

Octavio Manuel Guerrero Saenz
NIT 74.241.305-4
Carrera 9 # 14-08 / Funeraria San Juan
Tel: 3107637790
Moniquirá - Colombia
funerariasnjuan@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. 579

Señores	MUNICIPIO DE MONIQUIRA		
NIT	800.099.662-3	**Teléfono**	(608) 7281650
Dirección	Calle 18 # 4-53 Edificio Municipal	**Ciudad**	Moniquirá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	31/12/2025, 11:09
Expedición	31/12/2025, 11:09
Vencimiento	31/12/2025

Ítem	Descripción	Código	Cantidad	Unidad de medida	Vr. Total
1	Servicios funerarios	33	1.00		14,260,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Catorce millones doscientos sesenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación $ 14,260,000.00

Total Bruto	14,260,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	14,260,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764093192349 aprobado en 20250516 prefijo desde el número 501 al 999 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 9603 Pompas fúnebres y actividades relacionadas Tarifa
CUFE: 89b24c656a243dc19bb5d22f4b7ca0f5598168212224248dcc3d9d4fb66717a55fe9bc9c357efd1499b06bf08e5638bb

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

Razón social: OCTAVIO MANUEL GUERRERO SAENZ **Identificación:** CC-74241305 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2025-12-10 **Período pensión:** 2025-12 **Período salud:** 2025-12 **Clase de planilla:** Asistida	**Sin pagar**

REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
8643995442	1	$405.800	2026-01-05	Lista para pago en banco
8643995442	1	$406.200	2026-01-06	Lista para pago en banco

Ver Resumen
Descargar Detallado

...os realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente día hábil.

Puntos de Recaudo:

Scotiabank COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	10/12/2025
Hora	15:25:52
Terminal	344576
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
Cod. Convenio	0407
Referencia	8643995442
Valor	$405,800
Transaccion	001299306283
Usuario	EDIMER SUAREZ GUERRERO

Línea de atención personalizada en Bogotá: 601 3487877 Resto del País: 01 8000 960 505
Aquí también puede pagar su tarjeta de credito Y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZON SOCIAL	OCTAVIO MANUEL GUERRERO SAENZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-74241305
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-74241305
NOMBRE EMPLEADO	OCTAVIO MANUEL GUERRERO SAENZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	SINARL
NUMERO PLANILLA	8639272174
REFERENCIA PAGO(PIN)	8643995442
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2025-12
PERIODO SALUD	2025-12
TIPO COTIZANTE	Independiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	0
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.423.500	0,1600000	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G.		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.423.500	0,1250000	$ 178.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
0	0	0,0000000	$ 0	0

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0.0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0.0000000	$ 0	0.0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 405.800

INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO 089 DE 2025

CONTRATISTA:

OCTAVIO MANUEL GUERRERO SAENZ

NIT: 74.241.305-4

PERIODO: 26/03/2025 AL 31/12/2025

5

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) LUIS ALBERTO CORREDOR CORREDOR

FECHA DE DEFUNCIÓN: 14/05/2025

ITEM	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	TRASLADO DEL CUERPO DENTRO DEL PERIMETRO URBANO Y EN ÁREA RURAL	1	$ 150,000	$ 150,000
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	COFRE FUNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,030,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25054520115480

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-05-14	01:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	17012477

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CORREDOR	CORREDOR	LUIS	ALBERTO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1014298788

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GUZMAN	ACOSTA	LEIDY	DANIELA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1014298788

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-05-14	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-05-14 01:37

Código verificación: EED9-B3A8-A99D-6FD9

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	17012477
NOMBRES	LUIS ALBERTO
APELLIDOS	CORREDOR CORREDOR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	13/05/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:54:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

23

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) JOSE ARIVELSO RUNZA MENDIETA

FECHA DE DEFUNCIÓN: 05/06/2025

ITEM DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 880,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2506232013739 9

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Rural Disperso	

TIPO DE DEFUNCION	FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-06-05	02:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACION DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1055962701

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RUNZA	MENDIETA	JOSE	ARIVELSO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1020731732

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SALAMANCA	BELLO	JULIET	CATALINA

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1020731732

LUGAR DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOYACÁ	TUNJA

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
2025-06-07	Dra. Juliet Salamanca Bello R.M. 1020731732 Médico General - F.U.S.M.

