





AUTORIZACION PARA VALORACION Y
CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD



| | |
|---|---|
| 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 | 09 de Agosto de 2024 |
| Fecha de expedición de la autorización | 09 de Agosto de 2024 |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA | |
| Nombre Completo | LUIS GERMAN GARCIA SALCEDO |
| Tipo de Documento Identidad | R.C. () T.I. () C.C. (X) Otro () |
| Número de Documento de Identidad | 2.483.325 de Bolívar |
| Edad | 66 años |
| Género | Masculino |
| Dirección | Carrera 12B #19N-33 Barrio La Esperanza |
| Teléfono fijo | 3108151297 |
| No. de Celular (2 números si es posible) | 3017646219 |
| Municipio de residencia | Villa del Rosario |
| Correo Electrónico | juantutarojas@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 | DORYS PAULINA TUTA ROJAS |
| Parentesco de la PcD | Esposa |
| Tipo de Documento Identidad | Cédula de ciudadanía |
| Número de Documento de Identidad | 60.312.757 de Cúcuta |
| Teléfono fijo y/o No. de celular | 3017646219 |
| 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) | 1105908 |
| Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx o Dx relacionado con la discapacidad) | I694 |
| 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"/> Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____ |

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

| | |
|---|---|
| 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.ipsprogresando@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: <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: X Otro: _____ |
| DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN | |
| 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 2.483.325

GARCIA SALCEDO

APELLIDOS

LUIS GERMAN

NOMBRES

Luis German Garcia Salcedo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

17-JUN-1958

BOLIVAR
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

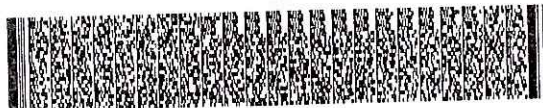
M

SEXO

09-DIC-1979 BOLIVAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00363138-M-0002483325-20120302

0029308227A 1

7591724889

22/03/2024

| | | |
|--|---|--|
| ESE Hospital Jorge Cristo Sahium Villa del Rosario | PROCESO DE APOYO | |
| | AREA DE TERAPIAS. | |
| | VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL. | |

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1er. Apellido <u>García</u> | 2do. Apellido <u>Salcedo</u> | Nombres <u>Luis Herman</u> | cc <u>cc</u> | DOCUMENTO: <u>2483325</u> |
| Edad: <u>63</u> | Estado Civil: <u>Union libre</u> | Escolaridad: <u>-</u> | Género: F <u>-</u> M <u>X</u> | |
| Dirección: <u>Cra 12 N°19B-33 B. la Esperanza U/Rio</u> | | | Teléfono: <u>301 7646216</u> | |

FECHA: AÑO: 2024 MES: 05 DIA: 22DIAGNÓSTICO: Secuelas Enfermedad Cerebrovascular (I694)**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:**

Paciente quien hace aprox 10 años sufrió accidente Cerebrovascular que le causó Hemiplejia Espástica derecha. A la Valoración presenta alteración de la conducta y el comportamiento. No cumple ordenes sencillas ni complejas, disortria severa, postura sinérgica anormal flexor en miembro superior y extensor en miembro inferior, imposibilidad para desplazarse, síndrome Inmovilidad, desplazamiento en Silla Ruedas. No controla Esfínteres, no realiza movilidad Activa, Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria.

Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE SEVERA (Motora - sensorial - lenguaje)

Página : 1

Lugar Atención: PROMONORTE IPS

Paciente : LUIS GERMAN GARCIA SALCEDO

Sexo : M Fecha de Nacimiento : 17/06/1958

Grupo Etnico : NO APLICA

Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR

Lugar de Residencia : CUCUTA-NORTE DE SANTANDER

Empresa : COOSALUD

Cita No : 479704

Fecha Cita: 12 mayo 2017 08:40

Fecha Atencion: 12 mayo 2017 07:29

CitiSalud

Fecha impresión: 12/05/2017 07:44:40

Documento : CC. 2483325

Grupo Sanguíneo : 0+ Estado Civil : Soltero(a)

