

**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**

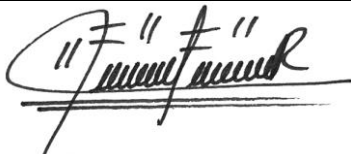
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	31 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	31 de Julio de 2024

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA**

Nombre Completo	<b>EMILCE GAONA GELVEZ</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	60.411.923 de Villa del Rosario
Edad	45 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 11 Calle 30 Apto 502 Altos de Buenavista
Teléfono fijo	3145684608
No. de Celular (2 números si es posible)	3235010569
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	emilcegaonagelvez@gmail.com
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: ( X ) No Aplica: ( )
Nombre Completo del Representante	ANTHONY JOHNEYCY MATA
Parentesco de la PcD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula Venezolana
Número de Documento de Identidad	V-18.122.116
Teléfono fijo y/o No. de celular	3507390728

**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)	<b>724298</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	G409
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	

## 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

DIAGNOSTICOS: G409 – UNIDAD DE VICTIMAS



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 724298



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.411.923

GAONA GELVEZ

APELLIDOS

EMILCE

NOMBRES

Emilce Gaona Gelvez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1978

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

12-SEP-1997 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

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




A-2510000-00179858-F-0060411923-20090919

0016301252A 1

26296557



	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	<b>VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.</b>

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Gaona	Beluez	Emilce	60411923
Edad: 44	Estado Civil: Union libre	Escolaridad: Primaria	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: La Parada Cll 2 N: 2A-37 U/Rio		Teléfono: 314/5684600	

FECHA: AÑO: 2022 MES: 12 DIA: 07

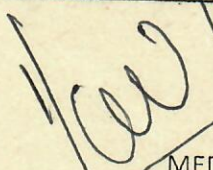
DIAGNÓSTICO: Epilepsia (E403)

### VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde las 12 años de edad presenta cuadro convulsivo diagnosticado como Epilepsia, recibe tratamiento farmacológico permanente (Acido fólico, fenbina, Carbamazepina). A la Valoración presenta trastorno cognitivo y del Aprendizaje, cumple ordenes sencillas no complejas, ocasionalmente convulsiva a pesar del tratamiento farmacológico.

Semidependiente Act. Básicas Cotidianas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL SEVERA

  
 MEDICO Enrique Parra  
 Medico General  
 CC. 13.168.558  
 R.M. 2794

E.S.E. HOSPITAL LOCAL  
 JORGE CRISTO SATHUM  
 VILLA DEL ROSARIO  
Neiff Abn  
 FISIOTERAPEUTA  
 DP006390



Fecha Actual : viernes, 15 marzo 2024



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

**NEUROLOGIA**  
**HISTORIA CLINICA GENERAL**

N° Historia Clínica: 60411923

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: EMILCE GAONA GELVEZ Identificación: Cédula Ciudadanía 60411923 Sexo: Femenino  
Fecha Nacimiento: 22/noviembre/1978 Edad Actual: 45 Años / 3 Meses / 22 Días ID de Genero: Femenino Raza: INDETERMINADO Estado Civil: Soltero  
Dirección: CALLE 2 #2 A-37 BARRIO LA PLAYITA Teléfono: 3145684608  
Barrio: LA PARADA Procedencia: VILLA DEL ROSARIO  
Ocupación: Correo Electronico: noresponder@previsalud.com.co

**DATOS DE AFILIACIÓN**

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

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 8

(Fecha: 15/03/2024 04:27 p. m.)

Acompañante:

Parentesco:

Teléfono Acomp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1252261 Fecha: 15/03/2024 3:32:33 p. m.

**DATOS DE LA ATENCIÓN**  
**ANAMNESIS**

Motivo de la Consulta

EPILEPSIA

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 45 AÑOS CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA DESDE LOS 30 AÑOS CON ULTIMA CRISIS REGISTRADA EN OCTUBRE 2023 ACTUALMENTE EN MANEJO CON ACIDO VALPROICO 250 MG 1-1-1 Y LEVETIRACETAM 500 MG 1-0-1 CON BUENA ADHGERENCIA Y TOLERANCIA

FAES PREVIOS: FENITOINA, CARBAMAZEPINA, FENOBARBITAL

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

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

**EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/7

Usuario: 72345743

Fecha Actual : viernes, 15 marzo 2024

TAS: 120 /TAD: 70 TAM: 87 NORMAL FC: FR TEMP. SO2  
Peso (Kg) 60,0 Talla (Cms) 170 I.M.C. PESO  
Escala del Dolor 0 NORMAL  
Riesgo OM:

#### EXAMEN FISICO

Estado general:  
Cabeza, cara, cuello:  
Torax  
Abdomen:  
Extremidades superiores:  
Extremidades inferiores:  
Región lumbosacra:  
Genitourinario:  
Sistema nervioso central:  
Piel y faneras:

#### ESCALA DE BARTHEL

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

TOTAL BARTHEL

0

ANALISIS Y TRATAMIENTO BUENA RESPUESTA TERAPEUTICA. CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO. RECOMENDACIONES  
GENERALES, SIN SIGNOS DE ALARMA. CONTROL EN 6 MESES

#### EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES

#### ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Farmacológicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	NIMODIPINO 30 MG FENITOINA 100 MG C 8 HCARBAMAZEPINA 200 MG C 8H
Quirúrgicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	CESAREA
Alérgicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	NIEGA
Médicos	24/12/2022 7:23:02 a. m.	EPILEPSIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

2/7

Usuario: 72345743

Fecha Actual : viernes, 15 marzo 2024

Otros 4/11/2023 8:15:05 a. m. Comerciante, niega tabaquismo o etilismo, menarquia 14 años, IVM 15 años, IVO 16 años. G3P3A0C1, ciclos irregulares, FUR 26 de octubre, pomeroy, niega HTA, DM, patología renal o tiroidea, tto maternos con epilepsia.