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-06-07 19:06

Código verificación: AF27-A513-2780-42C9

25

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1055962701
NOMBRES	JOSE ARIVELSO
APELLIDOS	RUNZA MENDIETA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/11/2019	04/06/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:56:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

26

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) NAHIA ISABELLA RUIZ SANCHEZ
FECHA DE DEFUNCIÓN: 13/06/2025

ITEM ACEPTACIÓN DE OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
2	TRASLADO DEL CUERPO DEPARTAMENTAL	1	$ 280,000	$ 280,000
5	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PEQUEÑO DE 40 A 70 CM: - COFRE LABRADO EN MADERA -	1	$ 130,000	$ 130,000
6	SALA DE VELACIÓN 24 HORAS - ARREGLO FLORAL - SERIAL DE CARTELES - SERVICIO DE CAFETRIA - COCHE FÚNEBRE	1	$ 600,000	$ 600,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,010,000

UN MILLÓN DIEZ MIL PESOS M/CTE

COMPROBANTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 10730757

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría		Notaría	1	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	E 4 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-BOYACA-MONIQUIRA - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

RUIZ SANCHEZ NAHIA ISABELLA - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
NUIP 1250248483 de TUNJA	Femenino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-BOYACA-TUNJA -

Fecha de la defunción										Hora	Número de certificado de defunción
Año	2	0	2	5	Mes	J	U	N	Día 1 3	14:25	25068520142962

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia					
	Año	X X X X	Mes	X X X	Día	X X
X.X.X.X.X.X.X						

Documento presentado				Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial		Certificado Médico	X	RODRIGUEZ GIL ANA MARIA-RM 19-618/99

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

MEZA VELA JEFFERSON ANTONIO

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1099206100 de BARBOSA - - - - - -	Jefferson Antonio MEZA

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

- -

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

- -

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

Fecha de inscripción									*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año	2	0	2	5	Mes	J	U	N	Día 1 6	JORGE ANDRES GALLO MENESES

ESPACIO PARA NOTAS

NDA COPIA PARA EL USUARIO

28

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25068520142962

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-06-13	14:25:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Registro civil	1250248483

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RUIZ	SANCHEZ	NAHIA	ISABELLA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	40037530

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	GIL	ANA	MARIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	19-618/99

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOYACÁ	TUNJA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-06-13	

Código verificación: CE80-938D-B474-B0D2

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-06-13 17:56

29

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE
Adhesivo Copia
Registro Civil
38820143-9

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1250248483

Indicativo Serial 240010490

240010490

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código A M S

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOYACA - TUNJA TUNJA-CLINICA MEDILASER S.A.S. SUCURSAL TUNJA ****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ **********	SANCHEZ **********

Nombre(s)

NAHIA ISABELLA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAY Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - BOYACA - TUNJA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	25054610162202 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indicaron los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ MORA GLORIA ESPERANZA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1054682293 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indicaron los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RUIZ ROBLES FREDWIN **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1054680589 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUIZ ROBLES FREDWIN **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1054680589 **********	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes MAY Día 22	JAIME LEONARDO CAMARGO RAMIREZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NÚMERO DE PREPARACIÓN 11904762

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.054.682.293
SANCHEZ MORA

APELLIDOS
GLORIA ESPERANZA

NOMBRES

Gloria Sanchez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1996
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

03-ABR-2014 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-0715000-01330093-F-1054682293-20230915 0136337646G 1 8509507588

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 29/12/2025

Ficha: 15469018563700003157

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **GLORIA ESPERANZA**

Apellidos: **SANCHEZ MORA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1054682293**