Escolaridad : Básica Primaria

Dirección : CRA 12 NO 19-33 LA ESPERANZA LOMITAS 5736-

Contrato : PROGRAMA

Tipo Usuario : Subsidio Total

Fecha Salida: 12 mayo 2017 07:36

MOT. CONSULTA / ENF. ACTUAL:

Motivo Consulta: RCV

Enfermedad Actual: HTA-SECUELAS DE ACV

LOSARTAN

AMLODIPINO

CARVEDILOL

ASINTOMATICO, NO CONVULSIONES, NO DETERIORO FUNCIONAL ADICIONAL.

EKG RITMO SINUSAL, EJE CONSERVADO, SIN ANTEROCIONES EN EL TRAZO

PERFIL LIPIDICO NORMAL

AZOADOS NORMALES

PERFIL GLUCEMICO NORMAL

HEMOGRAMA NORMAL

UROANALISIS NORMAL

RESULTADOS EXAMENES:

TIPO DE SANGRE

Hemoclasicación: "0"

RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 130/70 mmHg

GLAS: 15 puntos

FC: 70 x min

FR: 16 x min

EXAMEN FISICO:

CARDIORESPIRATORIO:

RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS

OSTEOMUSCULAR:

SIN EDEMAS

HTA CONTROLADO:

SI

RIESGO:

EXTREMO

OTROS:

SECUELAS DE ACV

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) (DX. CRONICO - 12/05/2017 | ETAPA: 3 - 12/05/2017)

Diag. Rel 1 : I69X SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA

(Oportunista)

Tipo Diagnostico : IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta : NO APLICA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

Formula No. 1

Medicamento : C03AH06011 HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG

Cantidad : 90

Via de Uso: ORAL

Observacion : TOMAR UNA TABLETA DIARIA

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 1 Tabletas

Frecuencia: Cada DIA

Medicamento : C07AG02 CARVEDILOL 12.5 MG

Cantidad : 180

Via de Uso: ORAL

Observacion : TOMAR UAN CADA 12 HRS

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 1 Tabletas

Frecuencia: Cada 12 HRS

Medicamento : C08CA03711 AMLODIPINO 5 MG TABLETA

Cantidad : 360

Via de Uso: ORAL

Observacion : TOMAR 2 TABLETAS CADA 12 HRS

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 2 Tabletas

Frecuencia: Cada 12 HRS

Página : 2 Viene de 1
Lugar Atención: PROMONORTE IPS

Paciente : LUIS GERMAN GARCIA SALCEDO
Fecha Cita: 12 mayo 2017 08:40

Fecha Atención: 12 mayo 2017 07:29

CitiSalud
Fecha Impresión: 12/05/2017 07:44:42

Documento : CC. 2483325
Fecha Sal : 12 mayo 2017 07:38

| | | | | | |
|---------------------------|---|--------------------|-----------|----------|---------------------------|
| Medicamento : C09CLO21161 | LOSARTAN 50 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA | | | | |
| Cantidad : 180 | Via de Uso: ORAL | Tiempo : 90 DIA(S) | Dosis : 1 | Tabletas | Frecuencia: Cada 12 HORAS |
| Observacion : TOMAR | UNA TABLETA CADA 12 HRS | | | | |
| Medicamento : N02BA003011 | ACETIL SALICILICO ACIDO TABLETA 100 MG | | | | |
| Cantidad : 90 | Via de Uso: ORAL | Tiempo : 90 DIA(S) | Dosis : 1 | Tabletas | Frecuencia: Cada DIARIA |
| Observacion : TOMAR | UNA CADA DIS | | | | |
| Formula No. 2 | | | | | |
| Medicamento : N02BA00111 | ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA | | | | |
| Cantidad : 20 | Via de Uso: ORAL | Tiempo : 5 DIA(S) | Dosis : 1 | Tabletas | Frecuencia: Cada 6 HORAS |

