

13435 RV: Valoracion de apoyo

Juzgado 12 Familia - Valle Del Cauca - Cali <j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mié 09/11/2022 12:08

Para: Julia Saavedra Madrid <jsaavedm@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Andrea Roldan Noreña <aroldann@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

VALORACION DE APOYO SEÑOR NICOMEDES.pdf; oficio de acuso de recibo.pdf;



JUZGADO DOCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CALI

 (2) 8986868 Ext.2122/2123

 j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Cra.10 No.12-15 Piso 8° Torre B Palacio de Justicia "Pedro Elías Serrano Abadía"

De: Edgar Calderon <Edcalderon@defensoria.gov.co>

Enviado: miércoles, 9 de noviembre de 2022 11:56

Para: Juzgado 12 Familia - Valle Del Cauca - Cali <j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RV: Valoracion de apoyo

Valoración de apoyo

Cordialmente

ANDRES CALDERON ORTIZ
Defensoria del Pueblo
Regional Valle

De: Edgar Calderon

Enviado: lunes, 7 de noviembre de 2022 8:36 p. m.

Para: j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co <j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: Valoracion de apoyo

Remito documento (valoración de apoyo)

Cordialmente

ANDRES CALDERON ORTIZ
Defensoria del Pueblo
Regional Valle



INFORME DE VALORACIÓN DE APOYO
LEY 1996 DE 2019

NOTA: EL PRESENTE FORMATO ES DILIGENCIADO MEDIANTE SOLICITUD PREVIA A LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO VALLE Y POSTERIOR CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LAS PARTES.

Solicitado por: (Persona con discapacidad o tercero) (Esposo) Rubiela Guaca Potosi		Fecha: Agosto 31 de 2022
Relación con la persona con discapacidad: Esposa.		
Elaborado por: (Nombre del funcionario que lleva a cabo la valoración) Edgar Andres Calderon Ortiz.		
Número de encuentros realizados: 1		
Nombre completo de la persona con discapacidad: Nicomedes Muñoz Pampo		
Número de documento de identidad: 94414702		
Fecha de nacimiento: Agosto 25 de 1971	Lugar de nacimiento: (municipio, departamento) El Tambo (Cauca)	
Dirección de residencia: Calle 7 #16142. "Yumbo"	Teléfonos de contacto: 3116490394 Correos electrónicos de contacto: jamunoz24706@gmail.com	
Personas con quienes vive el o la titular del acto (nombres completos y parentesco) El señor Nicomedes vive con esposa y los tres hijos		

¿Se solicita directamente por la persona con discapacidad? (SI/ NO): No
¿Se ha seleccionado un mecanismo de formalización? (SI/ NO) ¿CUAL?: SI Abjudicación de apoyo transitorio
¿Se solicita en el marco de un proceso judicial? (SI/ NO): SI,
¿La persona con discapacidad acude directamente al proceso judicial? (SI/ NO): SI
Si acude un tercero, ¿Quién es esa persona? ¿Qué relación la une con la persona con discapacidad? Rubiela Guaca Potosi (Esposa)

La persona con discapacidad se encuentra o no "absolutamente imposibilitada para manifestar su voluntad y preferencias por cualquier modo, medio o formato posible" como lo ordena el artículo 38 de la Ley 1996 de 2019. (SI/ NO): El usuario responde a las preguntas que se le hace.
¿Por qué está absolutamente imposibilitada? No, El señor Nicomedes puede entablar conversación y responde a las preguntas



INFORME DE VALORACIÓN DE APOYO
LEY 1996 DE 2019

Tipo de discapacidad de la persona titular del acto: Enfermedad de Alzheimer no especificada

Esquizofrenia indolfernuada

Física		Visual		Auditiva	
Sordoceguera		Intelectual/cognitiva		Mental/Psicosocial	X
Múltiple					

Formas de comunicación y apoyos que requiere para comunicarse:

Se tiene la entrevista en la sede de la Defensoría del Pueblo

¿Qué acciones se llevaron a cabo para establecer que no puede expresar su voluntad o preferencias por cualquier modo, medio o formato?:

Al señor Nicomedes se le hicieron una serie de preguntas y las contesto todas.

La persona con discapacidad se encuentra o no "imposibilitada para ejercer su capacidad jurídica y esto conlleve a la vulneración o amenaza de sus derechos por parte de un tercero" como lo ordena el artículo 13 de la Ley 1996 de 2019. (SI/ NO): SI.

