hecho victimizante **Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACION CON DECLARANTE	DOCUMENTO	ESTADO VALORACION	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE
MARIA MAGDALENA HERNANDEZ RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1093789501	No Incluido	7/9/1987 1
LUZ EDILIA RIVERO SANTOS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1094368006	No Incluido	7/9/1987 1
OLGA RIVEROS SANTOS	Jefe(a) de hogar (Declarante)	27879167	Incluido	7/9/1987 1
EDWIN HERNANDEZ RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1090527519	No Incluido	7/9/1987 1

DECLARACION RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHOS(VICTIMIZANTE(S))	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE	MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE
CK000379920	3667104 (RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	09/07/1987	NORTE DE SANTANDER (54)	TOLEDO (54820)

Que dentro de la declaración rendida **CK000379920** 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
NANCY MIRELLA RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	37398928	Incluido	7/9/1987 1
OLGA RIVEROS SANTOS	Jefe(a) de hogar (Declarante)	27879167	Incluido	7/9/1987 1
EDWIN HERNANDEZ RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1090527519	No Incluido	7/9/1987 1
MARIA MAGDALENA HERNANDEZ RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1093789501	No Incluido	7/9/1987 1
LUZ EDILIA RIVERO SANTOS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1094368006	No Incluido	7/9/1987 1

DECLARACION RADICADO	ID	ESTADO VALORACION	HECHOS(VICTIMIZANTE(S))	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE	MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE
CK000379920	3667104 (RUV)	Incluido	Amenaza	09/07/1987	NORTE DE SANTANDER (54)	TOLEDO (54820)

Que dentro de la declaración rendida **CK000379920** y el hecho victimizante **Amenaza**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:



El futuro  
es de todos

Unidad para la atención  
y reparación integral  
a las víctimas

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACION CON DECLARANTE	DOCUMENTO	ESTADO VALORACION	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE
OLGA RIVEROS SANTOS	Jefe(a) de hogar (Declarante)	27879167	Incluido	7/9/1987 1
EDWIN HERNANDEZ RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1090527519	No Incluido	7/9/1987 1
MARIA MAGDALENA HERNANDEZ RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1093789501	No Incluido	7/9/1987 1
LUZ EDILIA RIVERO SANTOS	Hijo(a)/Hijastro(a)	1094368006	No Incluido	7/9/1987 1
NANCY MIRELLA RIVEROS	Hijo(a)/Hijastro(a)	37398928	Incluido	7/9/1987 1

**Código Verificación: 2020012008504862**

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 queda 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.

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".

Conforme a lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

**SON GRATUITOS Y  
NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS**

**EMILIO HERNÁNDEZ DÍAZ**  
Director de Registro y Gestión de la Información  
Unidad para las Víctimas



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.093.789.501**

**HERNANDEZ RIVEROS**

APELLIDOS

**MARIA MAGDALENA**

NOMBRES

*Maria Hernandez*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-1997**

**TOLEDO**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**A-**

G.S. RH

**F**

SEXO

**17-MAR-2015 LOS PATIOS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2505400-00686264-F-1093789501-20150413

0043855201A 1

44180294

SECRETARIA DEL ESTADO CIVIL