PLAN ESTUD., TRATAM. Y EVOLUCION:
IGUAL TMO
CONTROL SEGUN PROTOCOLO
SXS DE ALARMA
MEDIDAS GENERALES DE CUIDADOS
MEDIDAS ANTIESCARAS

PROFESIONAL
SAUL FERNANDO CARRILLO AMAYA
Registro Medico : 541107/02
MEDICO INTERNISTA


Dr. Saul Carrillo A.
Valencia, Venezuela, 12/05/2017
541107/02

Firma: _____

SALUD SOCIAL IPS
 Tel. 5950503 NIT : 089010234401-
HISTORIA CLINICA - MEDICINA INTERNA
 Historia No : 2483325

CitiSalud

Fecha Impresión: 29/09/2017 11:49:12

Página: 1
 Lugar Atención: PRIMONORTE IPS

Paciente : LUIS GERMAN GARCIA SALCEDO

Sexo : M Fecha de Nacimiento : 17/06/1958

Grupo Etnico : NO APLICA

Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR

Lugar de Residencia : CUCUTA-NORTE DE SANTANDER

Empresa : COOSALUD

Cita No : 512631

Fecha Cita: 29 septiembre 2017 12:20

Edad : 59 A 3 M 12 D

Religión : CATOLICO

Ocupación :

Telefono : 3173076661

Documento : CC. 2483325

Grupo Sanguíneo : O+ Estado Civil : Soltero/a

Escolaridad : Básica Primaria

Dirección : CRA 12 NO 19-33 LA ESPERANZA LOMITAS

Contrato : EVENTO

Tipo Usuario : Subsidio Total

Fecha Salida: 29 septiembre 2017 11:42

Fecha Atención: 29 septiembre 2017 11:37

MOT. CONSULTA / ENE. ACTUAL:

Motivo Consulta: RCV

Enfermedad Actual: HTA-SECUELAS DE ACV
 ASINTOMATICO

EXAMEN FISICO:

CARDIORESPIRATORIO:

OSTEOMUSCULAR:

HTA CONTROLADO:

RIESGO:

OTROS:

RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS

SIN EDEMAS

SI

EXTREMO

SECUELAS DE ACV

TIPO DE SANGRE

Hemoclasificación: "O"

RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 120/70 mmHg

GLAS: 15 puntos

FC: 72 x min

FR: 18 x min

TAM: 86.67 mmHg

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : 140X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) (DX. CRONICO - 29/09/2017 | ETAPA: 3 - 29/09/2017)

Diag. Rel 1 : 1694 SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA (Oportunista)

Tipo Diagnóstico : IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta : NO APLICA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

Formula No. 1

Medicamento : C03AH006011 - HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG

Cantidad : 90

Observación : TOMAR UNA TABLETA DIAIRA

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 1 Tabletas

Frecuencia: Cada

Medicamento : C07AG02 - CARVEDILOL 12.5 MG

Cantidad : 180

Observación : TOMAR UN CADA 12 HRS

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 1 Tabletas

Frecuencia: Cada

Medicamento : C08CA03711 - AMLODIPINO 5 MG TABLETA

Cantidad : 180

Observación : TOMAR 2 TABLETAS CADA 12 HRS

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 2 Tabletas

Frecuencia: Cada

Medicamento : C09CA021101 - LOSARTAN 50 MG TABLETA O TABLETA RECUBIERTA

Cantidad : 180

Observación : TOMAR UN TABLETA CADA 12 HRS

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 1 Tabletas

Frecuencia: Cada

Medicamento : P02BA000011 - ACETIL SALICÍLICO ACIDO TABLETA 100 MG

Cantidad : 90

Observación : TOMAR UNA CADA DIS.

