ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE CONSULTA DE LA POBLACION EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO

Declaración de las Personas en la U.A.O.

Declaración: **44499**

Fecha Creación: **09-SEP-21**

Fecha del Desplazamiento: **30/07/2021**

Municipio Expulsor: **BUENAVENTURA (Valle)**

Direccion Actual: **CALLE 54 B N? 29 A 31**

Barrio: **Laureano Gomez** (1503)

Observacion: **NO APLICA**

Telefono: **3207004333**

Fecha Citación para la Resolución : **18-NOV-21**

Declaró antes en : **NO**

FAMILIA

Declarante	Documento	Nombre Completo	Documento Actualizado	Persona en situación de discapacidad	Fecha Nacimiento	Edad
X	C.C. 1028162248	DUVAN ZAMORA PERLAZA		No ( )	07/06/2000	21 años
Sexo	**Grado de Escolaridad**	**Etnia**	**Estado de Valoración**	**Fecha de Valoración**	**EPS-RS Asignada**	**Fecha Asignacion**
M	Bachiller Incompleto	Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente				
Consulto en FOSYGA: ☑	**Observación:** NO APLICA					

ESTA INFORMACIÓN VALIDA SOLO PARA LA CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL

Jueves Septiembre 09, 2021
10:46:00 AM

Usuario: **VMORALES**