

CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764022609344 de 2021-12-10 a 2022-12-10
autorizado del FECE60001 al FECE90000
CR 9 A 14 17
7708686
SOGAMOSO BOYACA COLOMBIA

FACTURADO A:

UNASALUD UT-SENA CONTRATACION 2021
NIT 900518650 - 7
CLL 22 Nº 11A-73
SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
facturaelectronica@cespecialistas.com
3153162667

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO:	FECE74721	VENCIMIENTO:	2022-02-17
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2022-03-30 16:15:38		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	931001		TERAPIA FISICA INTEGRAL	7.00	$ 56,000.00	0	0	$ 392,000.00	$ 392,000.00

Observacion: Nota sobre el item

Cantidad de lineas: 1

SUBTOTAL:	$ 392,000.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 63 PACIENTE: CC-46353440-MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS- INGRESO: 9 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

TOTAL A PAGAR **$ 392,000.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA:	$ 0.00

Cuida el medio ambiente

CUFE: 49b456cf35846194fff4cf3d9055971068a8f0d8a3a075f1bd86a8964a686efcd19c71a871f935c1be9f2935abfd645d

Elaborado por:

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico y Fabricante del Software: PL-Colab

CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.

SEDE UNICA

SOMOS SU MEJOR OPCION

NIT 891856372-1 COD: 157590059201

DIRECCIÓN: CR 9 A 14 17 SOGAMOSO TELÉFONO: 7708686

FECHA: 30/03/2022
VENC: 29/04/2022
PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 74721

NUMERO ID.: CC 46353440 SOGAMOSO	NIT 900518650-7
NOMBRE: MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3045211881 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 Nº 11A-73
DIRECCION: TRAN 17 N 16A 11	CONTRATO: SENA CONTRATACION 2021
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 61 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N

No. HISTORIA: 46353440 P.P. 276 P.S. 02
FECHA INGRESO: 03/02/2022 FECHA CORTE: 17/02/2022 FECHA SALIDA: 17/02/22 AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN: 63 NOMBRE AUTORIZADORSENA

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
931001	001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	56.000,00	7	392.000,00

SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS : 7 **392.000,00**
TOTAL FACTURA: **392.000,00**

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	392.000,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
VALOR A PAGAR POR EL USUARIO	0,00
ABONOS	0,00
VALOR IVA	0,00
SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO	0,00
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	0,00
VALOR NO PAGADO POR EL USUARIO	0,00

SON EN TOTAL :

Valor a pagar por la empresa:
TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

Marilce Niño Porras

Firma Paciente y/o Representante
C.C. Nº

Responsable Facturación LUZ DELIA LOPEZ GALEANO
Sede: SEDE UNICA

Fecha Rec. _____

* Items Particionados por Control de Topes por Usuario

Recibimos los servicios expresados en esta factura y en consecuencia pagaremos a la orden CLINICA ESPECIALISTAS S.A. la totalidad del impor te La presente factura de venta se asimila a una letra de cambio para todos sus efectos(Art.772-774 C.Co) y causa intereses de mora a partir del vencimiento Reg Común. Agente retenedor de IVA. No somos autorretenedores. Cod Activ Economica 8610
AUTORIZACION DE FACTURACION ELECTRONICA NUMERO 18764022609344 DEL 10/12/2021. VIGENCIA 12 MESES DESDE EL NUMERO FECE 60.001 HASTA EL NUMERO FECE 90.000.
RESOLUCION NO. 18764022609344 DEL 10/12/21. DESDE EL NO. FECE60001 HASTA EL NO. FECE90000
Programa Licenciado a: CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A. 891856372 7J.0 *HOSVITAL*

Impreso: 2022-01-26

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 63

Adscrito:	177041 - UNASALUD U.T
Dirección:	C.LAG. CLL 22 Nº11A 73 y C.ESP.CRA 9A Nº14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s):	7703680 - 7704400
Especialidad:	CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 46353440

Favor atender por nuestra cuenta a NINO DE BELLO MARILCE DEL CARMEN identificado con el carne 4206872-C Conyuge de BELLO CARDENAS JOSE OMAR Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Sesiones Con Optómetra, Ortoptista, Terapista O Nutricionista Hasta	10	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZAN FISIOTERAPIAS N° 10 SESIONES.

DX:MIALGIAS Y RETRACCIONES ISQUIOTIBIALES EN MID

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Luis Fernando Torres Pinzón
MÉDICO GENERAL
R.M. 151209
U. NACIONAL

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción 46.353.440 C.C. Sogamoso

creada por: pmoreno

03-FEB-2022
Fernanda

Clínica de Especialistas Somos su mejor opción	PROCESOS MISIONALES	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE DE 2014
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FÍSICA		FECHA DE REVISIÓN: ENERO DE 2020
CÓDIGO: M – F – 103	PÁGINA 1 DE 2	VERSIÓN: 3.0

FECHA: X Febrero . 3 - 2022.

HISTORIA CLÍNICA TIPO | CE | CC | TI | RC | N°: X

Yo, X Yarile Niño Porras., identificado (a) con cedula de ciudadanía N° CC 946.353.440 de X Socorro en forma personal o como el acudiente de _____ en la fecha, de forma libre y espontánea manifiesto que según mi diagnostico _____.

1. He recibido la información del plan de Terapia Física requerido para mi patología
2. He sido informado(a) de las alternativas posibles de tratamiento, teniendo en cuenta que:

Definición	Riesgos	Beneficios
Terapia Física: Consiste en el tratamiento de diferentes enfermedades bajo el uso de medios físicos, mecánicos y ejercicio terapéutico, de acuerdo a la evaluación previa del movimiento	☐ Riesgo de caídas ☐ Experimentar dolor muscular, edema o inflamación en primeras sesiones ☐ Lesión por utilización inadecuada de equipos ☐ Lesiones de la piel por utilización inadecuada de frio y calor ☐ Otros:	☐ Disminuir el dolor e inflamación ☐ Mejorar la flexibilidad, mejorar y mantener la movilidad articular y la fuerza muscular ☐ Mejorar el desempeño en actividades de la vida diaria ☐ Mejorar la calidad de vida

3. Me han aclarado todas las dudas e interrogantes, así como la responsabilidad que tengo como paciente de seguir las indicaciones para el éxito del tratamiento.
4. Me han sido explicado que para la realización del tratamiento es indispensable seguir las indicaciones que se me dan, siendo así que su omisión o mala práctica pueden provocar resultados negativos o diferentes a los esperados.
5. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y de esta forma consiente y autorizo que se realice el plan de TERAPIA FISICA que se registrara en mi historia clínica.
6. CANCELACIONES: Me comprometo a notificar la cancelación de una cita con 24 horas de antelación con el fin de reprogramar mi sesión. Si falto por más de dos días consecutivos a mis sesiones programadas, se da por entendido que je abandonado el tratamiento y por lo tanto las sesiones se cancelaran. En caso de ser una emergencia, se estudiará el caso y se harán ciertas excepciones.
7. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento; autorizo al profesional de la CLINICA DE ESPECIALISTAS LTDA a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportunas para la resolución de la complicación.
8. De esta manera, autorizo la realización de la sesión programada y ordenada por el médico tratante y firmo constancia.

Sesión N°	Fecha	Firma del usuario o representante	Firma del profesional de TERAPIA FISICA
1	X Febrero 3 - 2022.	X Yarile Niño Porras.	
2	Febrero 4 - 2022.	Yarile Niño Porras.	
3	Febrero 7 - 2022	Yarile Niño Porras.	
4	Febrero 8 - 2022	Yarile Niño Porras.	
5	Febrero 9 - 2022	Yarile Niño Porras.	
6	Yarile Niño Porras	Febrero. 16 - 2022.	

CONSENTIMIENTO INFORMADO según disponen los articulos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, por la cual se dictan Se suscribe el presente normas en materia de ética médica.

7	Febrero 17-2021	Yorlan y Enfermera.	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

* Filtrado por fecha de atención

Paciente:	**CC**	**46353440**	**MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS**
Edad:	**61**	**AÑOS**	

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 03/02/2022 19:31:45
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :
Paciente programado telefónicamente para iniciar plan de tratamiento de terapia física a quien se le aplico encuesta covid-19 en el momento inicial de contacto para la cita, sin signos de alarma por lo que se dan recomendaciones de uso de tapabocas y lavado de manos para recibir el tratamiento.
Se realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta covid-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
IDX: MIALGIA EN MIEMBROS INFERIORES
OCUPACION: HOGAR
ANTECEDENTES: ANALGESICOS
TIEMPO DE EVOLUCION: LARGA DATA
paciente quien ingresa al servicio por presentar compromiso funcional y mecanico en miembros inferiores, A la valoracion refiere dolor 7/10 segun escala analoga visual en region posterior el cual aumenta con en la noche, cambios de temperatura, hipersensibilidad, alteracion patron de marcha, propiocepcion, inestabilidad muscular, movilidad articular limitada, se inicia con plan de manejo se aplica crioterapia, calor humedo, tens, masaje, tecnica de rood, ejercicios isometricos, cadena cinetica abierta, ejercicios isometricos. movilidad activa se dan indicaciones de actividades propioceptivas, hidrocinesiterapia, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: **931001** **TERAPIA FÍSICA INTEGRAL**

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 04/02/2022 17:06:45
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :
Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se

Paciente: CC 46353440 MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS
Edad: 61 AÑOS

inicia atención por TERAPIA FISICA
Paciente continua tratamiento en miembros inferiores. se aplica calor humedo local, criocinesiterapia, tens dinamico, se realiza desequilibrios bipodales, mecanoterapia progresiva con bosu, banda sin fin, facilitacion propiceptiva neuromuscular con inversion lenta, capacidad de reaccion, masaje de cyriax, educacion patron de marcha y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, se termina sesion sin complicacion

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**
FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 07/02/2022 19:04:18
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :
Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA
Paciente continua tratamiento en miembros inferiores. se aplica calor humedo local, electroestimulacion, realiza desequilibrios bipodales, mecanoterapia progresiva con bosu, theraban autoestiramientos dinamicos de miembro inferior, facilitacion propiceptiva neuromuscular con variante, capacidad de reaccion, masajede cyriax, reeducacion patron de marcha y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**
FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 08/02/2022 19:11:20
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :

* Filtrado por fecha de atención

Paciente: CC 46353440 MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS
Edad: 61 AÑOS

Se realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta covid-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA.
Paciente continua tratamiento en miembros inferiores, con buena respuesta al plan de manejo, se aplica calor humedo local, electroestimulacion funcional, realiza desequilibrios bipodales, mecanoterapia progresiva con bosu, autoestiramientos dinamicos de miembro inferior enfatizadno en gemelos, facilitacion propiceptiva neuromuscular con inversion lenta, capacidad de reaccion, masaje de cyriax, reeducacion patron de marcha y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales,

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 09/02/2022 19:25:21
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :
Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA
Paciente continua tratamiento en miembros inferiores,refiere dolor de menor intensidad, se aplica calor humedo local, tens dinamico, se realiza desequilibrios bipodales, mecanoterapia progresiva con bosu, banda sin fin en patron cruzado, facilitacion propiceptiva neuromuscular con inversion lenta, capacidad de reaccion, masaje de cyriax, educacion patron de marcha y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

* Filtrado por fecha de atención

Paciente:	CC	46353440	MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS
Edad:	61	AÑOS	

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 16/02/2022 12:25:54
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :
Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA
Paciente continua tratamiento en miembros inferiores, con evolucion favorable se observa mejor patron de marcha, Se aplica calor humedo, criocinesiterapia, tens dinamico, se realiza mecanoterapia progresiva con balonterapia, cadena cinetica cerrada, capacidad de reaccion, desequilibrios bipodales, Kabath con inversion lenta, actividades propioceptivas de lo facil a lo dificil, reeducacion patron de marcha y propiocpecion. Se dan indicaciones de plan casero funcional y fortalecimiento muscular global y especifico de miembros inferiores. se termina sesion sin novedad

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA

Sede de Atención: 001 SEDE UNICA

Procedimiento: 931001 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

Pabellon Ordenado: CONSULTAS MEDICAS **Cama:**

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN 17/02/2022 18:38:19
REALIZADO POR: MARIA YOLANDA CHAPARRO
RESULTADOS :
Se Realiza colocación de elementos de protección personal por el profesional según lo establecido en el protocolo institucional, se realiza lavado de manos aplicación de gel antibacterial y se toman medidas de protección para evitar contacto directo con el paciente, se informa al paciente el motivo del equipo de protección personal y las medidas de atención individualizada tomadas en la institución, paciente quien entiende comprende y acepta.
Paciente quien ingresa al servicio portando tapabocas convencional, se indica lavado de manos desinfección con gel antibacterial, se aplica encuesta COVID-19 en el momento no refiere signos de alarma por lo tanto se inicia atención por TERAPIA FISICA
Paciente continua tratamiento en miembros inferiores . refiere sentirse mejor, mayor facilidad para realizar las actividades de la vida diaria, se aplica calor humedo local, electroestimulacion, realiza desequilibrios bipodales, mecanoterapia progresiva con bosu, theraban autoestiramientos dinamicos de miembro inferior, facilitacion propiceptiva neuromuscular patrones bilaterales, capacidad de reaccion, reeducacion patron de marcha y propiocepcion. se dan plan de indicaciones para continuar con ejercicios funcionales, se termina terapia sin novedad

* Filtrado por fecha de atención

Paciente:	CC	46353440	MARILCE DEL CARMEN NIÑO PORRAS
Edad:	61	AÑOS	

Diagnosticos

Código	Descripción	Observaciones
M629	TRASTORNO MUSCULAR NO ESPECIFICADO	

MARIA YOLANDA CHAPARRO
Reg. MD. 503-67
FISIOTERAPIA



4206872-C

MARILCE

NIÑO PORRAS

CC Nº 46353440

Fecha de Nacimiento **25/05/1960**

RH: A+

SENA REGIONAL CUNDINAMARCA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Funcionario o Pensionado

BELLO CARDENAS JOSE OMAR

Este carnet es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas

Fecha de Expedición 17/02/2014

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **46.353.440**

NIÑO PORRAS

APELLIDOS

MARILCE DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1960

SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

22-MAR-1979 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1510900-00201221-F-0046353440-20091201 0018556740A 2 25908148