Municipio: **Moniquirá**

Departamento: **Boyacá**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/02/2023

Última actualización ciudadano: 02/02/2023

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) MARIA PRISCILA ESPITIA BELTRAN
FECHA DE DEFUNCIÓN: 18/06/2025

ITEM DE LA ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000
6	SALA DE VELACIÓN 24 HORAS - ARREGLO FLORAL - SERIAL DE CARTELES - SERVICIO DE CAFETRIA - COCHE FÚNEBRE	1	$ 600,000	$ 600,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,300,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25061420146864

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-06-18	05:05:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23777764

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESPITIA	BELTRAN	MARIA	PRISCILA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1121964312

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MELO	SIERRA	NICOLAS	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1121964312

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
META	VILLAVICENCIO

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-06-18	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-06-18 07:41

Código verificación: DB48-E171-6F1A-DC0D

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.777.764
ESPITIA BELTRAN
APELLIDOS
MARIA PRISCILA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1946
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-1976 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0710000 00179613-F-0023777764-20030919 0016256530A 1 2770815C

El tipo de identificación: **Cédula de Ciudadanía**, con el número de documento**23777764**. **NO** se encuentra en la base del Sisbén IV

© 2021 - Consulta categoria

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Registro Válido

Fecha de consulta: 18/06/2025

Ficha: 15469038763800000172

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres MARIA PRISCILA

Apellidos ESPITIA BELTRAN

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 23777764

Municipio MONIQUIRÁ

Departamento BOYACÁ

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 19/11/2020

Última actualización ciudadano

19/11/2020

Última actualización via registros administrativos

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador	LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ
Dirección	Calle 18 N° 4-53
Teléfono	7281370 - 3124037785
Correo Electrónico	sisben@moniquira-boyaca.gov.co

37

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) MARIA HILDA CASTILLO DE PIZA
FECHA DE DEFUNCIÓN: 11/07/2025

ITEM DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 880,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25076720167833

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-07-11	09:11:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23778980

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CASTILLO	DE PIZA	MARIA	HILDA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	74348240

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GOMEZ	ACEVEDO	OSCAR	LIBARDO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	90653

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOYACÁ	TUNJA

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-07-11	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresion: 2025-07-11 09:32

Código verificación: 43CC-807C-22E2-7589

39

$ 700.000 → Alcaldía Maniquirá

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	23778980
NOMBRES	MARIA HILDA
APELLIDOS	CASTILLO DE PIZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	10/07/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:56:50	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

40

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) YOLANDA PATRICIA CASTILLO GOMEZ
FECHA DE DEFUNCIÓN: 28/08/2025

ITEM DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000
6	SALA DE VELACIÓN 24 HORAS - ARREGLO FLORAL - SERIAL DE CARTELES - SERVICIO DE CAFETRIA - COCHE FÚNEBRE	1	$ 600,000	$ 600,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,480,000

ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25086220210292

La información contenida en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Hábeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

Área	Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos
No fetal	2025-08-28	11:45:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23783465

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CASTILLO	GOMEZ	YOLANDA	PATRICIA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1049623681

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GUTIERREZ	CASTILLO	GABRIEL	FERNANDO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1049623681

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-08-28	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-08-28 15:34

Código verificación: 4B23-DEBF-6803-5B18

42

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	23783465
NOMBRES	YOLANDA PATRICIA
APELLIDOS	CASTILLO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2022	27/08/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:57:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

43

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) MAYRA PATRICIA SILVA ABRIL
FECHA DE DEFUNCIÓN: 12/09/2025
NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO

ITEM DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000
6	SALA DE VELACIÓN 24 HORAS - ARREGLO FLORAL - SERIAL DE CARTELES - SERVICIO DE CAFETRIA - COCHE FÚNEBRE	1	$ 600,000	$ 600,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,300,000

Salud

ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2509162022436 5

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-09-12	03:44:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23784130

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SILVA	ABRIL	MAYRA	PATRICIA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1032504055

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GUTIERREZ	BURGOS	CARLOS	ANDRES

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1032504055

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-09-13	1032504055.