Tiempo : 90 DIA(S)

Dosis : 1 Tabletas

Frecuencia: Cada

PLAN ESTUD., TRATAM. Y EVOLUCION:

IGUAL TTO

Continúa en Pag 2

Impreso por Usuario: 5415 DR. FERNANDO CARRILLO AR

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 | 2483325 |
| NOMBRES | LUIS GERMAN |
| APELLIDOS | GARCIA SALCEDO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | VALLE |
| MUNICIPIO | ROLDANILLO |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-------------------|------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 04/04/2014 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión: 08/06/2024 09:08:05 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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

Registro válido

Fecha de consulta:

06/08/2024

Ficha:

54874354664000000259

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS GERMAN

Apellidos: GARCIA SALCEDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2483325

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/06/2024

Última actualización ciudadano:

10/07/2024

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:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



ahorrar energía



¡Regístrate ahora!
Escaneando este código

¿Quieres ganar premios mientras aprendes a ahorrar energía?

Únete al concurso
Usuaric Piloso

¡Regístrate ahora!
Escaneando este código



Apoyan: CENS, Energía Solar, CENS



El furto-rebaso de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y se puede dejar sin energía por un término indeterminado.

Compensación Calidad del Servicio

| Indicadores | Periodo Actual | | | |
|-----------------|-----------------------|-------|-------|-------|
| | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 1 |
| C transformador | 1109566-De la Empresa | | | |
| DIUG | 41.74 | | | |
| DIU | 11.931 | | | |
| HC | 0 | | | |
| V/R Compensar S | 0 | | | |
| Di | 303.181 | | | |
| Grp Calidad | 21 | | | |
| FIUG | 15 | | | |
| FIU | 12 | | | |
| VC | 0 | | | |
| CEC | 0 | | | |
| % | 16 | | | |

SOMOS

¡Somos!

CreditSOMOS
\$300.000

Llámanos y te contamos
como recibirlo:
607-582-1715



Energía Solar

www.cens.com.co

Información de tu instalación

Medidor Activa: 7286314
Medidor Reactiva:
Alimentador: SANC43
Nivel de tensión: 1
Carga instalada: 1.5
Constante de medida: 1

El presente documento equivale a la factura pre-pago eléctrica en virtud del artículo 13 del Decreto 142 de 1994 modificado por el artículo 18 de la Ley 689 de 2001.
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.
José Miguel González C. xpo
Representante Legal

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

Agujetas Cúcula 75 - BBVA - Coompercons - Coguasimales - Almacenes Éxito - Ilmorite Bancolombia - Davivienda - Efecty - PIM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datáfonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



Información

Nombre: Juan Expedito Tula Rojas
Dirección: Cra 12b 19n-33
Barrio: Esperanza
Ciudad: Villa Del Rosario
Estrato 1
Clase de Servicio: Residencial
Tarifa: Genetica
Ruta: 105 01512430930

Tu número de cliente: 106404

Documento equivalente a factura N° - 1074111699

Fecha de emisión: Mayo 14/2024

Tu último pago fue:

01/MAY/2024

Pagaste:

\$26,500



¡Escanee y pague!

Periodo facturado 10/ABR/2024 a 09/MAY/2024

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

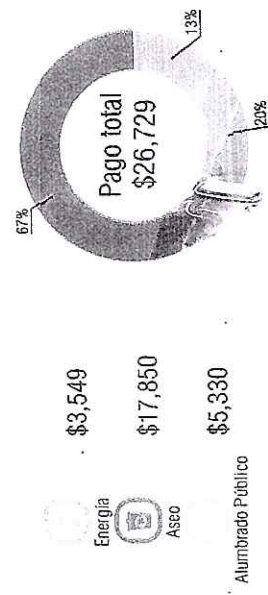
28/MAY/2024

Pago con recargo hasta:

04/JUN/2024

30

Servicios Facturados



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de daños en fuente de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales

Descarga la app CENS www.cens.com.co

7/7-06691 Villado SuperServicios NUIR 26-1001-003


REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: **60312757**

TUTA ROJAS
 APELLIDOS

DORYS PAULINA
 NOMBRES

ORIS TUTA
 FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1965**
ARBOLEDAS
 (NORTE DE SANTANDER)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
 ESTATURA

O+
 G. & RH

F
 SEXO

12-JUN-1984 CUCUTA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2500100-55084908-F-0060312757-20010720 0233101199A 01-064009451