En caso de que sea posible entablar una comunicación directa con la persona con discapacidad informar lo siguiente:

a) Principales decisiones y logros:

b) Principales deseos y proyectos a futuro :

En caso de que no sea posible entablar una comunicación directa con la persona con discapacidad

a) ¿Por qué se optó por este informe? ¿Por qué no fue posible entablar una comunicación directa con la persona con discapacidad? :

El presente informe lo requiere el juzgado
de familia
según: Auto N° 1832.
Rodrigo: 76001311070 2012-00554-00

DECISIONES O POSIBLES ACTOS JURIDICOS QUE REQUIEREN O QUE SE REQUIEREN DEBEN SER FORMALIZADOS A TRAVES DE LA SENTENCIA JUDICIAL.

Tipo de apoyo	Necesidad de apoyo	Personas de apoyo
Facilitar la comprensión de los actos jurídicos y sus consecuencias por parte de la persona con discapacidad.	SI	Rubielio Guara. (Esposo)
Facilitar la manifestación de la voluntad y las preferencias por parte de la persona con discapacidad.	SI	Rubielio Guara. (Esposo)
Representar a la persona en determinados actos cuando ella o cuando el juez así lo decidan.	SI	Rubielio Guara (Esposo)
Interpretar la voluntad y las preferencias cuando la persona no pueda manifestar su voluntad.	SI	Rubielio Guara (Esposo)
Honar y hacer valer la voluntad de la persona en decisiones establecidas en directivas anticipadas	SI	Rubielio Guara (Esposo)
Otro ¿Cuál?		

¿Sugerencias de ajustes razonables? (SI/ NO):

Situación actual de la autonomía en la toma de decisiones:

(No)



INFORME DE VALORACIÓN DE APOYO
LEY 1996 DE 2019

Medidas que debe tomar la persona para promover su autonomía en la toma de decisiones:

Ruquino Personero de Apoyo

Medidas que debe tomar la familia o la red de apoyo para promover la autonomía en la toma de decisiones de la persona con discapacidad:

Ruquino Personero de Apoyo

Dificultades y observaciones encontradas:

Lo esposo debe intervenir yo que el señor toma medicamentos para controlar su estado de ansiedad.

Ruquino Personero de Apoyo

Rubielita Guaca P.

FIRMA EL TITULAR DEL ACTO

FIRMA DE QUIEN REALIZA EL APOYO



OPORTUNIDAD DE VIDA - CALI

NIT 900438792

CRA 30A 6-52 Barrio EL CEDRO - TELS: 3167014481 - FAX: 3877800 - MAIL:
Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Jueves, 21-Abr-2022

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7s - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 94414702

CC 94414702

MUNOZ CAMPO NOCOMEDES

Mas, 50 Años (25-Ago-1971)

Afiliación a seguridad social - Regimen: Contributivo Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS - Nivel: Número de afiliación:

Facturacion con cargo a: Regimen: Contributivo Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS Nivel: NIVEL CERO

Estado civil: Casado - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Etnia: Mestizo (Indígena-Blanco), Residencia: CLL 7 16 42 YUMBO - Teléfono: 3116490394, Barrio: Charco Azul (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 13, Zona:

Oriente - Municipio: [76001] Santiago de Cali

En caso de urgencia avisar a: P (P) - Dirección: P - Teléfono:

Apertura HISTORIA CLINICA DE PSIQUIATRIA del 20-Abr-2022

05:35 pm: 50 Años

Id: 86931

MOTIVO DE CONSULTA

TELECONSULTA

Nota en el servicio de consulta externa; elaborada de forma virtual, con escucha por medio telefónico; en el marco de la contingencia nacional, en el protocolo de las medidas de protección (salubridad e higiene) establecidas por el gobierno nacional en el marco de la emergencia por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) - Coronavirus 2019 (COVID-19) - estado de emergencia de acuerdo al artículo 215 de la constitución política, y bajo lineamientos de resolución 380 de 2020, Resolución 385 del 12 de marzo del 2020, Resolución 000380 de 10 de marzo 2020, Resolución No 470 del 20 de marzo de 2020

ENFERMEDAD ACTUAL

NOMBRE: NICOMEDES MUÑOZ

EDAD 50 AÑOS.

O/P / YUMBO.

ESTADO CIVIL CASADO

OCUPACION : HOGAR.

ESCOLARIDAD. BACHILLER COMPLETO

IDX: ESQUIZOFRENIA NDIFERENCIADA. F203

TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

F203 ESQUIZOFRENIA IDIFERENCIADA -

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD CON DX DEFICIT COGNITIVO, ACTUALMENTE PACIENTE CON MEJORIA DE SU CUADRO INICIAL, ESTABLE EMOCIONALMENTE SIN IDEAS DE AUTOHETEROAGRESION, PRESENTA LENGUAJE FLUIDO Y CLARO, ORIENTADO GLOBALMENTE, PRESENTA BUEN PATRON DE SUEÑO, NO DESPLIEGA IDEAS DE AUTO-HETEROAGRESION DURANTE LA ENTREVISTA, POR LO QUE SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA. NUEVO CONTROL POR PSIQUIATRIA EN 90 DIAS.

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFERIDO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NO REFERIDO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NO REFERIDO

** EXAMEN MENTAL **

Porte y Actitud:: LA INFOACION LA GENERAL LA ESPOSA QUOEN ES LA ENCARGADA DEL CONTROL

** PARACLINICOS **

Paraclínicos:: ..

** RIESGO **

Riesgo:: BAJO

** EXAMEN MENTAL **

Conducta Motora:: .

Afecto:: .

Pensamiento:: .

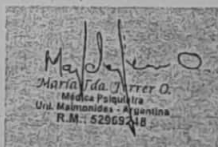
Sensopercepción: .

Sensorio:: ..

Lenguaje:: .

Sueño: .

Juicio:: .



PROFESIONAL: [PQ18] PSQU - MARIA FERNANDA FERRER OROZCO -

Registro: 52969248 - Especialidad: PSIQUIATRIA

[760010826004] SAN FERNANDO

**Evolución del 20-Abr-2022 05:35 pm: 50 Años

Id: 188527

PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON DX ANTES DESCRITO DE DX DE LARGA DATA ATENDIDO POR TELEOCNUSLTA QUIEN EN EL MOMENTO , SE EVIDENCIA ESTABILIDAD CLINICA, CICLOS BIOLOGICOS CONSERVADOS Y ADHUCUADA ADHERENCIA AL TRATAMEITNO , ESTACIONARIO EN SU CONDICION , SE APORTA PRESCRIPCION DE BASE, SE BRINDA PSICOEDUCACION Y RECOMENDACIONES GENERALES , SE DA ORDEN DE CITA CONTROL CON PSIQUIATRA EN 3 MESES

TRATAMIENTO:

RISPERIDONA TABLETA 2 MG CADA NOCHE, 8 PM.

ACIDO VALPROICO TABLETA 250 MG CADA 12 HORAS.

SERTRALINA TABLETA 50 MG CADA MAÑANA 8AM.

LEVOMEPROMAZINA GOTAS TOMAR 3 GOTAS CADA NOCHE, 8 PM.

CONTROL POR PSIQUIATRIA EN 3 MESES.

EVOLUCIÓN

RECOMENDACIONES:

ASISTIR A LOS CONTROLES DE PYP , SE DERIVA A PROGRAMAS DE PYP ACORDES A SU EDAD Y EPS,



OPORTUNIDAD DE VIDA - CALI

NIT 900438792

CRA 30A 6-52 Barrio EL CEDRO - TELS: 3167014481 - FAX: 3877800 - MAIL:
Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Jueves, 21-Abr-2022

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7s - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 94414702

CC 94414702

MUNOZ CAMPO NOCOMEDES

Mas, 50 Años (25-Ago-1971)

Facturacion con cargo a: Regimen: Contributivo Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS Nivel: NIVEL CERO

EVOLUCIÓN

RECUERDE LOS CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE COMO ALIMENTACION SANA, ACTIVIDAD FISICA E HIGIENE DEL SUEÑO. MANTENER UNA BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PROPUESTO, SOLICITAR LA CITA DE CONTROL MINIMO DOS SEMANAS ANTES DE LA FECHA CORRESPONDIENTE, LLEGAR PUNTUAL EL DIA DE LA CITA PARA SU RESPECTIVA FACTURACION, APORTAR LA HISTORIA CLINICA PREVIA Y LOS PARACLINICOS QUE TENGA PENDIENTES.

ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA MAS DE 3 DIAS SIN LOGRAR CONCILIAR EL SUEÑO A PESAR DEL USO DE MEDICAMENTOS CON EFECTO HIPNOTICO, SI EL LA PRIMERA VEZ QUE ESCUCHA VOCES QUE SOLO EL PACIENTE PUEDE ESCUCHAR, O SON VOCES QUE LE DAN ORDENES O MENSAJES DE CONTENIDO NEGATIVO (ALUCINACIONES, AUDITIVAS IMPERATIVAS "HACERCE DAÑO O CAUSARLE DAÑO A ALGUIEN MAS"), SI ES LA PRIMERA VEZ QUE PRESENTA ALUCINACIONES VISUALES, DEL OLFATO, TACTO, GUSTO O IDEAS EXTRAÑAS NO COMPARTIDAS POR LOS DEMAS (DELIRIOS), SI HAY CAMBIOS SUBITOS EN EL COMPORTAMIENTO CON CONDUCTAS BIZARRAS, CONDUCTAS DE HETEROAGRESION, SI HAY PRESENCIA DE IDEAS SUICIDAS O GESTOS DE AUTOAGRESION, INTOLERANCIA / EFECTOS ADVERSOS A LOS MEDICAMENTOS COMO EXTRAPIRAMIDALISMO, ENTRE LAS DEMAS RECOMENDACIONES MENCIONADAS EN LA CONSULTA.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010826003-DPS-88486

Principal de consulta: [F209] ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA -

Confirmado repetido

Servicio de egreso: 1001 CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA

En internación

No se hicieron Remisiones

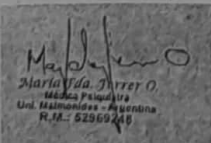
Orden médica: 760010826003-OMED-43131, 20-Abr-2022

- LEVOMEPRIMAZINA (EQ. A 4%) SOLUCION ORAL 40 MG/ML/20 ML, SOLUCIÓN ORAL, #1, ORAL, 1 Cada 24 horas
 - RISPERIDONA 2MG TABLETAS, TABLETA O CAPSULA, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas
 - SERTRALINA 50 MG TABLETAS, TABLETA O CAPSULA, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas
 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
- Observaciones: 90 DIAS

Documento de venta asociado

DPS-88486

Contributivo: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS



PROFESIONAL: [PQ18] PSIQU - MARIA FERNANDA FERRER OROZCO -

Registro: 52969248 - Especialidad: PSIQUIATRIA

[60010826004] SAN FERNANDO



OPORTUNIDAD DE VIDA SAS - NIT 90.043.8792-0
DUPLICADO DE FORMULA MÉDICA 43131

Miércoles, 20-Abr-2022 05:36 pm

RECLAMAR EL 20-Abr-2022 00:00 am

R-FAST 8.7s - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 2

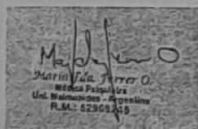
Historia: 94414702 Id: CC 94414702 Usuario: MUNOZ CAMPO NOCOMEDS Masculino 50 Años
Dirección: CLL 7 16 42 YUMBO Teléfonos: 3116490394 Trabajo: Avisar a: Fecha nacimiento: 25.08.1971
Dpto: VALLE DEL CAUCA Municipio: Santiago de Cali Barrio: Charco Azul
Regimen: Contributivo Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS - Nivel: CATEGORIA A Numero de afiliación:
Facturado a: Contributivo Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS Nivel: NIVEL CERO
Ambito: Ambulatorio Centro producción: 1001-CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA Documento de venta: 760010826003-DPS-88486
Diagnóstico C_PPAL: F209. ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA.

Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS - Nivel: CATEGORIA A
PROCEDIMIENTOS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
1 UN	[890384] Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Psiquiatria

Observaciones: 90 DIAS

OBSERVACIONES GENERALES: RISPERIDONA TABLETA 2 MG CADA NOCHE. 8 PM.
ACIDO VALPROICO TABLETA 250 MG CADA 12 HORAS.
SERTRALINA TABLETA 50 MG CADA MAÑANA 8AM.
LEVOMEPRIMAZINA GOTAS TOMAR 3 GOTAS CADA NOCHE. 8 PM.



[PQ18] PSQU - MARIA FERNANDA FERRER OROZCO
Reg. Prof: 52969248
SAN FERNANDO

ENTREGADO POR

R-FAST 8.7s

MUNOZ CAMPO NOCOMEDS
CC 94414702
FORMULA MÉDICA 43131 - Pág 1 de 2



OPORTUNIDAD DE VIDA - CALI

NIT 900438792

CRA 30A 6-52 Barrio EL CEDRO - TELS: 3167014481 - FAX: 3877800 - MAIL:

Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Jueves, 21-Abr-2022

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7s - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 1107514214

CC 1107514214

MUNOZ GUACA KEVIN ALEJANDRO

Mas, 24 Años (16-Oct-1997)

Facturacion con cargo a: Regimen: Contributivo Empresa: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS Nivel: NIVEL CERO

EVOLUCIÓN

FECHA CORRESPONDIENTE, LLEGAR PUNTUAL EL DIA DE LA CITA PARA SU RESPECTIVA FACTURACION, APORTAR LA HISTORIA CLINICA PREVIA Y LOS PARACLINICOS QUE TENGA PENDIENTES.

ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA MAS DE 3 DIAS SIN LOGRAR CONCILIAR EL SUEÑO A PESAR DEL USO DE MEDICAMENTOS CON EFECTO HIPNOTICO, SI EL LA PRIMERA VEZ QUE ESCUCHA VOCES QUE SOLO EL PACIENTE PUEDE ESCUCHAR, O SON VOCES QUE LE DAN ORDENES O MENSAJES DE COTENIDO NEGATIVO (ALUCINACIONES AUDITIVAS IMPERATIVAS "HACERCE DAÑO O CAUSARLE DAÑO A ALGUIEN MAS"), SI ES LA PRIMERA VEZ QUE PRESENTA ALUCINACIONES VISUALES, DEL OLFATO, TACTO, GUSTO O IDEAS EXTRAÑAS NO COMPARTIDAS POR LOS DEMAS (DELIRIOS), SI HAY CAMBIOS SUBITOS EN EL COMPORTAMIENTO CON CONDUCTAS BIZARRAS, CONDUCTAS DE HETEROAGRESION, SI HAY PRESENCIA DE IDEAS SUICIDAS O GESTOS DE AUTOAGRESION, INTOLERANCIA / EFECTOS ADVERSOS A LOS MEDICAMENTOS COMO EXTRAPIRAMIDALISMO, ENTRE LAS DEMAS RECOMEDACIONES MENCIONADAS EN LA CONSULTA.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 760010826003-DPS-88500

Principal de consulta: [F209] ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA -

Confirmado repetido

Servicio de egreso: 1001 CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA

En internación

No se hicieron Remisiones

Orden médica: 760010826003-OMED-43133, 20-Abr-2022

- ACIDO VALPROICO TABLETA 250 MG, TABLETA O CAPSULA, #180, ORAL, 1 Cada 12 horas

- CLOZAPINA 100MG TABLETAS, TABLETA O CAPSULA, #360, ORAL, 2 Cada 12 horas

- SERTRALINA 50 MG TABLETAS, TABLETA O CAPSULA, #90, ORAL, 1 Cada 24 horas

- PIPOTIAZINA 25 MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE, SOLUCIÓN INYECTABLE, #6, IM, 1 Cada 15 días

- CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Observaciones: 90 DIAS

Documento de venta asociado

DPS-88500

Contributivo: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS



PROFESIONAL: [PQ18] PSQU - MARIA FERNANDA FERRER OROZCO -
registro: 52969248 - Especialidad: PSIQUIATRIA
760010826004] SAN FERNANDO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **94.414.702**

MUÑOZ CAMPO

APELLIDOS **NICOMEDES**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-AGO-1971**

EL TAMBO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-NOV-1992 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3100100-00254720-M-0094414702-20100910 0023848081A 1 3190928507

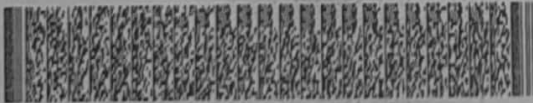
REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **25.395.466**
 GUACA POTOSI
 APELLIDOS
RUBIELA
 NOMBRES
Rubielita Guaca P
 FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1975**
EL TAMBO
 (CAUCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 **B+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-1994 EL TAMBO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRO NACIONAL
 JUAN CARLOS GARCIA VACA



A-3112100-00887052-F-0025395466-20170304 0054075063A 2 3054314275