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-09-13 10:41

Código verificación: EF12-E14E-BD48-7A8A

45

Caldia Mañana = 800.000

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.784.130**

SILVA ABRIL
APELLIDOS

MAYRA PATRICIA
NOMBRES

Mayra Patricia Silva Ab
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1985**
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-SEP-2003 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0716000-33120031-F-0023784130-20040120 **01140** 04020A 02 134922550

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	23784130
NOMBRES	MAYRA PATRICIA
APELLIDOS	SILVA ABRIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/03/2025	11/09/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:58:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

47

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) OLIMPIA BELTRAN VILLAMIL
FECHA DE DEFUNCIÓN: 17/09/2025

ITEM DE LA ACEPTACIÓN DE LA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000
6	SALA DE VELACIÓN 24 HORAS - ARREGLO FLORAL - SERIAL DE CARTELES - SERVICIO DE CAFETERIA - COCHE FÚNEBRE	1	$ 600,000	$ 600,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,300,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCION

25097520228107

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Area	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-09-17	10:00:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23777941

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BELTRAN	VILLAMIL	OLIMPIA	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1049654924

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTIZ	TORRES	CAMILO	ANDRES

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1049654924

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-09-17	1049654924

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-09-17 10:32

Código verificación: A119-3D71-1FCA-C9C3

49

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	23777941
NOMBRES	OLIMPIA
APELLIDOS	BELTRAN VILLAMIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/07/2025	16/09/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:59:37	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

JO

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) MARIA INES ARDILA ANGULO
FECHA DE DEFUNCIÓN: 02 DE NOVIEMBRE DE 2025

ITEM ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 880,000

OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE

51

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25117820268368

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-11-02	05:16:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23777247

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARDILA	ANGULO	MARIA	INES

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1053800228

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VALENCIA	MORENO	SANTIAGO	IVAN

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1053800228

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-11-02	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-11-02 06:07

Código verificación: 292B-CBD3-C9A9-D603

Santiago Valencia Moreno
Medicina Interna
Universidad del Rosario
RM- 1053800228

52

Auxilio Alcaldía $1.000.000

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.777.247
ARDILA ANGULO

APELLIDOS
MARIA INES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1952
SAN JOSE DE PARE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-SEP-1973 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0716000-00163940-F-0023777247-20090722 0013778941A 1 7300101434

Sisbén

Fecha de consulta: 29/12/2025

Ficha: 15469029566300000007

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA INES

Apellidos: ARDILA ANGULO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 23777247

Municipio: Moniquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/10/2024

Última actualización ciudadano: 03/10/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

54

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) MARIA ETELVINA MESA RODRIGUEZ
FECHA DE DEFUNCIÓN: 12/11/2025

ITEM DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	- COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 880,000

SS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25115020277463

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (Hora - Minutos)
No fetal	2025-11-12	10:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO — Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23777709

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MESA	RODRIGUEZ	MARIA	ETELVINA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO — Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR — Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1032504055

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GUTIERREZ	BURGOS	CARLOS	ANDRES

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1032504055

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO — Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-11-12	

Código verificación: 12CD-E9BB-FA22-C8C4

1032504055

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-11-12 15:20

16

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 30/12/2025

Ficha: 15469012565900000033

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ETELVINA

Apellidos: MESA RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 23777709

Municipio: Moniquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2020

Última actualización ciudadano: 07/11/2020

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

57

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) LUIS ALFREDO TORRES CASTRO
FECHA DE DEFUNCIÓN: 14/11/2025

ITEM	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON	1	$ 700,000	$ 700,000
6	SALA DE VELACIÓN 24 HORAS - ARREGLO FLORAL - SERIAL DE CARTELES - SERVICIO DE CAFETERIA - COCHE FÚNEBRE	1	$ 600,000	$ 600,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 1,300,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25113420279220

