

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.034.521.167

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43772414

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="text" value="25"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	Z	D
--	---	--	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

PAÍS - DEPARTAMENTO - MUNICIPIO - CORREGIMIENTO o/o INSPECCIÓN DE POLICÍA
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.*****

Datos del inscrito

Primer Apellido GOMEZ*****		Segundo Apellido RODRIGUEZ*****	
Nombre(s) JUAN SEBASTIAN*****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año <input type="text" value="2011"/>	Mes <input type="text" value="MAR"/>	Día <input type="text" value="13"/>	MASCULINO*****
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)		Factor RH	"O"*****
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.*****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO*****	Número certificado de nacido vivo 10549157-9*****
--	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ PARRA KELLY JOHANNA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDELA DE CIUDADANIA 1.032.413.403*****	COLOMBIANA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GOMEZ GONZALEZ JOSE RODOLFO*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDELA DE CIUDADANIA 91.506.637*****	COLOMBIANA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GOMEZ GONZALEZ JOSE RODOLFO*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDELA DE CIUDADANIA 91.506.637*****	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo

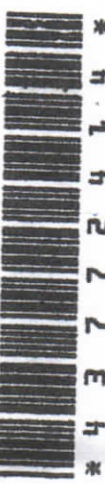
Apellidos y nombres completos *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****


Fecha de inscripción

Año <input type="text" value="2011"/>	Mes <input type="text" value="ABR"/>	Día <input type="text" value="11"/>
---------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

Nombre y firma del funcionario que autoriza
LIZIVIA CONSTANZA BARBOSA PLATA**
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



 **Cooameva** | Medicina Prepagada

PLATA JOVEN

784
RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN SEBASTI
PLAN
ASOCIADO 100 STEV BARR
42282 1034521167
FECHA DE NACIMIENTO: 2011/03/13 INICIA: 2012/03/15

Ministerio de Salud y Protección Social

4043

Módulo 10019887

Línea de atención al cliente:
01 8000 931 666
Cali: (2) 524 24 42, Bogotá: (1) 593 42 70
Barranquilla: (5) 368 34 34, Medellín: (4) 514 91 80

Esta tarjeta es propiedad de Cooameva Medicina Prepagada S.A. y su utilización está condicionada al contrato suscrito entre el Contratante y Cooameva Medicina Prepagada S.A. El uso de esta tarjeta es personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción el Contratante será el único responsable por el uso indebido que se haga de ella hasta tanto Cooameva Medicina Prepagada S.A. reciba la correspondiente notificación escrita.

Si usted encuentra esta tarjeta le agradecemos devolverla a la Oficina de Cooameva Medicina Prepagada S.A. más cercana.