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
--------	--------

890374 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Observación: EN 6 MESES

#### RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

#### DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
------------------	--------	--------	-------------

Impresion\_Diagnostica G409 EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO ☒ Principal

Finalidad Consulta: No\_Aplica Causa Externa: Enfermedad\_General

#### MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
-----	--------	---------------	--------------	----------

47792 ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA 250 MG 540 CAPSULA

Via de administración: Oral Duración: 180 Dias

Indicación: UNA CAPSULA ORAL CADA 8 HORAS

20007896-18 LEVETIRACETAM 500 MG TABLETA 500 MG 360 TABLETA

Via de administración: Oral Duración: 180 Dias

Indicación: UNA TABLETA ORAL CADA 12 HORAS

#### INDICACIONES MEDICAS

#### PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/7  
Usuario: 72345743



Fecha Actual : viernes, 15 marzo 2024

Observación:



BARRANCO CAMARGO LUIS ALBERTO  
NEUROLOGIA  
72345743 o 72345743

Nombre reporte : HCRPHistoBase

4/7  
Usuario: 72345743

Fecha de Impreso : viernes, 15 marzo 2024

**SALUD SOCIAL S.A.S.**  
**Nit 802023344**



**Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco**  
**Telefono 607 595 6605**  
**PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS**

000000824650

N° Historia Clínica: 60411923

N° Folio: 8 Folio Asociado:

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente:** EMILCE GAONA GELVEZ  
**Fecha Nacimiento:** 22/noviembre/19 Edad Actual: 45 Años / 3 Meses / 22 Días 78  
**Dirección:** CALLE 2 #2 A-37 BARRIO LA PLAYITA  
**Procedencia:** VILLA DEL ROSARIO

**Identificación:** 60411923 **Sexo:** Femenino  
**Estado Civil:** Soltero  
**Teléfono:** 3145684608  
**Ocupación:**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA  
**Plan Beneficios:** COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO

**Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)

**DATOS DEL INGRESO**

**Responsable:**  
**Dirección Resp:**  
**Finalidad Consulta:** No\_Aplica  
**Diagnostico** G409 - EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO

**Teléfono Resp:**  
**N° Ingreso:** 1252261 **Fecha:** 15/03/2024 4:19:37 p. m.  
**Causa Externa:** Enfermedad\_General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		AREA SERVICIO: 999	TEMPORAL AREA DE SERVICIO		
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACION	
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA EN 6 MESES	1	Rutinario		

**Observaciones:**

**Total Items:** 1

72345743 - BARRANCO CAMARGO LUIS ALBERTO  
NEUROLOGIA



Fecha de Impreso : viernes, 15 marzo 2024

**SALUD SOCIAL S.A.S.**

**Nit 802023344**

**Direccion Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco**

**Telefono 607 595 6605**

**PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS**



000000824650

Previsalud

Nombre reporte : HCRPreporteDBase

Página 2/0

72345743



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	60411923
NOMBRES	EMILCE
APELLIDOS	GAONA GELVEZ
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:

07/31/2024  
11:35:16

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:

31/07/2024

Ficha:

54874052554100001666

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

**Nombres:** EMILCE

**Apellidos:** GAONA GELVEZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 60411923

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:**

22/08/2019

**Última actualización ciudadano:**

11/09/2020

**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



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS



TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bogotá, Lunes 2 de Abril de 2018

Señor(a)

**EMILCE GAONA GELVEZ**

Dirección: CALLE 2 NUMERO 2A-37-LA PARADA

Teléfono: 3208003483

VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Lunes 2 de Abril de 2018, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **EMILCE GAONA GELVEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **60411923** en calidad de declarante y/o jefe de hogar:

IDENTIFICACION	ESTADO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACION
NK000156270	2411727 (RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	19/11/2008	NORTE DE SANTANDER	TEORAMA

Que dentro de la declaración rendida **NK000156270** y el hecho victimizante **Desplazamiento forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

IDENTIFICACION	ESTADO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACION	FECHA DE ACTUACION
YESID ANDREY URIBE GAONA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1093502742	Incluido			11/18/2008
BRAYAN STIVEN URIBE GAONA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1095502743	Incluido			11/18/2008
EMILCE GAONA GELVEZ	Espos(a)/Compañero(a) (Declarante)	60411923	Incluido			11/18/2008
YESID URIBE BALLESTEROS	Jefe(a) de hogar	13377768	Incluido			11/18/2008
CARMEN ALEJANDRA ORTIZ GAONA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1092360820	Incluido			11/18/2008

**Código Verificación: 2018040213533422**

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 quedará 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 párrafo 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".





18-07

## Tu información

**Tarifa: Generica**

Tu número de cliente: 689248

Documento equivalente a factura N° - 1075445394

Fecha de emisión: Julio 11/2024

Tu último pago fue:

19/MAY/2024

Pagaste:

**\$138,600**

Evite la suspensión del servicio	Periodos de atraso: 3
----------------------------------	--------------------------



**¡Escanea y paga!**

Periodo facturado 08/JUN/2024 a 07/JUL/2024

**Fecha de vencimiento**

Pago oportuno hasta:

## INMEDIATO

Fecha de suspension:

INMEDIATO

**Días  
Facturados**

30

### Servicios Facturados



Enceps

\$150,902



\$55,993

\$47,175

**Publico**



Pago total  
\$254,070

59%

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 18.122.116

APELLIDOS MATA  
NOMBRES ANTHONY JOHNEYCY

*Mata*  
FIRMA TITULAR

30-07-82 SOLTERO  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

26-04-16 04-2026  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

MM692  
Juan Dugarte  
Director