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012 Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Rural Disperso	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-11-14	13:13:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	1093005

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TORRES	CASTRO	LUIS	ALFREDO

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1052393217

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GOMEZ	ESTUPIÑAN	JUAN	CAMILO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1052393217

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION
2025-11-14	

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-11-14 16:04

Código verificación: E8D4-B26A-6777-47E2

59

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1093005
NOMBRES	LUIS ALFREDO
APELLIDOS	TORRES CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	MONIQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
AFILIADO FALLECIDO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	13/11/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/30/2025 17:58:50	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

60

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) ROSALIA PINEDA DE SAAVEDRA
FECHA DE DEFUNCIÓN: 03/12/2025

ITEM DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PARA ADULTO: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 880,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25128420295288

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-12-03	02:40:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	23775365

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PINEDA	DE SAAVEDRA	ROSALIA	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1049654924

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTIZ	TORRES	CAMILO	ANDRES

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1049654924

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-12-03	1049654924

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-03 03:52

Código verificación: F2B3-9E62-CAA9-A46B

62

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.775.365**

PINEDA De SAAVEDRA

APELLIDOS

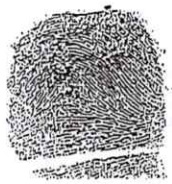
ROSALIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1937**

MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

22-JUL-1963 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0716000-00176958-F-0023775365-20090911 0015945750A 1 27624933

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 10730864

1073008644

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaria: 1 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código: E 4 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-BOYACA-MONIQUIRA - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

PINEDA DE SAAVEDRA ROSALIA - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
C.C. 23775365 de MONIQUIRA	Femenino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-BOYACA-MONIQUIRA - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2025 Mes DIC Día 03	02:40	25128420295288

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia	Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X	Año XXXX Mes XXX Día XX

Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario
Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X]	ORTIZ TORRES CAMILO ANDRES- RM 1049654924

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

GUERRERO SAENZ OCTAVIO MANUEL

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 74241305 de MONIQUIRA - - - - - -	

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

- -

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
- - - - - - - - - - - - - - - - - -	

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

- -

Documentos de Identificación (Clase y número)	Firma
- - - - - - - - - - - - - - - - - -	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2025 Mes DIC Día 03	JORGE ANDRES GALLO MENESES

ESPACIO PARA NOTAS

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Cadena s.a.

64

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 29/12/2025

Ficha: 15469027567100000067

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **ROSALIA**

Apellidos: **PINEDA DE SAAVEDRA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **23775365**

Municipio: **Moniquirá**

Departamento: **Boyacá**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/11/2020

Última actualización ciudadano: 04/12/2023

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

65

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) SAUL HURTADO GARCIA
FECHA DE DEFUNCIÓN: 06/12/2025

ITEM DE LA ACEPTACIÓN DE OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
3	PREPARACIÓN DEL CUERPO PARA 24 HORAS (TANATOPRAXIA)	1	$ 180,000	$ 180,000
4	- COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS	1	$ 700,000	$ 700,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 880,000

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

2512262029791 3

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
No fetal	2025-12-06	02:45:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	4170078

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
HURTADO	GARCIA	SAUL	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR	
Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1057516797

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RIVERA	SUAREZ	EVA	MARIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1057516797

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	
Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-12-06	Eva María Rivera Suárez C.C. 1057516797 Médico y Cirujano General

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-06 05:22

Código verificación: B5BC-85BA-4C79-6D02

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 30/12/2025

Ficha: 15469008564400000032

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SAUL

Apellidos: HURTADO GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4170078

Municipio: Moniquirá

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/03/2025

Última actualización ciudadano: 25/03/2025

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

68

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) FETAL
FECHA DE DEFUNCIÓN: 11/12/2025

ITEM ACEPTACIÓN DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
5	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PEQUEÑO DE 40 A 70 CM: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 130,000	$ 130,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 130,000

