NIT: 800058856-1

CLÍNICA DE URABÁ S.A.
8156280 - CITAS EXT. 890 - WHATSAPP 3044904448
APARTADÓ - ANTIOQUIA
DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ)
Email: felectronica@clinicadeuraba.com
SOMOS AUTORETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 04181 DE MAYO 21 DE 2004

Autorización para factura electrónica de venta. Resolución DIAN Nro. 18764091663831 del 07 de abril de 2025. Autoriza CDEU 239605 a CDEU 250000. Vigencia 12 meses.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº CDEU 247082

Cufe: 8c255d0be3abb3a67f55c7bb5b8719d4531a1d8771faa09f580a136808833da5ebd95dd52d18ac7b393a39bef9302a86

Nombre	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Nit / C.C.	899999034-1	Fecha Servicio	24/05/2025		
Dirección	CALLE 51 # 57-70 AVENIDA FERROCARRIL - MINORISTA MEDELLIN	Fecha Factura	27/05/2025	Hora	03:31 PM
Teléfono	576 00 00	Fecha Vencimiento	26/06/2025		
		Plazo:	30 Días		
Paciente	ALFONSO MARINO RIVAS	Fecha Validacion Dian:	27/05/2025	Hora	03:32 PM
Identificación	4844586	Autorización Nº	3872		
Teléfono	3103986460-3104540323				

Diagnóstico E039 HIPOTIROIDISMO. NO ESPECIFICADO
Fecha Ingreso Fecha Egreso

LABORATORIOS (1)

			CANT	V.UNITARIO	TOTAL
903028	19722	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	1	68,400	68,400
903426	19522	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	82,500	82,500
903815	19237	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	1	37,900	37,900
903816	19241	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	1	44,700	44,700
903818	19242	COLESTEROL TOTAL	1	45,900	45,900
903868	19940	TRIGLICERIDOS	1	25,300	25,300
903895	19290	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	21,700	21,700
906610	19140	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	233,400	233,400
907009	19868	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESI	1	11,300	11,300
904904	19911	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	1	118,400	118,400
			SUBTOTAL		**$689,500**

#$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.7650790; felgomez@sena.edu.co#$

T O T A L B R U T O	**689,500.00**
TOTAL RECIBIDO DEL PACIENTE	**$0**
VALOR A PAGAR	**689,500.00**

SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS

Zulay Pérez

Elaboro **LIDER FACTURACIÓN (AUXILIAR)** **Recibí Factura: Nombre** **Firma** **C.C.** **Fecha**

SI ESTA FACTURA NO SE CANCELA DENTRO DEL PLAZO CONVENIDO, SE CAUSARAN LOS INTERES ORDENADOS POR LA LEY.

Generado por Ekisa S.A.S sistema Qurión®. Proveedor tecnológico Herramientas de gestión informática HGI S.A. S NIT 811021438-4

Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fech **24/05/2025 8:19:00AM** **Nº** 1904626

I D E N T I F I C
Paciente: ALFONSO MARINO RIVAS Edad: 81 Años
Identificación: 4844586 CC
Dirección: BARRIO ALFONSO LOPEZ CR 74 #100-59
Teléfono: 3104540323

FECHA DE INGRESO: 24/05/2025

FECHA DE EGRESO: 24/05/2025

CERTIFICO haber recibido los servicios que ofrece la IPS CLINICA DE URABA S.A. de cuyo registro queda constancia en mi historia clínica.

#Factura:

Administradora: SENA

Número de autorización:3872

Valor autorizado:

Generado por:

Valor a cargo del paciente:

Servicio autorizado: MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
-HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
-COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL
-COLESTEROL TOTAL
-TRIGLICERIDOS
-CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
-ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
-SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)
- HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

En caso de tratarse de un menor de edad o una persona impedida debe firmar el acudiente, en caso de no existir favor colocar huella digital (índice derecho).

Autorizo a la CLÍNICA DE URABÁ S.A., al tratamiento de mis datos personales según Ley 1581 de 2012 relacionada con la Protección de Datos Personales y la Resolución 1995 de 1999, los cuales serán utilizados en cumplimiento de las normas del Ministerio de Salud y Protección Social.

Autorizo el envio de información y documentos adjuntos relacionados a la atención de historia clinica al correo electrónico suministrado en mi información personal.

Válido sin sello según el Art. 24 Decreto 0019 del 2012 Ley Antitrámites

Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fech **24/05/2025 8:19:00AM** **Nº** 1904626

I D E N T I F I C
Paciente: ALFONSO MARINO RIVAS Edad: 81 Años
Identificación: 4844586 CC
Dirección: BARRIO ALFONSO LOPEZ CR 74 #100-59
Teléfono: 3104540323



ALFONSO MARINO RIVAS
Firma Paciente
Cedula 4844586

Firma Tutor o Responsabl
Cedula

CLINICA DE URABA
Firma Profesional
Regis 050450135901
tro
OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA

Impreso: 2025-05-08

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3872

Adscrito:	176411 - CLINICA DE URABA S.A
Dirección:	CLL 100E 111-78 APARTADO
Teléfono(s):	8282342 - 8281736
Especialidad:	CLINICAS Y HOSPITALES - CLINICAS Y HOSPITALES

HC: 4844586

Favor atender por nuestra cuenta a RIVAS ALFONSO MARINO identificado con el carne 39424166-B Madre-Padre de RIVAS GARCIA SANDRA OSIRIS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes De Laboratorio	1	0	0

OBSERVACIONES

907009 SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL-906610 ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA-903818 CT-903815 HDL-903816 LDL -903868 TG-903895 CREATININA-903426 GLICOSILADA-903026 MICROALBUMINURIA-904904 TSH

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

CLINICA DE URABA S.A
LABORATORIO CLINICO
NIT. 800058856

Cédula 4844586 **Muestra** 531 **Nº Orden** 3678155
Nombre ALFONSO MARINO RIVAS **Fecha Recepción** 24/05/2025 8:48:00AM
Sexo M **Edad** 81 A **Teléfono** 3104540323 **Fecha Resultado** 24/05/2025 10:47:00AM
Administradora SENA **Fecha Impresión** 27/05/2025 3:21:48PM
Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Servicio** CONSULTA AMBULATORIA

Analisis	Resultados	Unidad	Vr. Referencia
	3678155		
HORMONAS			
ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO			
RESULTADO PAS	4.8	ng/mL	
Menor de 4 (Niveles normales)			
Mayor o iagual a 4(Indica riesgo de cancer de prostata)			
METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	<0.1	µUI/mL	
Niños entre 1-6 años: 0,7 y 5,97 µUI/mL			
Niños entre 7-11 años: 0,6 y 4,84 µUI/mL			
Niños entre 12-18 años: 0,51 y 4,3 µUI/mL			
Adultos: 0,3 y 4,2 µUI/mL			
METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
PARASITOLOGIA			
SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	NEGATIVA		
METODO: MANUAL			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
QUIMICA			
COLESTEROL TOTAL			
COLESTEROL TOTAL	169	mg/dL	[0 - 200]
Interpretación Guía ATP III del NCEP			
Nivel Deseable: Menor de 200 mg/dL			
Nivel en Límite Alto: 200-239 mg/dL			
Nivel Francamente Elevado: Mayor de 240 mg/dL			
Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su Médico analizará individualmente			
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA			
Laura Piedrahita C.			
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD			
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	47	mg/dL	[40 - 60]

Este documento ha sido firmado electrónicamente por el profesional responsable

Impreso desde HP2210-0001-3:21:49 PM

CLINICA DE URABA S.A
LABORATORIO CLINICO
NIT. 800058856

Cédula 4844586 **Muestra** 531 **Nº Orden** 3678155
Nombre ALFONSO MARINO RIVAS **Fecha Recepción** 24/05/2025 8:48:00AM
Sexo M **Edad** 81 A **Teléfono** 3104540323 **Fecha Resultado** 24/05/2025 10:05:00AM
Administradora SENA **Fecha Impresión** 27/05/2025 3:21:48PM
Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Servicio** CONSULTA AMBULATORIA

Analisis		Resultados	Unidad	Vr. Referencia
Interpretación Guía ATP III del NCEP				
Bajo: Menor de 40 mg/dL				
Alto (Protector): Mayor de 60 mg/dL				
I.A.				
VALORES DE REFERENCIA				
RIESGOCORONARIO HOMBRE MUJER				
MITAD DEL PROMEDIO <3.5 <3.4				
PROMEDIO 3.5-5.0 3.4-4.5				
DOS VECES EL PROMEDIO 5.1-9.6 4.5-7.1				
TRES VECES EL PROMEDIO 9.7-24 7.2-11				
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
TRIGLICERIDOS				
TRIGLICERIDOS		87	mg/dL	[0 - 150]
Interpretación guía ATP III del NCEP				
Nivel Optimo: Menor de 150 mg/dL				
Limite: 150-199 mg/dL				
Alto: 200-499 mg/dL				
Muy Alto: Mayor de 500 mg/dL				
Los valores de referencia deben correlacionarse con factores de riesgo que su Médico analiza individualmente				
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL				
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	**	104.6	mg/dL	[79 - 100]
Este cálculo no es válido cuando el nivel de triglicéridos es >= 400 mg/dL.				
METODO: cálculo fórmula Friedewald				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		5.0	%	[4 - 6]
METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter				
Laura Piedrahita C.				
LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO Registro 1152220159				
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS				
CREATININA EN SUERO		0.86	/mg/dL/	

Este documento ha sido firmado electrónicamente por el profesional responsable

Impreso desde HP2210-0001-3:21:49 PM

CLINICA DE URABA S.A
LABORATORIO CLINICO
NIT. 800058856

Cédula 4844586 **Muestra** 531 **Nº Orden** 3678155
Nombre ALFONSO MARINO RIVAS **Fecha Recepción** 24/05/2025 8:48:00AM
Sexo M **Edad** 81 A **Teléfono** 3104540323 **Fecha Resultado** 24/05/2025 10:05:00AM
Administradora SENA **Fecha Impresión** 27/05/2025 3:21:48PM
Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Servicio** CONSULTA AMBULATORIA

Analisis	Resultados	Unidad	Vr. Referencia
Recién nacidos: creatinina de la madre			
0-3 años: 0.2-0.3 mg/dL			
4-7 años: 0.3-0.5 mg/dL			
8-10 años: 0.6-0.8 mg/dL			
11-13 años: 0.8-0.9 mg/dL			
Mujeres adultas: 0.8-0.9 mg/dL			
Hombres adultos: 0.9-1.2 mg/dL			
METODO: DETERMINACION COLORIMETRICA			

Laura Piedrahita C.

LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO
Registro 1152220159

MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA			
MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	15.2	mg/L	[0 - 30]
METODO: INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA (Finecare FIA Meter			

Laura Piedrahita C.

LAURA ISABEL PIEDRAHITA CARVAJAL
BACTERIOLOGIA Y LABORATORISTA CLINICO
Registro 1152220159

Este documento ha sido firmado electrónicamente por el profesional responsable

Impreso desde HP2210-0001-3:21:49 PM

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Consecutivo 13069 **Fecha** 06/05/2025 Nº 2229730

INFORMACION DEL PRESTADOR (SOLICITANTE)

Nombre CLINICA DE URABA S.A **Nit** 800058856 **Código** 050450135901
Dirección DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ) **Teléfono** 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Departament 05-ANTIOQUIA **Municipio** 05045-APARTADO

ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA (PAGADOR)

SENA **CÓDIGO** PEC001

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos RIVAS **Nombres** ALFONSO MARINO **Tipo Identificación** CC
Número Identificación 4844586 **Dirección** BARRIO ALFONSO LOPEZ CR 74 #100-59
Teléfono 3103986460 / 3104540323 **Fecha Nacimiento** 02/08/1943
Departamento ANTIOQUIA **Municipio** APARTADO

COBERTURA DE SALUD Contributivo

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de servicio solicitado Servicios electivos **Prioridad de la atención** Prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorizacion Consulta Externa

Servicio **Cama**

Manejo integral según la Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
881302	1	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FL
890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
903028	1	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA
903426	1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
903815	1	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
903816	1	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL
903818	1	COLESTEROL TOTAL
903868	1	TRIGLICERIDOS
903895	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
906610	1	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
907009	1	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA)

Justificación Clínica

PACIENTE QUIEN CONSULTA EN EL MES DE FEBRERO 2025 YA QUE SUFRIO AL PARECER SINCOPE CON TEC LEVE, SE ORDENAN PARACLINICOS PARA DESCARTAR FOCOS DE SINCOPE Y POR LA EDAD SE ORDENA TAC DE CRANEO SIMPLE, ADICIONAL A ESTO EN EL MES DE JULIO 2024 REALIZAN AJUSTA DE LEVOTIROXINA PERO NO SE HA REALIZADO CONTROL PARACLINICO POR LO QUE SE ORDENA EL MISMO, HOY ACUDE A REVISIÓN DONDE SE EVIDENCIA ENFERMEDAD ESCLEROTICA CAROTIDEA SEVERA, POR LO QUE SE ORDENAN MANEJO CON ESTATINAS, PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS Y CONTROL CON RESULTADOS CON MEDICINA INTERNA.

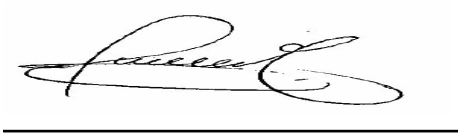
PLAN
- ROSUVASTATINA 40 MG + EZETIMIBE 10 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA POR 3 MESES
- SE SOLICITA PERFIL LIPIDICO, HB GLICOSILADA, CREATININA, MICROALBUMINURIA, HB HUMANA ESPECIFICA EN MATERIAL FECAL, PSA Y ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL.
- VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA CON RESULTADOS.
- RECOMENDACIONES GENERALES.

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Impresión Diagnóstica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	I652	OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CAROTIDA
Diagnóstico Relacionado		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO
Cargo o actividad	MEDICO GENERAL
Indicativo	
Teléfono	6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Teléfono celular	



No Registro 1037645259

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Consecutivo 13070 **Fecha** 06/05/2025 Nº 2229730

INFORMACION DEL PRESTADOR (SOLICITANTE)

Nombre	CLINICA DE URABA S.A	**Nit**	800058856 **Código** 050450135901
Dirección	DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ)	**Teléfono**	6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Departament	05-ANTIOQUIA	**Municipio**	05045-APARTADO

ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA (PAGADOR)

SENA **CÓDIGO** PEC001

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos	RIVAS	**Nombres**	ALFONSO MARINO **Tipo Identificación** CC
Número Identificación	4844586	**Dirección**	BARRIO ALFONSO LOPEZ CR 74 #100-59
Teléfono	3103986460 / 3104540323	**Fecha Nacimiento**	02/08/1943
Departamento	ANTIOQUIA	**Municipio**	APARTADO

COBERTURA DE SALUD Contributivo

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de servicio solicitado Servicios electivos **Prioridad de la atención** No Prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorizacion Consulta Externa

Servicio **Cama**

Manejo integral según la Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
890301	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

Justificación Clínica

PACIENTE QUIEN CONSULTA EN EL MES DE FEBRERO 2025 YA QUE SUFRIO AL PARECER SINCOPE CON TEC LEVE, SE ORDENAN PARACLINICOS PARA DESCARTAR FOCOS DE SINCOPE Y POR LA EDAD SE ORDENA TAC DE CRANEO SIMPLE, ADICIONAL A ESTO EN EL MES DE JULIO 2024 REALIZAN AJUSTA DE LEVOTIROXINA PERO NO SE HA REALIZADO CONTROL PARACLINICO POR LO QUE SE ORDENA EL MISMO, HOY ACUDE A REVISIÓN DONDE SE EVIDENCIA TSH BAJA POR LO QUE SE AJUSTA MANEJO DE LA LEVOTIROXINA Y SE ORDENA CONTROL EN 2 MESES.
SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y A SU ACOMPAÑANTE, DICEN ENTENDER.

PLAN
- LEVOTIROXINA 150 MCG, TOMAR UNA TABLETA EN AYUNAS DE LUNES A VIERNES, DESCANSAR SABADO Y DOMINGO POR 2 MESES.
- CONTROL CON MEDICINA GENERAL EN 2 MESES, TOMAR TSH UNA SEMANA ANTES DE LA REVISIÓN, SOLICITE CITA. (**********TOMAR EXAMENES Y SOLICITAR CITA PARA FINAL DEL MES DE JUNIO**********)
- RECOMENDACIONES GENERALES.

Impresión Diagnóstica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	E039	HIPOTIROIDISMO. NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO
Cargo o actividad MEDICO GENERAL
Indicativo
Teléfono 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Teléfono celular



No Registro 1037645259