NOTA: SE ADJUNTA CEDULA DE LOS PADRES DEL BB FALLECIDO EN VIENTRE (MELLIZOS)

YENI PAOLA GONZALEZ VARGAS CC : 1.099.323.073 MADRE
GUSTAVO ADOLFO SIERRA SIERRA CC 74.243.033 PADRE

Pellizos #1

69

SOLICITUD DE SERVICIO

FALLECIDO(A) FETAL
FECHA DE DEFUNCIÓN: 11/12/2025

ITEM	DESCRIPCIÓN	SOLICITUD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
5	COFRE FÚNEBRE TIPO PLAN PEQUEÑO DE 40 A 70 CM: - COFRE LABRADO EN MADERA - TAPIZADO INTERIOR DE TELA EN SATIN - MANIJAS METÁLICAS DE 6 O 4 MANIJAS - DISEÑO CON TAPA CRUZ O TAPA AL LADO	1	$ 130,000	$ 130,000

VALOR TOTAL DEL SERVICIO $ 130,000

NOTA: SE ADJUNTA CEDULA DE LOS PADRES DEL BEBE FALLECIDO EN VIENTRE (MELLIZOS)

YENI PAOLA GONZALEZ VARGAS CC : 1.099.323.073 MADRE
GUSTAVO ADOLFO SIERRA SIERRA CC 74.243.033 PADRE

Mellizo #2.

70

Salud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25129720303427

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
Fetal	2025-12-11	22:59:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Masculino		

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento)	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1054679214

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VELA	VARGAS	XIMENA	PAOLA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1054679214

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento)	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-12-12	Dra. Ximena Vela Vargas Médico General R.M. 1054679214 Ximena Vela Vargas

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-18 14:25

Código verificación: 911D-AEA9-CFAA-284E

71

Alcaldía Moniquirá

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25126420303430

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Hapeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	MONIQUIRÁ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día)	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos)
Fetal	2025-12-11	21:35:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento)	Número de documento
Femenino		

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica)	¿A cual pueblo indígena pertenece?
Natural		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1054679214

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VELA	VARGAS	XIMENA	PAOLA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1054679214

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
BOYACÁ	MONIQUIRÁ

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día)	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2025-12-12	Ximena Paola Vela

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-18 14:25

Código verificación: 817F-D9B5-E1DA-9A9(

72

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.099.323.073

GONZALEZ VARGAS
APELLIDOS

YENI PAOLA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1996
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-DIC-2014 GAMBITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2708800-00665101-F-1099323073-20150209 0042766210A 1 32672803

93

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74.243.033

SIERRA SIERRA
APELLIDOS

GUSTAVO ADOLFO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1973

MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | B+ G.S RH | M SEXO

24-OCT-1991 MONIQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-07 6000-00145009-M 0074243033-20081201 0009252552A 1 23762474

74

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YENI PAOLA GONZALEZ VARGAS identificado(a) con CC 1099323073 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2020

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes 12 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 29/12/2025

Ficha: 15469022764100000563

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **YENI PAOLA**

Apellidos: **GONZALEZ VARGAS**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1099323073**

Municipio: **Moniquirá**

Departamento: **Boyacá**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2025

Última actualización ciudadano: 15/12/2025

Última actualización via registros administrativos: 31/08/2025

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validacion de informacion en otros registros administrativos.

76

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 29/12/2025

Ficha: 15469022764100000563

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **GUSTAVO ADOLFO**

Apellidos: **SIERRA SIERRA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **74243033**

Municipio: **Moniquirá**

Departamento: **Boyacá**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2025

Última actualización ciudadano: 15/12/2025

Última actualización vía registros administrativos: 31/08/2025

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LILIA CLAUDIA MORALES MARTINEZ

Dirección: Calle 18 N° 4-53

Teléfono: 7281370 - 3124037785

Correo Electrónico: sisben@moniquira-boyaca.gov.co

77

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos