8807

San José

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		José Tobías Rojas Montes					
Fecha y lugar de nacimiento:		08 Dic 1941 . Acacías - Meta.					
Edad:	83	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		3.288.767			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)	X	Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	P
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva	X	No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cl 370-37A-13				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San José
Zona:	Rural	Urbano	X	**Telefono:**	300 534 1402.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:		**Correo:**	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.

2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.288.767
ROJAS MORALES

APELLIDOS
JOSE TOBIAS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1941
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

12-SEP-1963 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁENZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00127471-M-0003288767-20081113 0005898541A 1 6748008709

Sisbén

Fecha de consulta

Ficha:

08/06/2025

5000101165460000027

84

Pobreza moderada

Nombres: **JOSE TOBIAS**

Apellidos: **ROJAS MORALES**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **3288767**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

Encuesta vigente

09/07/2019

Última actualización ciudadano

07/10/2022

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

YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección

Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono

3208559257

Correo Electrónico

sisben@villavicencio.gov.co

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	3288767
NOMBRES	JOSE TOBIAS
APELLIDOS	ROJAS MORALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	21/09/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:03:14	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".

8811

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIT 892000210-6

CÓDIGO DEL CLIENTE
DITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
208068700

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento"

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:05 | CUDE

Suscriptor: JOSE TOBIAS ROJAS
Dirección: CL 37D 37A 13 COLINA BRR LA ISLA
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 30280
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 30415
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 171
Documento No. DE52635670
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $86320 15-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025 09-05-2025
Ruta: 21-2112403295

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
491.92 (Valor kWh con SUBS) x 135 (Consumo en kWh)

VALOR NETO	$66,
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	$119
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-52,7
Impuesto AP	$66,4
OTROS CONCEPTOS	$2,3
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS	$2,3
Ajuste A la Decena	$-3

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	071038462	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

	VIT138		0
	13		0
	3.673		147
	14		20
	28.92		382.56
		Vr a Compensar $	0

			25

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía en bloque	G1	303.41	Pérdidas económicas	PR1	58.82
Transporte en el sistema de distribución Mayor	T1	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	G1	44.57
Transporte en el sistema de distribución Local	D1	269.61	Costos de comercialización	C1	144.23
Total Cuv Calculado(CReg 119-07) (incluyendo AOM)					882.84

Subsidio FOES

Consumo kWh	% Subsidio kWh	Factor	Valor	Residencial

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $68,790

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pagar antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$68,790

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
09-04-2025/09-05-2025

Ruta: 21-2112403295

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
208068700	23-MAY-2025	$68,790

8812

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jose Amor Herrera Castañeda
Fecha y lugar de nacimiento:	02-06-1961 San martin Meta
Edad:	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 17324825

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)	x	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	x
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	x	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	x
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual	x	Nivel Sisben	B6
Otro		Indigena		Psicosocial	x	EPS	Salud Sanitas
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	cl 20-20-04				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	Colinas
Zona:	Rural	Urbano		Telefono:	3246745021

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono:	Correo:

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN	X	
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Jose Amor Herrera Castañeda

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8813

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 17.324.825



Apellidos
HERRERA CASTAÑEDA

Nombres
JOSE DUMAR

Nacionalidad
COL

Estatura
1.80

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 JUN 1961

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MARTIN (META)

Fecha y lugar de expedición
27 MAYO 1981, VILLAVICENCIO

Firma
Jose Dumar

Fecha de expiración
15 ENE 2034

038126792

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL038126792452001<<<<<<<<<<<
6106029M3401158COL17324825<<<4
HERRERA<CASTANEDA<<JOSE<DUMAR<

8814

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **06/06/2025**

Ficha: **5000107365250000485**

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JOSE DUMAR**

Apellidos: **HERRERA CASTAÑEDA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **17324825**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **23/10/2019**

Última actualización ciudadano: **23/10/2019**

Última actualización vía registros administrativos: **25/11/2023**

***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: **YOLANDA COY HERNANDEZ**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**

Teléfono: **3208559257**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.gov.co**

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	17324825
NOMBRES	JOSE DUMAR
APELLIDOS	HERRERA CASTAÑEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:04:38	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**,

8816

10101

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
NIT. 892000210-6

Calle 37A 41-15 Barrio Alto Vía La Arenosa Villavicencio
PBX: (608) 6749000
Para reportar daños o emergencias marque 116 desde cualquier operador
Línea gratuita Nacional: 018000974116
Línea emergencias 24 Horas: 315 827 8989

Contrato de condiciones uniformes - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

154882542

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

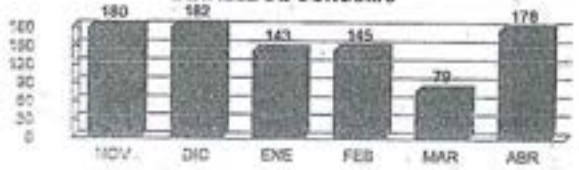
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-04-07 12:53 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-07 12:53 | CUDS | 921e954e8f83f2bdde0dbc3c1567e102c5cd2644fbe9f.8d927873c612cd80bec317025 1ea4dc726710f3f8b6f87c

Suscriptor: ANA HERCILIA CASTANEDA DE HERRERA

Dirección: CL 23 20 04 BRR LA MACARENA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 42405
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 42586
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 155
Documento No.: DES2114374
Facturas Abonadas: 0

Último Pago: $64990, 20-03-25
Período Facturado: 05-03-2025/03-04-2025
Ruta: 6-603750270

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:

782.85 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$135,404
920.8 (Valor kWh) x 5 (Consumo en kWh)	$4,604
VALOR NETO:	$160,903
Porcentaje de SUBSIDIO (15%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23,099
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$140,007
Impuesto AP	$4,917
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$6
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$4,923

INFORMACIÓN TECNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060313476	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-ABR-2025 02:04

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	2
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	V80208	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT4659	(NC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	145
(DIU) Duración en horas de interrupciones	5.035	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	9	(D) Cargo de Distribución	199.27
(DIU) Meta por duración	26.92	(FIU) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

Costo por Uso de la prestación del servicio de EMSA (c/kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	356.25	Pérdidas reconocidas	PR $	66.78
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.28	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	26.62
Transporte en el sistema de distribución local	D $	265.83	Costo de comercialización	C $	149.04
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					920.8
					920.8

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	1,50%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $144,930

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
21-ABR-2025	22-ABR-2025	$144,930

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 6-603750270	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
05-03-2025/03-04-2025		154882542	21-ABR-2025	$144,930

(415)7709990302449(8020)0154882542(3900)0000144930

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN / AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 17 Enero-25-2022
IPER INTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
VIGILADO POR

8817

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha:	Día	Mes	Año	Centro Vida:	San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jorge Augusto Leon Romero						
Fecha y lugar de nacimiento:	11-10-1941						
Edad:		**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	3294068				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cle 37 - 38B					
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Colinas	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:		**Correo:**	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Jorge Augusto Leon Romero

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8818

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 3.294.068



Apellidos
LEON ROMERO

Nombres
JORGE AUGUSTO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.59	M

Fecha de nacimiento
11 OCT 1945

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
06 AGO 1968, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
13 AGO 2034

.CD

052335714

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL052335714852001<<<<<<<<<<<
4510118M3408135COL3294068<<<<4
LEON<ROMERO<<JORGE<AUGUSTO<<<<

8819

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta:	07/06/2025
Ficha:	50001030646200000594

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JORGE AUGUSTO**

Apellidos: **LEON ROMERO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **3294068**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	03/12/2019
Última actualización ciudadano:	03/12/2019
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:	YOLANDA COY HERNANDEZ
Dirección:	Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2
Teléfono:	3208559257
Correo Electrónico:	sisben@villavicencio.gov.co

8820

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	3294068
NOMBRES	JORGE AUGUSTO
APELLIDOS	LEON ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:06:57	**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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

8821

Llanogas
Empresa de Servicios Públicos
NIT 800.251.272-6 • NUIR 2-0000-1800-3

TOTAL FACTURA $ 15.805

DATOS GENERALES

REF. PAGO 8520
Periodo: 08/07/2023 al 12/08/2023
VENCIMIENTO: 12/09/2023
SUSPENSIÓN A PARTIR DE: 27/09/23
Estrato: 3
Código de ruta: 29/05/2023
0107537281103

DATOS CLIENTE

Nombre: [illegible] ROTA
Dirección: C [illegible] 12 LAS [illegible]
Medidor: Villavicencio
Tipo de uso: RESIDENCIAL
Tel: 315-648-7
Estrato: 3
Vlr: 15805

FECHAS REVISIÓN PERIÓDICA

Mínima	Máxima	Suspensión

CONSUMO

ÚLTIMOS CONSUMOS:



COTREMA NIT 892.099.313-3
Entidad: LLANOGAS
Fecha: 12-Sep-2023 Hora: 14:14:14
Calibre: MR3
Lectura: 1922180
Corrección: 15,00
Factor: 0,95
PCS: 0,975

TARIFAS

Gm [$]	Tm [$]	Dm [$]	Cuf [$]	Cuvm [$]
1	233,11	565,17	0	0
Rangos m³	Smix	Consumo m³	Subsidio	Contribución
0-20	2361,26	15	59,33 %	0 %
20				

Resolución CREG: 0094/2004 Y 0057/2014

LIQUIDACIÓN DESPERDICIO

Consumo m³	$ 137,000	Cargo fijo	$ 0
Cargo fijo	$ 0	Otros conceptos	$ 0
Valor facturación	$ 1.122,415	Reliquidación de consumo	$ 0
Consumo facturado	$ 0	Otros conceptos	$ 446
Base Gas	0,5 %	Ajuste decena	$ 0

TOTAL LIQUIDACIÓN GAS: $ 15.805

Consumo 0,00 Tasa de 0,00% Contribución $ 0

FINANCIACIONES

CONCEPTO	Cuota Capital Mes	Interés de mora	Iva financiación	Seguro
Corrección	$ 0	$ 0		
Pool Interno	$ 0	0		
Reintegro Periódico	$	0	$ 0	$ 0
Servicios Postventa	$	0	$ 0	$ 0
Otros	$	0		
TOTAL				

TOTAL FINANCIACIONES GAS: $ 0

Convenios $ 0

TOTAL GAS $ 15.805

COTREMA NIT 892.099.313-3 RECIBIDO 12 SEP 2023

Biogranjas del Llano — Factura No:

DATOS TÉCNICOS

Tipo de uso:
Planilla Rec: 0
Medidor Rec: 0
Estrato:
Fecha Rec:
Fecha Instala:
Volumen m3:
Consumo(S.)
Factor de Ajuste: 0,000
Factor Real: 0

CONSUMOS DESPERDICIO

Tarifas por Consumo

	Mes Actual	Siguiente ?
CUF	0,00000	0,00000
CRLU	0,00000	0,00000
CRFA	0,000	0,000
CRA	0,000	0,000
CRUA	0,0000	0,0000
TAFA	0,000	0,000
TAFUA	0,000	0,000

Valor Histórico 6 Facturas

Jul	$ 0
Jun	$ 0
May	$ 0
Abr	$ 0
Mar	$ 0
Feb	$ 0

Concepto — Valor

Saldo	0
Reconexión	0
Saldo/Financiación	0
Abono excepcional Cuota	0
Ajuste	0
Cheque devuelto	0
Intereses de Mora	0
Otros Conceptos a Favor	0
Total Asea	$ 0

VLA 0,00
CF 0,00
Y 0,00

OTROS SERVICIOS

Subsidio	0
Iva	0
Total Otros Servicios	$ 0

FINANCIACIÓN

Vlr. cuota $ 0 Saldo Deudor. $ 0 Nº cuotas pendientes 0

*El ítem de descuento corresponde a devoluciones y descuento punta a punta para los cupo subsidio

TOTAL BIO $ 0

8822

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Lucila Ruiz de Grajales					
Fecha y lugar de nacimiento:		04-10-1941 Belalcazar Caldas					
Edad:	83	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		29652810			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)	X	Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva	X	No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B2
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Calle 37 c 40-15				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	2	Barrio:	San Jose
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	310 8899288

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luz Mery Grajales Ruiz		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:			
Telefono:	310 8899288	Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Lucila Ruiz de Grajales

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8823



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 29.652.810
RUIZ De GRAJALES

APELLIDOS
LUCILA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1941
BELALCAZAR
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

01-AGO-1963 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-0902200-01104338-F-0029652810-20191015 0088375421A 1 52792464

8824

Sisbén

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: 5000107865520000044

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUCILA**

Apellidos: **RUIZ GRAJALES**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **29652810**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	29652810
NOMBRES	LUCILA
APELLIDOS	RUIZ DE GRAJALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	22/01/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:08:21	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".

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892000230-8

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
206755121

1/1

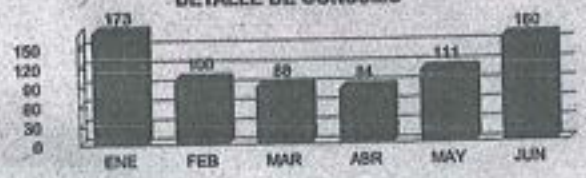
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-11 13:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-11 13:55 | CUDE | 6bcdcd90c68ecb05d1e82e64f4d08c3d488e49d2a2cff8ea5e05e7e83fdc0667344f27c066c0e901e8127739027

Suscriptor: DARIO GRAJALES
Dirección: CL 37C 40 15 BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 73111
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 73271
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 495.16 (Valor kWh con SUBS) x 160 (Consumo en kWh)	$79,226
	$137,455
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	$-58,210
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$79,225
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$2,749
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	$5
Ajuste a la Decena	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$2,754

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 121
Documento No.: DE53048296
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $58560 19-05-25
Periodo Facturado: 10-05-2025 a 09-06-2025
Ruta: 21-2112301403

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
RYM	50103	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 11-JUN-2025 03:06

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód.Circuito	V00213	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1650	(VC) Valor a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	84
(DES) Duración en horas de interrupciones	2.976	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FAI) Número total de interrupciones	13	(DA) Cargo de Distribución	197.35
(DMG) Meta por duración	26.92	(FMG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA (E / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Pérdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.76	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.92
Transporte en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mdmonio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					858.97

Interés moratorio residencial 0,49% | Interés moratorio no residencial 1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $81,980

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$81,980

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012205 de DIC.14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES N° 7 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

6186

8827

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Leonor Bermudez					
Fecha y lugar de nacimiento:		08-11-1956 Guaduas Cundinamarca					
Edad:	68	Identificación: CC TI RC TE CE PP		Número:	52.870.668.		
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Compensar
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		
Dirección:	Cra 39A 37A - Bis 32						
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San josé		
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3114685934	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:		
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Leonor Bermudez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8878


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.870.668

BERMUDEZ

APELLIDOS

LEONOR

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1956

GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA

O- G.S. RH

F SEXO

05-MAR-1999 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-00554535-F-0052870668-20140318 0037040721A 1 42316557

8829

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2025

Ficha: 500010921463500013299

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEONOR

Apellidos: BERMUDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 52870668

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/11/2023

Última actualización ciudadano: 19/11/2023

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	52870668
NOMBRES	LEONOR
APELLIDOS	BERMUDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:10:51	**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

8831

12/06/2025

RTS

RTS Colombia - Juntos construimos equilibrio.

RTS SUCURSAL VILLAVICENCIO
Cód. Habilitación: 500010031201
Teléfono: 6819865 NIT: 805011262-0
Dirección: Cra 40 N° 26-38 Bosque Alto Cod. Habilitación: 500010031201 NIT: 805011262-0
Municipio: Villavicencio Dpto.: Meta País: Colombia
Zona horaria aplicada en el informe: America/Bogota UTC-5:00

Nombre paciente:	BERMUDEZ, LEONOR				
Fecha Inicio:		Fecha Fin:		Fecha de Impresión:	12/06/2025
Tipo Doc.:	Cedula de ciudadania/ CURP	Nº Historia:	52870668	F. Nacimiento: 08/11/1956	Edad: 68a
Sexo:	Mujer	Pertenencia Étnica:	Ninguna de las anteriores	Fecha Ingreso Sede Actual:	13/02/2014

Aseguradora/s:

03/02/2025	ESS024 - Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental De Cartagena Ltda. "Coosalud E.S.S." - Colombia	T. Régimen: Subsidiado	(Activa)
01/08/2021 - 03/02/2025	EPS008 - COMPENSAR EPS	T. Régimen: Subsidiado	
01/01/2000 - 31/07/2021	ESS133 - Ess Comparta - Colombia	T. Régimen: Subsidiado	

Fecha Inicio E-5:	03/11/2017	TFG al Inicio:	4,80	Modo de Inicio:	Inicio E5 x Urgencia
Fecha Inicio TRS:	23/12/2017	Estado Clínico:	Dialisis	Modalidad:	HD - HD unidad renal

Dirección/es:
Domicilio: CARRERA 39A N 37 SAN JOSE / Villavicencio / Meta / Colombia

Medio/s de Contacto:
Teléfono Móvil: 3105539221
Teléfono Móvil: 3114685734

Profesión/es:
16/02/2017 SIN PROFESION

Actividad/es:
16/02/2017 Otra

Grupo poblacional:
25/07/2017 Adulto mayor

Revisión

12/06/2025 10:44 68 años
Dx 1- Enfermedad renal cronica estadio 5 en hemodialisis
2- Diabetes mellitus tipo 2
3- Hipertension arterial
4. Hipetirodismo

Asiste a control de junion 2025
tension arterial controladas en sesiones
no trae glucometrias,
Ganancia de peso interdialitica 1,8 a 2,7 kg x sesion
sin angina, sin disnea

Motivo Cons.: hemodialisis

Realizado por:
RAMIREZ, EDWIN

Tipo Consulta:
Nefrologia: Consulta médica - Control

Reg. Med.:
Nefrólogo RM: 1627/2011

Diagnósticos

Etiología IRC: 2001 E102 E102 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES

Observaciones: Diabetes Tipo 2

2001 I10X I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Observaciones:

2001 Z905 Z905 - AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑON

Observaciones:

2001 N189 N189 - INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA

Diagnóstico principal

Causa externa: 13 Enfermedad general
Tipo diagnóstico: 03 Confirmado Repetido

Observaciones:

30/06/2022 I422 I422 - OTRAS CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICAS

15 Otra
01Impresión Diagnóstica

Observaciones:

30/06/2022 I270 I270 - HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA

15 Otra
01Impresión Diagnóstica

Observaciones: Moderada

21/02/2025 Z713 Z713 - CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA

Observaciones:

Plan Evolución

DIALISIS Fecha: 12/06/2025 10:42 Usuario: Nefrólogo RM: 1627/2011 - RAMIREZ, EDWIN

Indicadores: anemia, mineral y ósea:	Hb: 10,5 Ferritina 1417 % Sat 36 % - sin Fe EPO 4000 x 5 mes Potasio: 6,02 de mayo hiperkalemia leve, P 5,8 de abril 2025, hiperfostatemia leve, se insiste en dieta Ca 7,8 de enero 2025. continua con restriccion con hipocalcemia leve, se insiste en dieta. PTH:292- 336 - 235 - 262, - 308
Adecuacion y accesos:	FAV funcional radiocefalica derecha KTV:1,7169 - URR: 76 en metas de mayo 2025
Peso seco y nutrición:	Peso seco 55,5 kg Alb 3,93 gr% baja continua seguimiento por nutricion ALAT : 11,6
Valoracion trasplante:	No contraindicado
Manejo de comorbilidades:	HTA controlada, continuo metoprolol 50 mg dia, tensiones mejor controladas en sesiones, Diabetes, glicemia 182 mgr %, HbA1c 7,1%, en metas, continua con insulina glargina 12 SC dia. Debe traer glucometrias - se dan recomendaciones. linagliptina 5 x 1 Perfil lipidico: Colesterol total 173 - LDl 103 Tghl 228 se indica cuidados nutricionales Tiene arteriografia tomada en hospitalizacion de MI en enero 2024 no conocemos resultado TSH 2,6 en metas
Plan general y otros cambios:	Paciente con ERC 5 D en HD 3 veces por semana adecuada AC HB 31,4 inmune, perfil infeccioso negativo, HCV negativo abril 2025
Recomendaciones generales:	Debe continuar con hemodialisis trisemanal como soporte vital
Justificación de continuidad en dialisis:	Paciente con enfermedad renal cronica estadio 5, orina menos de 250 cc en 24 horas, debe continuar en terapia de reemplazo renal de manera indefinida

Impreso por: Nefrólogo RM: 1627/2011 - RAMIREZ, EDWIN

jueves, 12 de junio de 2025

8832

12/06/2025

RTS

RTS Colombia - Juntos construimos equilibrio.

RTS SUCURSAL VILLAVICENCIO
Cód. Habilitación: 500010031201 NIT: 805011262-0
Teléfono: 6819865
Dirección: Cra 40 N° 26-38 Bosque Alto Cod. Habilitación: 500010031201 NIT: 805011262-0
Municipio: Villavicencio Dpto.: Meta Pais: Colombia
Zona horaria aplicada en el informe: America/Bogota UTC-5:00

Nombre paciente: BERMUDEZ, LEONOR
Fecha Inicio: Fecha Fin: Fecha de Impresión: 12/06/2025
Tipo Doc.: Cedula de ciudadania/ CURP Nº Historia: 52870668 F. Nacimiento: 08/11/1956 Edad: 68a
Sexo: Mujer Pertenencia Étnica: Ninguna de las anteriores Fecha Ingreso Sede Actual: 13/02/2014

Aseguradora/s:
03/02/2025 ESS024 - Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental De Cartagena Ltda. "Coosalud E.S.S." - Colombia T. Régimen: Subsidiado (Activa)
01/08/2021 - 03/02/2025 EPS008 - COMPENSAR EPS T. Régimen: Subsidiado
01/01/2000 - 31/07/2021 ESS133 - Ess Comparta - Colombia T. Régimen: Subsidiado

Fecha Inicio E-5: 03/11/2017 TFG al Inicio: 4,80 Modo de Inicio: Inicio E5 x Urgencia
Fecha Inicio TRS: 23/12/2017 Estado Clínico: Dialisis Modalidad: HD - HD unidad renal

Dirección/es:
Domicilio: CARRERA 39A N 37 SAN JOSE / Villavicencio / Meta / Colombia

Medio/s de Contacto:
Teléfono Móvil: 3105539221
Teléfono Móvil: 3114685734

Profesión/es:
16/02/2017 SIN PROFESION

Actividad/es:
16/02/2017 Otra

Grupo poblacional:
25/07/2017 Adulto mayor

Revisión

12/06/2025 10:44 68 años
Dx 1- Enfermedad renal cronica estadio 5 en hemodialisis
2- Diabetes mellitus tipo 2
3- Hipertension arterial
4. Hipetirodismo

Asiste a control de junion 2025
tension arterial controladas en sesiones
no trae glucometrias,
Ganancia de peso interdialitica 1,8 a 2,7 kg x sesion
sin angina, sin disnea

Motivo Cons.: hemodialisis
Realizado por: RAMIREZ, EDWIN
Tipo Consulta: Nefrología: Consulta médica - Control
Reg. Med.: Nefrólogo RM: 1627/2011

Diagnósticos

Etiología IRC: 2001 E102 E102 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES RENALES

Observaciones: Diabetes Tipo 2
2001 I10X I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Observaciones:
2001 Z905 Z905 - AUSENCIA ADQUIRIDA DE RIÑON

Observaciones:
2001 N189 N189 - INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA

Diagnóstico principal
Causa externa: 13 Enfermedad general
Tipo diagnóstico: 03 Confirmado Repetido

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

206733819

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra Inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

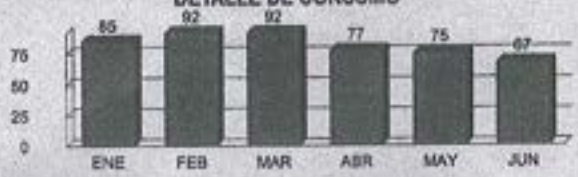
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-11 13:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-11 13:55 | CUDE | 6fd7952e811117bece8c023b5664030b659c9a23273ce2a7718394891d2c2aacf549e3393823a626ce0d148a4d5bf1

Suscriptor: HECTOR JULIO FAJARDO

Dirección: CR 39A 37A BIS 32 BRR SAN JOSE ALTO

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 58141
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 58208
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 398.12 (Valor kWh con SUBS) x 67 (Consumo en kWh)	$26,540
VALOR NETO:	$57,550
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-31,011
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$26,540
Impuesto AP	$576
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$580

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 85
Documento No.: DES3048339
Facturas Atrasadas 0

Ultimo Pago: $30180 31-05-25
Periodo Facturado: 10-05-2025/09-06-2025
Ruta: 21-2112301633

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
PAF	22014702	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	11-JUN-2025 03:06				
ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de Calidad

Cód. Circuito	VIS213	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1424	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CIC) Consumo estimado a compensar	77
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.976	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	13	(Dt) Carga de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Pérdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.76	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.92
Transporte en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					858.97
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,66%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$27,120

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Si suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$27,120

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
10-05-2025/09-06-2025	Ruta: 21-2112301633	206733819	20-JUN-2025	$27,120

(415)7709998002449(8020)0206733819(3900)0000027120

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORETENEDOR RE 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

8834

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Luis Carlos Betancur					
Fecha y lugar de nacimiento:	87	21-12-1937					
Edad:		**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 758.628					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Fisica		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		
Dirección:	Cr 38-37A Bis 17						
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**		**Barrio:**	San José	
Zona:	Rural		Urbano	X	**Telefono:**	3202377545	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:		**Correo:**	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Luis Carlos Betancur

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
758.628
NUMERO

BETANCUR
APELLIDOS

LUIS CARLOS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1937
SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ABR-1959 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-5200100-69112882-M-0000758628-20030907 0701103244O 02 132294816

8836

Sisbén

Verificación - Calidad del Registro - Desactualización en variables de nivel educativo

Fecha de consulta:	06/06/2025
Ficha:	50001098655700000036

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUIS CARLOS**

Apellidos: **BETANCUR**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **758628**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	19/10/2021
Última actualización ciudadano:	01/11/2022
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:	YOLANDA COY HERNANDEZ
Dirección:	Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2
Teléfono:	3208559257
Correo Electrónico:	sisben@villavicencio.gov.co

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	758628
NOMBRES	LUIS CARLOS
APELLIDOS	BETANCUR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/11/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:12:27	**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

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
Nit. 892002210-6

Cra 31A 42-33 Barrio Alto Vía La Arenosa Villavicencio
Línea 115 (solo opción fallas) Línea gratuita nacional 018000918115 Desde municipios aledaños 316 027 6033 Villavicencio 319 555 7468

Documento equivalente electrónico - factura prestación de servicios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
410618300

Ruta: 21-2112301898 3141

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:33 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 14:33 | CUDE | a2253c19481a5494985192383c2b1218daa0865f3855728d8a117454e5a540c15bd4295477362fac25b516d267ea1c

Suscriptor: LUZ YOLEISY QUIROGA DURAN
Dirección: CR 38 37A BIS 17 21 PISO 2 BRR SAN JOSE
Ciudad: Villavicencio

Bioagrícola del Llano S.A.
Empresa de servicios públicos BIC
Responsable de IVA
Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Barzal
Villavicencio, Meta
Autoretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1653-67.07/768 del 26 de junio de 2024
NIT 822.000.368-9
NURE 1-5000-1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO: 999999198741
DOCUMENTO No: 040456672

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 13380
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 13438
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 156
Documento No.: DES2626745
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago $139730 02-05-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112301898

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784267 323 2540656 Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada Continua LÍNEA DIRECTA 110

DATOS GENERALES

Mes de facturación:	ABRIL	Est/Cat:	2/	Subsidio (%):	-28
Uso:	RESIDENCIAL	Fr. recolección:	3	Contribución (%):	0
Und. residencial:	1	Fr. barrido:	2	Tasa de interés:	0.10
Und. no residencial:	0	Volumen M3:	0	Fact. vencidas:	0

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
LNY	180041318	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 04:05

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1425	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CDC) Consumo estimado a compensar	144
(DKI) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%K) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FKI) Número total de interrupciones	14	(DK) Cargo de Distribución	202.58
(DKM) Multa por duración	26.92	(FKM) Multa por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
28,412	26,253	26,404
MES 4	MES 5	MES 6
53,035	26,464	55,734

Toneladas	Actual	Anterior
TRBL	0.002581	0.002958
TRLU	0.001471	0.001353
TRRA	0.000168	0.000160
TRA	0.024642	0.026431
TRNA	0.040449	0.039277
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total:	25,630
Costo Variable no aprov:	190,782
Aprovechamiento:	4,237
Valor base aprovechamiento:	171,946

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo:	25,630
Cargo Variable:	12,758
Subsidio/Contribucion	-10,953
Devoluciones(-):	0
Ajuste aprovechamiento:	721
Interes por Mora	28
TOTAL ASEO:	$28,184

COSTO unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (			CU=G+T+D+C+PR+R		882.84
					882.84

OTROS SERVICIOS

Productos:	0	IVA:	0
Servicios:	0	IVA:	0
TOTAL OTROS SERV:	$0		

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Dcmos pend.	Saldo diferir	Valor cuota mes
0	0	0	0	$0

Valores en reclamación 0

TOTAL Bioagrícola $28,184

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	

VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
491.92 (Valor kWh con SUBS) x 58 (Consumo en kWh)	$28,531
VALOR NETO:	$31,284
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,673
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$28,531
Impuesto AP	$1,024
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$1,025
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$29,556

Andrea Lorenes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

*Puedes revisar la descripción de los conceptos en la liquidación al respaldo de esta factura.
*El ítem de descuentos corresponde a devoluciones y descuentos puesta a punto para los que aplicaron.

ISO 9001 ISO 14001 IQNET

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$57,740

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ (E)
FIRMA GERENTE

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,58%

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente 410618300
Número de documento
$57,740
Valor a pagar

Código del cliente
Número de documento
Valor a pagar

415770999800244960200410618300390000000057740

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012634 de DIC/14-2018 DIANI AGENTE AUTORETENEDOR VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Electrificadora del Meta S.A. E.S.P. NIT. 892002210-6 Línea gratuita nacional 018000 918115 Desde municipios aledaños 316 027 6033 Villavicencio 319 555 7468

8839

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha:	Día	Mes	Año	Centro Vida:	San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Marco Antonio Salazar Cáceres						
Fecha y lugar de nacimiento:	12 Mayo 1991 Paz de Río - Boyacá						
Edad:	34	Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número: 4.762.789				

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B2
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Calle 37C # 40-32					
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San José	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3224797491

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:		
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		X
Copia de consulta en ADRES		X
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		X

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

Alberto Antonio Silva



Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo Prof. Psicología

8840


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.262.789
SALAZAR CACERES
APELLIDOS
MARCO ANTONIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1941
PAZ DE RIO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
15-DIC-1993 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0300100-00158888 M-0004262789-20091010 0017017451A 2 0730100811

8841

Sisbén

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: 50001078655200000023

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARCO ANTONIO**

Apellidos: **SALAZAR CACERES**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **4262789**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/07/2019

Ultima actualización ciudadano: 01/08/2019

Ultima 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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	4262789
NOMBRES	MARCO ANTONIO
APELLIDOS	SALAZAR CACERES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	30/04/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:13:57	**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

8843

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL LLANO

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL LLANO S.A
CALLE 33 NO 33-34 ED TORRE 33 BLOQUE A SEXTO PISO Tel.:6784009 Nit.:822007351-4
INCAPACIDAD MEDICA
NO. 42546
Código de habilitación No:500010067607

ciente:	SALAZAR CACERES MARCO ANTONIO	**Documento:**	**CC 4262789**
cha de atención:	11/06/2025 06:26:42 AM	**Fecha salida de atención:**	11/06/2025
gar de atención:	CALLE 33 NO 33-34 ED TORRE 33 BLOQUE A SEXTO PISO SEDE: CIRUGIA CIUDAD:VILLAVICENCIO		
lad:	84 A, 0 M, 30 D	**Sexo:**	Masculino
cha de Nacimiento:	12/05/1941	**Estado civil:**	Casado;
gar de Residencia:	VILLAVICENCIO(META)	**Ocupación:**	HOGAR
rección:	cll 37 c n 40 32 br san jose	**Teléfonos:**	3206939811
tidad:	EPS FAMISANAR SAS	**Contrato:**	Evento Subs
gimen:	SUBSIDIADIO	**Tipo de Usuario:**	BENEFICIARIO

DATOS DE LA INCAPACIDAD

agnóstico principal:Z961 PSEUDOFAQUIA

Clase de procedimiento:AMBULATORIO

agnóstico relacionado:Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

as de incapacidad:10

Clase de incapacidad:INICIAL PRORROGA NO

echa de iniciación: Miercoles 11 de Junio de 2025

Fecha de finalización: Viernes 20 de Junio de 2025

a externa: Enfermedad general

rupo de servicios:04 - Quirúrgico

odalidad de la prestación del servicio:01 - Intramural

ncapacidad retroactiva :NT - No Retroactiva

rigen : Común

esumen de la Historia Clínica que justifique los días de incapacidad otorgados :RECOMENDACIONES MEDICAS

Rubén Torrealba Aguilar

ofesional:	TORREALBA AGUILAR RUBEN JOSE
:	722704
gistro ofesional:	722704
pecialidad:	OFTALMOLOGIA

QR de Validación

EBUY

9485

www.electrificadoradelmeta.com

Calle 3 YA 45-53 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio

PBX (608) 6816000 Para reporte de daños o emergencias energía 115 (Opción dentro Meta en) Línea gratuita nacional 018000 Línea emergencia 24 horas 316 021 0055

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

206766887

6142

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

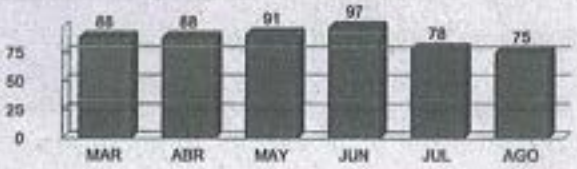
Espacio para sello

Suscriptor: "ODILIA NUNEZ"

Dirección: "CL 37C 40 32 BRR SAN JOSE"

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(Z) A-S
Lectura Anterior 11995
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 12041
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 88
Factura No.: 20240820766887
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $30200 01-08-24
Periodo Facturado: 12-07-2024/12-08-2024
Ruta: 21-2112301293

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:	
379.5 (Valor kWh con SUBS) x 75 (Consumo en kWh)	$28,463
VALOR NETO:	$62,781
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-34,319
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$28,462
Impuesto AP	$628
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$628
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$29,090

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	130329328	1

FACTURACIÓN DE 16-AGO-2024

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(NC) Horas Compensadas	0
CO. Transformador	VIT1650	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	97
(DIU) Duración en horas de interrupciones	733	(%I) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	7	(CI) Carga de Distribución	191.45
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	304.02	Pérdidas reconocidas	PR $	56.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	55.93	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	28.27
Transporte en el sistema de distribución local	D $	254.79	Costo de comercialización	C $	137.25
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( )			$\sum$ CU=G+T+D+Cv+PR+R		837.08
					837.08

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	2,15%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-AGO-2024	27-AGO-2024	$29,090

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 21-2112301293	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
12-07-2024/12-08-2024		206766887	26-AGO-2024	$29,090

(415)7709998002449(8020)0206766887(3900)0000029090

emsa
Subpuesto con especial
NIT 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012535 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-26-2022
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio
www.electrificadoradelmeta.com

8845

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		María Ines Cepeda					
Fecha y lugar de nacimiento:		12-01-1940 Tunja					
Edad:	85	Identificación: CC TI RC TE CE PP		Número:	21.214.808.		

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	A7
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Calle 37A 39A-82					
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San jose	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3238213464

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:		
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Maria Ines Cepeda

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8846

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.214.808

CEPEDA

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1940

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

23-NOV-1961 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00148499-F-0021214808-20090130 0009753793A 1 6740002870

8847

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 02/06/2025

Ficha: 50001078655200000038

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARIA INES**

Apellidos: **CEPEDA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **21214808**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	21214808
NOMBRES	MARIA INES
APELLIDOS	CEPEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	02/06/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:18:16	**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

8849

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO 121571407

6192

"El no pago de su factura de energía en los fechas estipulados en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

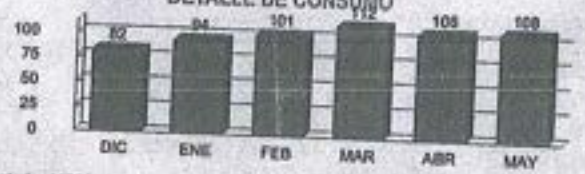
CHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:3 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:0 | CLAVE | fe405917ee05b7304e7e1bedd878b4383835f83c2be8e830ee9b923680d9e6ee918300999eb844f7581de3de0bac20

scriptor: LUIS ERNESTO GARCIA

ección: CL 37 39A 82 AP 101 P 1 AP BRR SAN JOSE

idad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11881
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 11989
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN			
VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
393.53 (Valor kWh con SUBS) x 108 (Consumo en kWh) $42,501

VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	$96,348
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-52,845
Impuesto AP	$42,501
OTROS CONCEPTOS:	$953
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS:	$953
Ajuste A la Decena	$-4

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 95
Documento No.: DE82634831
Facturas Atrasadas 0

Ultimo Pago: $42470 25-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112301433

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8284507	1

HA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
E	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

	VIU213	(HC) Horas Compensadas	0
	VIT1850	(VC) Veces a compensar	0
	13	(CHC) Consumo estimado a compensar	112
	3.073	(%K) Porcentaje de descuento del cargo	20
	14	(DU) Cargo de Distribución	202.58
	26.92	(FANC) Monto por Fronteras	25

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ /kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
nergía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
r en el sistema de n nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
en el sistema de n local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
tal Cuv Calculado(Creg 119-07) (mercado) Nivel (1)				CUv=G+T+D+C+PR+R	882.84
oratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,88%

Subsidio FOES

kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,450

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$43,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

O FACTURADO
-2025/09-05-2025

Ruta: 21-2112301433

Código del cliente 121571407

Fecha de vencimiento 23-MAY-2025

Valor a pagar $43,450

(415)7709998002449(8020)0121571407(3900)0000043450

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta S.A. NIT: 892.002.200-6, SIVIGE-EMSA

8850

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Noelba Rodriguez Grajales
Fecha y lugar de nacimiento:	31-03-1964 Marsella

Edad: 61 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 24764.320

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Fisica		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Casacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cra 36-38A				
Municipio:	Ulbuicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	Libertadores
Zona:	Rural	**Urbano**	Y	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Andres Beltran
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 3113504579	**Correo:**

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN	X	
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Noelba Rodriguez Grajales

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.764.320
RODRIGUEZ GRAJALES

APELLIDOS
NOELBA

NOMBRES
Noelba Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1964
MARSELLA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUL-1985 MARSELLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-5200100-01119995-F-0024764320-20191217 0089329404A 1 8500115318

8852

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/06/2025

Ficha: 5000137411484000000009

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **NOELBA**

Apellidos: **RODRIGUEZ GRAJALES**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **24764320**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/03/2023

Última actualización ciudadano: 25/10/2024

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

9853

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	24764320
NOMBRES	NOELBA
APELLIDOS	RODRIGUEZ GRAJALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

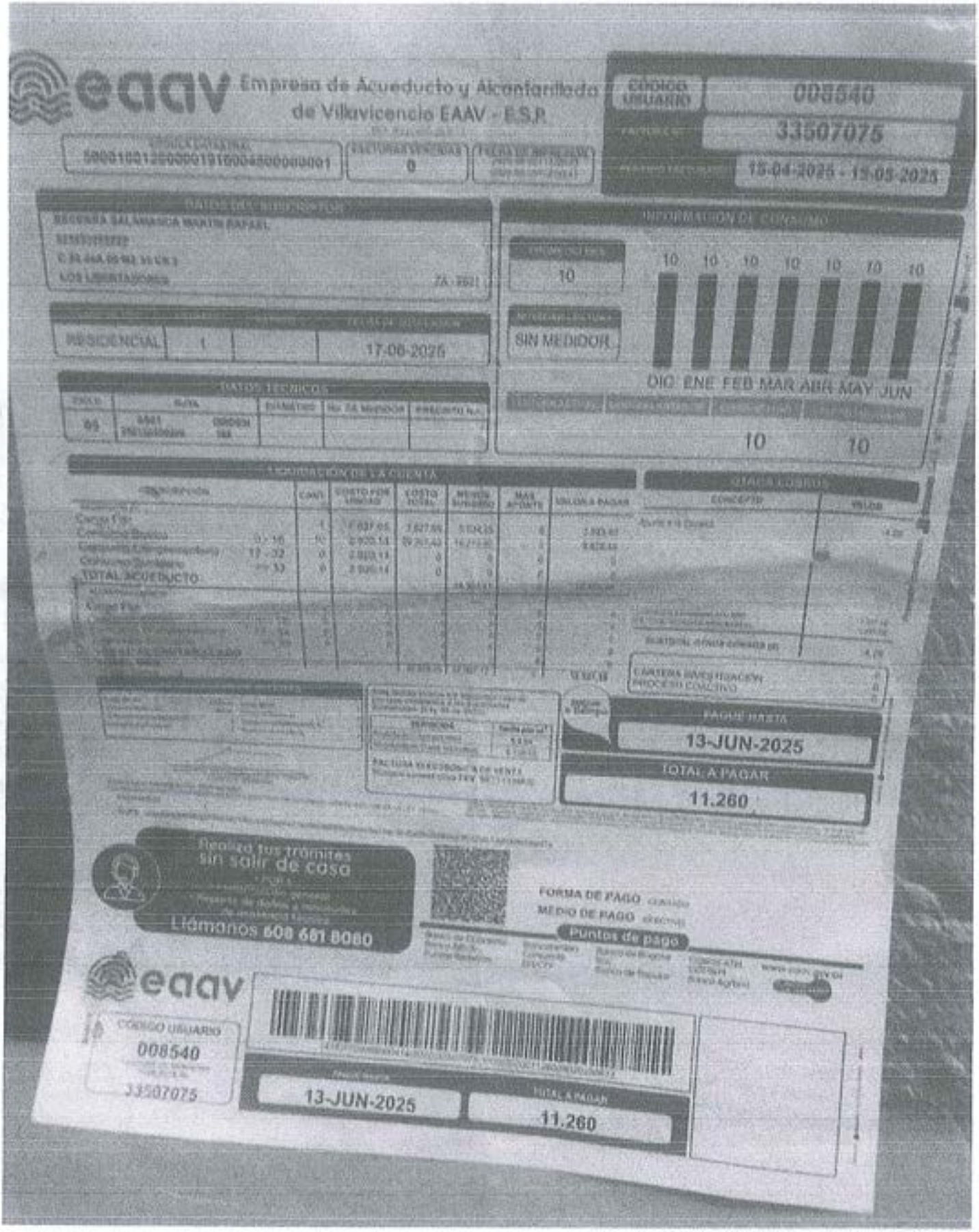
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	31/10/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:19:26	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

8854


eaav
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.
CÓDIGO USUARIO
008540
33507075
15-04-2025 - 15-05-2025
INFORMACIÓN DE CONSUMO
10
SIN MEDIDOR
10 10 10 10 10 10 10
DIC ENE FEB MAR ABR MAY JUN
10 10
RESIDENCIAL 1 17-06-2025
PAGUE HASTA
13-JUN-2025
TOTAL A PAGAR
11.260
Realiza tus trámites sin salir de casa
Llámanos 608 661 8080
FORMA DE PAGO
MEDIO DE PAGO
Puntos de pago
eaav
CÓDIGO USUARIO
008540
33507075
13-JUN-2025
11.260

8855

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha:	Día	Mes	Año	Centro Vida:	San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Omar Villalba Chamorro					
Fecha y lugar de nacimiento:		24-04-1943 Cali					
Edad:	82	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		2909.917			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Caja Sapi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	Cra 37B 39B 47.						
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Salle	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3027501859	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:		**Correo:**	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

No firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Omar Villalba Chamorro

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8856



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.909.917
VILLALBA CHAMORRO
APELLIDOS
OMAR
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1943
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-ABR-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-5200100-00155432-M-0002909917-20050429 0311151955A 1 6740001700

8857

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/06/2025

Ficha: 500010921452300002679

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OMAR

Apellidos: VILLALBA CHAMORRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2909917

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2024

Última actualización ciudadano: 07/04/2025

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8858

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	2909917
NOMBRES	OMAR
APELLIDOS	VILLALBA CHAMORRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:23:41	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

8859

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892002210-6

10699

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

352600132

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:04 | CUDE | a0d3f65e23977b07d1e39417218298 1ea7fd2894a3c4e0172a3e8ac7d90e4948287 40b0d8b4f3eb1058c033957e298

Suscriptor: JENNY CAROLINA MORENO CASTRO
Dirección: CR 37B 39B 47 BRR LA SALLE
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(Z) A-S
Lectura Anterior 7294
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 7294
Anomalia 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Saldo Anterior	$887,450
OTROS CONCEPTOS:	
Interes Mora	$3,326
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$890,780

Consumo Promedio Ult. 6 Meses:
Documento No.: DES2635955
Facturas Atrasadas :66

Ultimo Pago: $31570 28-10-19
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112405125

Información del medidor

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071030583	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	PARA SUSPENSION

Información técnica

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT134	(HC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(Tot) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(D) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	28.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

Desglose factura Energía Activa Consumo de 303 kWh

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					882.84

Interés moratorio residencial 0,49% | Interés moratorio no residencial 1,56%

Subsidios y Aportes

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $890,780

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

INMEDIATO	INMEDIATO	$890,780

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE Señor usuario, acérquese a nuestras instalaciones y financie su deuda, evítese procesos judiciales.

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 21-2112405125	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
09-04-2025/09-05-2025		352600132	INMEDIATO	$890,780

GRAN CONTRIBUYENTE R. ... VIGILADA POR LA SUPERIN... ...NDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

... 012635 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Ene ...2002

8860

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha:	Dia	Mes	Año	Centro Vida:	San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ramiro malambo tique
Fecha y lugar de nacimiento:	04-02-1954 Coyaima tolima
Edad:	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 5.967.810

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cl 37c 41-53					
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	2	Barrio:	San José	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3132395544

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:			
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN	X	
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

No Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Romiro Malamba Tique

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8861



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 5.867.810
MALAMBO TIQUE

APELLIDOS
RAMIRO

NOMBRES

Ramiro Malambo Tique
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1954
COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-JUL-1975 COYAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

8862

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2025

Ficha: 500010981452500005825

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAMIRO

Apellidos: MALAMBO TIQUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5867810

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/03/2023

Última actualización ciudadano: 12/03/2023

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	5867810
NOMBRES	RAMIRO
APELLIDOS	MALAMBO TIQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	25/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:24:49	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

Nota: 21-211230117B

CÓDIGO DEL CLIENTE
394874293

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:37 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 14:37 | CUDE |

Suscriptor: CLIMACO TAPIERO YATE
Dirección: CL 37C 41 53 AP 201 BRR SAN JOSE
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



Lectura Anterior 3079	Lectura Actual 3104
Tipo de Lectura Con Lectura	Anomalía 0
Consumo Promedio UL 6 Meses: 39	Último Pago: $30750 23-04-25
Documento No.: 0453609725	Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Facturas Atrasadas: 0	Ruta: 21-211230117B

Bioagrícola del Llano S.A.
Empresa de servicios públicos BIC
Responsable de IVA
Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Recrel
Villavicencio, Meta
Autorreteneedores ICA en Villavicencio
Resolución 1603-07.03/708 del 26 de junio de 2024
NIT 822.003.268-9
12.68 1-5000 1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO:
999999210043
DOCUMENTO No:
040462831

LÍNEAS DE ATENCIÓN
LÍNEA DIRECTA 110

DATOS GENERALES

Mes de facturación:	ABRIL	Est/Cat:	2/	Subsidio (%):	-28
Uso:	RESIDENCIAL	Fr. recolección:	3	Contribución (%):	0
Und. residencial:	1	Fr. barridos	2	Tasa de interés:	0.10
Und. no residencial:	0	Volumen M3:	0	Fact. vencidas:	0

HISTÓRICOS FACTURAS / TOPS

MES 1	MES 2	MES 3
28,412	26,253	26,404
MES 4	MES 5	MES 6
26,545	26,464	26,433

Tonelades	Actual	Anterior
TRSL	0.002501	0.002968
TRLU	0.001471	0.001353
TRRA	0.000168	0.000150
TRA	0.026842	0.026431
TRMA	0.040449	0.039277
TAPA	0	0
TAPMA	0	0

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (EB)	NÚMERO (E)	FACTOR
HOL	170214946	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	12-MAY-2025 04:05				
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod. Circuito	VIU213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1650	(HC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CSC) Consumo estimado a compensar	41
(DES) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%K) Porcentaje de descuento del cargo	20
(NI) Número total de interrupciones	14	(DI) Cargo de Distribución	202.58
(DAIC) Multa por duración	28.92	(FA/V) Multa por Frecuencia	25

Vr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de ENERGÍA ($/ kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el Sistema de Transmisión Nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07)(monomio) Nivel (					882.84
					882.84

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total:	25,630
Costo Variable no aprov:	190,762
Aprovechamiento:	4,237
Valor base aprovechamiento:	171,946

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo:	25,630
Cargo Variable:	12,768
Subsidio/Contribución	-10,953
Devoluciones(-):	0
Ajuste aprovechamiento:	721
TOTAL ASEO:	$28,156

OTROS SERVICIOS

Productos:	IVA:	0
Servicios:	IVA:	0
TOTAL OTROS SERV:		$0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend.	Saldo deuda	Valor cuota mes
0	0	0	0	$0

Valores en reclamación 0

TOTAL Bioagrícola $28,156

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:

491.92 (Valor kWh con SUBS) x 25 (Consumo en kWh)	$12,298
VALOR NETO:	$22,071
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-9,773
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$12,298
Impuesto AP	$441
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$446
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$12,744

Andrea Lasmpa Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

*Nombre valido de acuerdo con los conceptos de la liquidación al respaldo de esta factura.

**El tope de descuento corresponde a devoluciones y descuentos puesta a puesta para los que aplicaron.

BG 5480-1 OS 1151-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $				

FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$40,900

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ (E)
FIRMA GERENTE

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,58%

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente 394874293
Número de documento
$40,900
Valor a pagar

Código del cliente
Número de documento
Valor a pagar

415770999800244980200394874293390000000040900

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 del Dic.14-2011 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR POR LA ELECTRICIDAD RESOLUCIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

8865

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rosalba Lavado Romero
Fecha y lugar de nacimiento:	07-08-1964
Edad:	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 21046962

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Fisica		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	CG
Otro		Indigena		Psicosocial	X	EPS	Coosalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Cra 37B - 39B - 44				
Municipio:		Estrato:	1	Barrio:	Salle
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3112488830

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono:	Correo:

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN	X	
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Rosalba Lozada Romero

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8866


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.046.962
LAVADO ROMERO
APELLIDOS
ROSALBA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1964
UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47
O+
F
SEXO
23-MAY-1983 UBAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

8867

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 04/06/2025

Ficha: 50001048646600000228

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSALBA

Apellidos: LAVADO ROMERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21046962

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/07/2019

Última actualización ciudadano: 28/10/2024

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	21046962
NOMBRES	ROSALBA
APELLIDOS	LAVADO ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/08/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:27:24	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

8867

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 04/06/2025

Ficha: 50001048646600000228

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSALBA

Apellidos: LAVADO ROMERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 21046962

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/07/2019

Última actualización ciudadano: 28/10/2024

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8869

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT. 892002210-6

10599

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

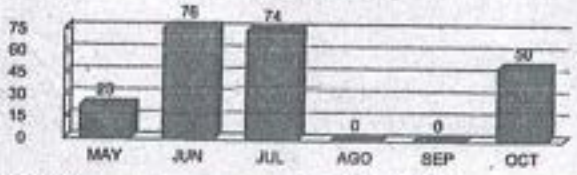
352035082

Hoy tenemos una imagen que representa nuestras raíces llaneras, lo mejor está por venir.

Suscriptor: **"ROSALBA LAVADO ROMERO"**
Dirección: **"CR 37B 39B 44 BRR LA SALLE"**

Ciudad: **Villavicencio**

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 10243
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 10293
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 33
Factura No.: 2022103520335082
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $18930 26-08-22
Periodo Facturado: 10-09-2022/10-10-2022
Ruta: 21-2112404710

DATOS D

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$4.450	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía: 301.97 (Valor kWh con SUBS) x 50 (Consumo en kWh)	$15.099
VALOR NETO:	$37.747
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22.648
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$15.099
Impuesto AP	$377
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS	$381
DESCUENTOS:	
Pago aplicado a factura	$-15.480
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-15.480
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$0

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (DI)	NÚMERO (SI)	FACTOR
HOL	071030209	1

FACTURACIÓN DE 14-OCT-2022

ESTRATO	1	CLASE	Urbano	CICLO	4
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	VIG213 -	(HC) Horas Compensadas	0
(TR) Transformador	VIT134	(VC) Valor a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Constante utilizada a compensar	0
(DUI) Duración en horas de interrupciones	848	(TIU) Porcentaje de descuento del cargo	14
(NIU) Número total de interrupciones	6	(DI) Cargo de Distribución	186.47
(MAD) Monto por duración	26.52	(FMG) Monto por Promedio	25

Valor a Compensar $ 0

DESCRIPCIÓN DE LOS CARGOS DE LA FACTURA

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	282.36	Pérdidas reconocidas	PR $	68.58
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	50.85	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.85
Transporte en el sistema de distribución local	D $	306.8	Costo de comercialización	C $	95.34
Total costo unitario de prestación del servicio (mensual) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+R		853.77

Subsidio / CES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,57%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pagúe antes de:	Suspensión desde:	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2022	28-OCT-2022	$0

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

ELIECER ALMEIDA GUTIÉRREZ*
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO
10-09-2022/10-10-2022

Ruta: 21-2112404710

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
352035082	27-OCT-2022	$0

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT. 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se entiende se trata letra de cambio. www.electrificadoradelmeta.com

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	21046962
NOMBRES	ROSALBA
APELLIDOS	LAVADO ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/08/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:27:24	**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

8869

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT: 892000210-6

10599

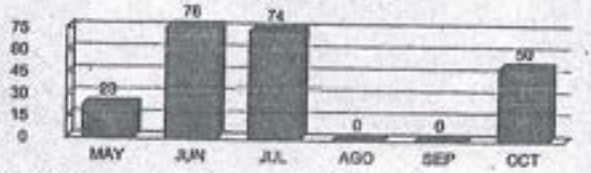
CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

352035082

Hoy tenemos una imagen que representa nuestras raíces llaneras, lo mejor está por venir.

Suscriptor: "ROSALBA LAVADO ROMERO"
Dirección: "CR 37B 39B 44 BRR LA SALLE"
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 10243
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 10293
Anormalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 33
Factura No.: 2022103352035082
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $19930 26-08-22
Periodo Facturado: 10-09-2022/10-10-2022
Ruta: 21-2112404710

DATOS D

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$4.450	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:	
301.97 (Valor kWh con SUBS) x 50 (Consumo en kWh)	$15.099
VALOR NETO:	$37.747
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22.648
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$15.099
Impuesto AP	$377
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS	$381
DESCUENTOS:	
Pago aplicado a factura	$-15.480
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-15.480
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$0

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	071030209	1

FACTURACIÓN DE 14-OCT-2022

ESTRATO	1	CLASE	Urbano	CICLO	4
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

INFORMACIÓN DE MEDICIÓN

Directa	VI0213 -	(EHC) Horas Compensadas	0
Trasformador	VIT134	(VC) Vueltas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
Duración en horas de interrupciones	848	(TIM) Porcentaje de descuento del cargo	14
Número total de interrupciones	6	(DS) Cargo de Distribución	186.47
Monto por duración	22.92	(PAG) Monto por Prorrateo	25

Vr a Compensar $ 0

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

COMPONENTES DEL COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	282.36	Pérdidas reconocidas	PR $	68.58
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	50.85	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.85
Transporte en el sistema de distribución local	D $	306.8	Costo de comercialización	C $	95.34
Total costo unitario de prestación del servicio (promedio) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+O		853.77

Subsidio	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura
DES			

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,67%

Fecha máxima de pago	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2022	28-OCT-2022	$0

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

ELIECER ALMEIDA GUTIÉRREZ*
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO
10-09-2022/10-10-2022

Ruta: 21-2112404710

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
352035082	27-OCT-2022	$0

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT: 892000210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. www.electrificadoradelmeta.com

8870

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ruby Maria Ortiz
Fecha y lugar de nacimiento:	16-01-1950

Edad: 7 — Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 40 372 215

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Fisica		Contributivo	
Despojo de Tierras	X	Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera	X	Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	A4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capita Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Calle 39A -46-89				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	Libertadores
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3118959028

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	

Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:			
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Ruby maria ortiz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8871

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.372.215**
ORTIZ

APELLIDOS
RUBY MARIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1950**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

25-SEP-1982 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00314520-F-0040372215-20110715 0027427186A 1 364 5433

8872

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/06/2025

Ficha: 500011191460900020641

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **RUBY MARIA**

Apellidos: **ORTIZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **40372215**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/05/2023

Última actualización ciudadano: 13/05/2023

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8873

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	40372215
NOMBRES	RUBY MARIA
APELLIDOS	ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	29/01/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:28:27	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".

emsa
Trabajamos con energía
NIT: 892002210-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Apostea Villavicencio
Línea emergencia 24 horas al 316 027 8035

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
207904462

RUTA: 21-21124045625

3319 8874

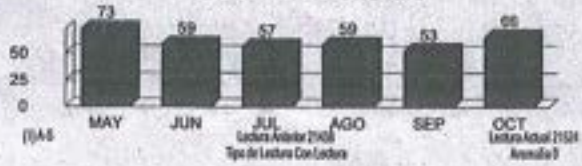
1/1

3057

Espacio para sello

Suscriptor: HILSER GONZALEZ CARVAJAL
Dirección: CL 39A 46 89 BRR LIBERTADORES
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 62
Factura No: 2031030784462
Facturas Atrasadas: 0

Periodo Facturado: 11-09-2024/11-10-2024
Ruta: 21-21124045625

Ultimo Pago: $41000 24-09-24
OCT-2024

INFORMACIÓN TECNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
PAP	20346184	1

FACTURACIÓN DE: 15-OCT-2024

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

CAE Circuito	VII3213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT2425	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	59
(DIU) Duración en horas de interrupciones	.469	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	5	(Cd) Cargo de Distribución	192.57
(DIU0) Meta por duración	26.92	(FIU0) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	338.85	Pérdidas reconocidas	PR $	61.53
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	48.55	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	12.72
Transporte en el sistema de distribución local	D $	239.78	Costo de comercialización	C $	152.7
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)				CU=G+T+D+C+PR+R	854.13
					854.13

DATOS DE FINANCIACION

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	

VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:

$380.27 (Valor kWh con SUBS) x 66 (Consumo en kWh)	$25,076
VALOR NETO:	$56,372
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-31,275
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$25,097
Impuesto AP	$564
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$566
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$25,664

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	2,15%

Bioagrícola del Llano S.A.
Empresa de servicios públicos BIC
Responsable de IVA
Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Bazal
Villavicencio, Meta
Autoretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1653-67.07/168 del
26 de Junio de 2024
NIT 822.000.265-9
RUT 1-5000-1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO: 999999210033

DOCUMENTO No: 038840704

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784267 323 2540656 — Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada continua — LÍNEA DIRECTA 110

DATOS GENERALES

Mes de facturac:	SEPTIEMBRE	Est/Cat:	1/	Subsidio (%):	-35
Uso:	RESIDENCIAL	Fr. recolección:	3	Contribución (%):	0
Und. residencial:	1	Fr. barrido:	2	Tasa de interés:	.50
Und. no residencial:	0	Volumen M3:	0	Fact. vencidas:	0

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
21,281	42,647	21,688
MES 4	MES 5	MES 6
21,104	22,000	22,048

Toneladas	Actual	Anterior
TRIL	0.002968	0.003874
TRLU	0.001353	0.001351
TRRA	0.000160	0.000157
TRA	0.026323	0.025193
TRNA	0.036080	0.037899
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total:	23,769
Costo Variable no aprov:	188,415
Aprovechamiento:	4,462
Valor base aprovechamiento:	169,511

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo:	23,769
Cargo Variable:	12,105
Descuentos	-1,435
Subsidio/Contribucion	-12,556
Devoluciones(-):	0
Ajuste aprovechamiento:	0
Ajustes	4,102

OTROS SERVICIOS

Productos:	0	IVA:	0
Servicios:	0	IVA:	0
TOTAL OTROS SERV:			$0

TOTAL ASEO: $25,956

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend.	Saldo deuda	Valor cuota mes
0	0	0	0	$0

Valores en reclamación 0

TOTAL Bioagrícola $25,956

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

*Puedes validar la descripción de los conceptos de la liquidación al respaldo de esta factura

SC 1499-1 CO 117-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pagos antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
25-OCT-2024	26-OCT-2024	$51,650

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente / Número de factura: 207904462 — $51,650 Valor a pagar

Código del cliente / Número de documento — Valor a pagar

4157709998002449802002079044623900000000051650

GRAN CONTRIBUYENTES No. 012035 de DIC 14/2010 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR - NA: 0547 Envío:25-2552
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
VIGILADA SUI

8875

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha:	Día	Mes	Año	Centro Vida:	San jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Samuel Antonio Salgado						
Fecha y lugar de nacimiento:	06-04-1937 Ubalá Cundinamarca						
Edad:		Identificación: CC TI RC TE CE PP		Número:	3216.750		

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera	X	Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B2
Otro		Indigena		Psicosocial	X	EPS	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	dle 37C 40-95					
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	2	Barrio:	San José	
Zona:	Rural		Urbano	x	Telefono:	3206715905

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:		
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	SI	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

ND Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Samuel Antonio Salgado

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

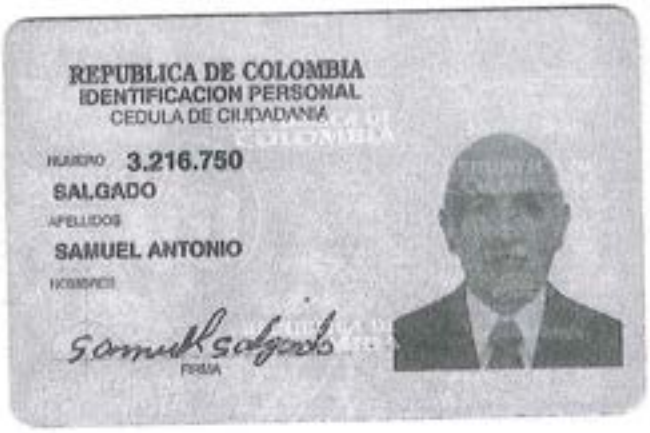
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8876



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.216.750
SALGADO
APELLIDOS
SAMUEL ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1937
UBALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-FEB-1960 UBALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

8877

Sisbén

Verificación - Calidad de la encuesta - Número de personas atípico en el hogar con discapacidad.

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 50001078655200000037

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL ANTONIO

Apellidos: SALGADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3216750

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8878

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	3216750
NOMBRES	SAMUEL ANTONIO
APELLIDOS	SALGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/26/2025 14:29:45	**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

9527

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892002210-6

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

206771841

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra Inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

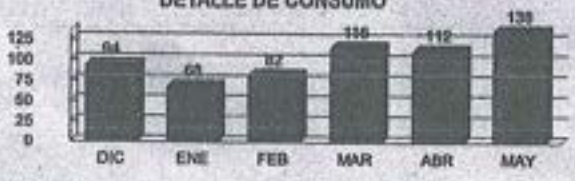
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:0 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:0 | CUDE |

Suscriptor: **SAMUEL ANTONIO SALGADO**

Dirección: **CL 37C 40 95 BRR SAN JOSE**

Ciudad: **Villavicencio**

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 18385
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 18521
Anomalía 0

Consumo Promedio UR. 6 Meses: 91
Documento No.: DE82854812
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $56870 23-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025 09-05-2025
Ruta: 21-2112301323

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 491.92 (Valor kWh con SUBS) x 136 (Consumo en kWh)	$66,901
VALOR NETO:	$120,066
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-53,165
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$66,901
Impuesto AP	$2,401
OTROS CONCEPT	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,401
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2

COTREM 12 23 MAY 2025

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$69,300

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ **$0**

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$69,300

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071063528	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Validaciones de calidad

Old. Oculta	VIG213	(HC) Horas Compensadas	0
ODD. Transformador	VIT1650	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	116
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(TH) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(DC) Cargo de Distribución	202.58
(DMG) Multa por duración	26.92	(FMG) Multa por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio del EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					882.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,56%

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES 147 Enero-25-2002
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
VIGILADA PO

8880

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Teresa Piñeros
Fecha y lugar de nacimiento:	15-10-1932
Edad: 92	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 20 444 769

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Cl 39 Bis 46-17				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Libertadores
Zona:	Rural	Urbano	X	**Telefono:**	3115859888

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono:	**Correo:**

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	Y	
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	N	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

No Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Teresa Arceros

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8880

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Teresa Piñeros
Fecha y lugar de nacimiento:	15-10-1932
Edad: 92	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 20 444 769

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	

Condición de Victima		Enfoque Diferencial		Discapacidad		Seguridad Social	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Cl 39 Bis 46-17				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	Libertadores
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3115859808

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono:	Correo:

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

No Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Teresa Aceros

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8881



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.494.769
PIÑEROS

APELLIDOS
TERESA

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1932
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-NOV-1956 EL COLEGIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1503100-00191058-F-0020494769-20091009 0017514033A 1 3442/8890

2887

Sisbén

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: 500010591249200000002

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **TERESA**

Apellidos: **PIÑEROS**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **20494769**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/04/2021

Última actualización ciudadano: 09/04/2021

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8883

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	20494769
NOMBRES	TERESA
APELLIDOS	PIÑEROS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/03/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:39:49	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

10551

8824

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892002210-8

Calle 37A 35-51 Barrio Alto Vía La Arenosa Villavicencio
Línea gratuita nacional 018000 938515
Línea nacional exclusiva para reportes 318 027 8023
WhatsApp: 318 555 9464

Pregúntele a su técnico electricista - Servicios eléctricos residenciales

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

207922646

7195 1/1

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACION | 2025-05-12 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:0 | CUDE | 6686c85f83687ba6e931c253c7a7aa2a74376873787879f49a9465554e9f0a3aad08a0f0b0b5482b4c1338d6fd02e719f0

Suscriptor: JOHANA ANDREA BELLO OSTOS

Dirección: CL 39 BIS 46 17 BRR LIBERTADORES

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 1572
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 1581
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 10
Documento No.: DE52655818
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $3810 16-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112404145

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	2023000872	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Nivel Circuito	VIO213	(HC) Horas Compensadas	0
(NTD) Transformador	VIT2425	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	9
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(DI) Carga de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	28.92	(FIUG) Meta por frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23

Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (economía) Nivel [1] CU=G+T+D+C+PR+R 882.84

Interés moratorio residencial 0.49% | Interés moratorio no residencial 1.55%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$2,316,977

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
393.53 (Valor kWh con SUBS) x 9 (Consumo en kWh)	$3,542
VALOR NETO:	$7,945
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-4,404
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$3,541
Impuesto AP	$79
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$79
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$3,620

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$3,620

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 21-2112404145	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
09-04-2025/09-05-2025		207922646	23-MAY-2025	$3,620

(415)7709998002449(8020)0207922646(3900)0000003620

emsa Electrificadora del Meta S.A. Nit. 892002210-8

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012005 de DIC/14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-26-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
Electrificadora del Meta SA. Nit: 892 002 210-8. SVNDE-EMSA

8885

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Mayerli Jimenez Angel
Fecha y lugar de nacimiento:	06-09-1956 Acacias Meta
Edad: 68	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 21235710

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	C4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capital salud
		NARP		Múltiple	X		
		ROM		¿Cuenta con certificado?	Si		

Dirección:	Calle 39-46-62				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	Libertadores
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3103023164

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ana Celeste Rivero		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	40.329415		
Telefono:	3103023164	Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Mayuly Jimenez Angel.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)



Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
21.235.710
JIMENEZ ANGEL
MAYERLI


FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1956
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
21-OCT-1977 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

8887

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	21235710
NOMBRES	MAYERLI
APELLIDOS	JIMENEZ ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/08/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:43:17	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".

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
NIT. 892500230-6

Calle 37A 45-51 Barrio Alto Vista La Aurora Villavicencio
Línea 115 (solo llamadas locales)
Línea gratuita nacional 018000115115
Desde cualquier operador 316 027 8055
WhatsApp: 313 835 7484

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

207872344

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-11 13:42 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-11 13:55 | CUDE | ad1f0223443f3bc46607c7f6f39b1395e12b9c78c54c90752ac112fb060badac13a17d0a4ed3f8a7e4c7d5ed57f5a0f4c

Suscriptor: VICTOR MANUEL RIVEROS

Dirección: CL 39A 46 62 BRR LIBERTADORES

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11314
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11364
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 51
Documento No.: DES3049359
Facturas Atrasadas :2

Ultimo Pago: $44700 17-03-25
Periodo Facturado: 10-05-2025/09-06-2025
Ruta: 21-2112404585

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 306.12 (Valor kWh con SUBS) x 50 (Consumo en kWh)	$12.806
VALOR NETO:	$42.946
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23.140
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$19.806
Saldo Anterior	$38.640
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$429
Interes Mora	$185
SUBTOTAL VALOR OTROS	$58.257
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	

CONSUERTE 18 JUN 2025

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071065164	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 11-JUN-2025 03:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	PARA SUSPENSION

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	[NC] Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT2425	[VC] Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	[CIC] Consumo estimado a compensar	45
[DU] Duración en horas de interrupciones	2.976	[%t] Porcentaje de descuento del cargo	20
[FU] Número total de interrupciones	13	[Dt] Cargo de Distribución	197.35
[DUU] Meta por duración	26.92	[FUU] Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a Pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Pérdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.76	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.92
Transporte en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		858.97			

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
INMEDIATO	INMEDIATO	$59,060

Interés moratorio residencial 0,49% | Interés moratorio no residencial 1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Se Informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podrán cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE

CONSUERTE 18 JUN 2025

EDWIN RODOLFO SOLANO
FIRMA CLIENTE

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC/14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 47 Enero-25-2022
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

8889

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 14/07/2025

Ficha: 500010941460400019298

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MAYERLI

Apellidos: JIMENEZ ANGEL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21235710

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/03/2023

Última actualización ciudadano: 28/03/2023

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8896

ESE MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO IPS BARZAL
NIT. 822002459-8
CARRERA 36 N 34A 15 - 17 BARRIO BARZAL (Tel:)

Remisiones
202503120126 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Dia: 12 Mes: 03 Año: 2025 — No. Historia Clinica: CC21235710

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos: MAYERLY JIMENEZ ANGEL

Documento de Identidad: CC 21235710 **Genero:** Femenino **Edad:** 06/09/1956 - 68 Ano(s)

Dirección: CARRERA 39 # 45-62 CASA 22 / B: LIBERTADORES **Telefono:** 3103023164

Municipio: VILLAVICENCIO **Departamento:** Meta **Zona:** Urbana

Responsable del Usuario:

Aseguradora: CAPITAL SALUD EPS-S SAS **Regimen:** Subsidiado POS

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
12/03/2025	12/03/2025	CONSULTA	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud		**Servicio al que se remite**	**Especialidad**
Remision		NEFROLOGIA	NEFROLOGIA

Remisión

Motivo: Nivel de competencia

Autorización: 1

Descripción:
PACIENT CON DX DE .DIABETWS MELLIUT S TIPO DOS DE 28 AÑOS . HIPERTENSION ARTERAIL DE 41 AÑOS DE EVOLCUION ***RIESGO CARDIOVASCULAR: ALTO secuela de acv hemiplaja izqirdo . incontinecia urina ERC ESTADIO 3A TFG 53 Cockcroft - Gault 03/03/2025 COLESTEROL HDL 62.2 mg/dL 35 200 TECNICA: Test fotométrico enzimático COLESTEROL LDL * 124.8 mg/dL 130 160 COLESTEROL TOTAL * 209.0 mg/dL 50 200 TECNICA: enzimática fotométrica "CHOD-PAP" CREATININA EN SUERO 0.84 mg/dL 0.6 1.1 TECNICA: PAP Test enzimático colorimétrico GLICEMIA * 149.0 mg/dL 70 105 110.0 mg/dL 0 200 EKG RITMO NOMRAL GAMMA 01/03/2025 MICROALBUNUROA 45 SODIO 136 POTASI 3.9 CLORO 105 REALACION MICROALB UNIRI / CERAINURA 125

Médico que Remite:

CLAUDIA PATRICIA MEJIA OTALORA
MEDICINA GENERAL
Cedula 51678266
Registro Profesional

DX Principal :	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	**Código CIE:**	E119
Relacionado 1:	Enfermedad renal crónica, etapa 3	**Código CIE:**	N183
Relacionado 2:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	**Código CIE:**	I10X

Nivel de Competencia

Nivel que Remite: 1 **Nivel al que Remite:** 1

Hora Solicitud

Hora: 14 **Minutos:** 53

Hora Confirmación

Hora: 14 **Minutos:** 53

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): 1

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora: **Minutos:**

Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

CLAUDIA PATRICIA MEJIA OTALORA

8894

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Heber Alberto García Parra
Fecha y lugar de nacimiento:	12-03-1962 Villavicencio
Edad: 63	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 17.322.716

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capital Salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cl 37 39A 82 San José				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San José
Zona:	Rural	Urbano		Telefono:	3124988899

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono:	Correo:

8891

ESE MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO IPS BARZAL
CARRERA 36 N 34A 15 - 17 BARRIO BARZAL - Tel:
Nit. 822002459-8
RESUMEN EPICRISIS
Desde: 12 de Marzo de 2025 Hasta 12 de Marzo de 2025
CC 21235710 - MAYERLY JIMENEZ ANGEL

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	06/09/1956 - 68 Año(s)
Género:	Femenino
Sexo:	Femenino
RH	A+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Ninguno
Ocupación:	No Aplica
Estado civil:	No Aplica
Grupo de atención:	Otros Grupos Poblacionales
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores
Email:	notiene@gmail.com
Responsables del paciente:	
Parentesco del responsable:	
Teléfono del responsable:	

Datos de procedencia

País:	Colombia
Departamento:	
Municipio:	

Datos de residencia

Departamento:	Meta
Municipio:	Villavicencio
Dirección:	Carrera 39 # 45-62 Casa 22 / B: Libertadores
Telefono:	3103023164 - 3106746081

Administradora	Tipo de usuario
CAPITAL SALUD EPS-S SAS	Subsidiado POS

Atención: 202503120126 - [500010054019] IPS BARZAL

Fecha y Hora de Ingreso: 12/03/2025 14:21:36

Identificación:	CC 21235710	Edad en la atención:	68 Ano(s)
Administradora:	CAPITAL SALUD EPS-S SAS	Nombre:	MAYERLY JIMENEZ ANGEL
Poliza:		Tipo de Usuario:	Subsidiado Pos
Servicio de Ingreso:	Ambulatorios	Autorización:	

Datos del acompañante
Tipo: Solo

Parametro no encontrado o sin Valor: OculColumPresParametro no encontrado o sin Valor: OculColumPresParametro no encontrado o sin Valor: OculColumPresParametro no encontrado o sin Valor: OculColumPresParametro no encontrado o sin Valor: OculColumPresParametro no encontrado o sin Valor: OculColumPresParametro no encontrado o sin Valor: OculColumPres

CONSULTA EXTERNA

• Anamnesis

Fecha y Hora: **12/03/2025 14:26:48** **Profesional:** **Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)**

Tipo de Consulta:	(890301A) CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL CRONICOS
Finalidad:	Hipertension
Motivo de Consulta:	Mc vengo al control del azucar y tension " paciente femenino edad 68 años ocupación ama de cas estado vil solter celular 3103023164 acompañante ana cleerts hija
Enfermedad Actual:	PACIENT CON DX DE ,DIABETWS MELLIUT S TIPO DOS DE 28 AÑOS , HIPERTENSION ARTERAIL DE 41 AÑOS DE EVOLCUION ***RIESGO CARDIOVASCULAR: ALTO secuela de acv hemiplaja izqirdo , incontinecia urina ***ESTADO NUTRICIONAL: , ***VALORACION COGNITIVA: NORMAL, ***ESTADO EMOCIONAL/AFECTIVO: NORMAL, ***INDICE DE BARTHEL: 100 (INDEPENDIENTE). L 2 xxx al interrogar se busca signo de alarma dolor precordial, dificultad respiratoria, poliuria, polifagia, disartria, cambio de estado de conciencia, perdida súbita de la fuerza , perdida de peso reciente, cefalea , visión borrosa ,vértigo ,hematuria 3 ---tolera tratamiento farmacologico si dherencia al tratamieno si entrega de los medicamentos 4. --- se explican meta 130 /80 hemoglobina glicosida 7% 5.--- niega consumo de medicmantos que modifique las cifras de antesion arteal y diabetes mellitus tipo dos ainaes corticoisn vasoconstrictores nasales niega hospitalización reciente – 6 ---NIEGA TABAQUISMO NIEGA CONSUMO DE LICOR O SUSTANCÍA PSICOACTIVAS 7---niega haber sido victima de violencia sexual niega haber tenido enfermedades de transmision sexua 8---- se le interroga sobre signos de sintomas respiratorio , tos sudoracion nocturna perdida de peso 19. ---vacunacion covid 19 tres dosis influenza 10 ---VALORACIÓN POR : medina interna SI o oftalmologia no nutricoon psicologia odontologia --- 11 xx RECOMENDACIONES - de cambio de estilo saludable de vida - ejercicio aerobicos caminar nadar 30 mints por 5 dias a la semano -dieta rica verdura fruta fresca , cereales , baja en harina,dulce, SAL -no consumo de productos industrializados, encurtidos enbutidos. no conusmo de licor gaseosas, bebidas azucaradas cafe , licor , bebidas negras. d se realiza la NO SUSPENDER LOS MEDICMANTOS ORDENAD

• Antecedentes

Fecha y Hora: **12/03/2025 14:27:26** **Profesional:** **Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)**

Planificación:	No	Metodo: Sin Metodo
Familiares:	Si	NIEGA
Personales:	Si	DM, HTA, OSTEOPOROSIS, ARTROSIS, GASTRITIS
Patológicos:	Si	DM, HTA, OSTEOPOROSIS, ARTROSIS, GASTRITIS ivu
Obstétricos:	Si	G2C2
Ginecológicos:	Si	MENOPAUSIA A LOS 50 AÑOS
Quirúrgicos:	Si	CIRUGIA DE RODILLA IZQ
Tóxico:	Si	NIEGA
Alérgicos:	Si	
Fisiológicos:	Si	NIEGA
Alimentarios:	Si	NIEGA
Traumaticos:	Si	NIEGA
Farmacologicos:	Si	VER PRESCRIPCION.

- **Rev.Sistemas y Ex.Fisico**

Fecha y Hora: 12/03/2025 14:33:41 **Profesional:** Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)

Signos Vitales

Peso:	55.70 Kg	Talla:	145.0 Cm	Índice de Masa Corporal:	26.49 Kg/Mtr	Frecuencia Cardiaca:	70 Min
Frecuencia Respiratoria:	18 Min	Temperatura:	37.00 °C	Presion Arterial:	135 /80	Saturación:	95.00 %

- **Rev.Sistemas y Ex.Fisico**

Exámen Fisico

Estado General:	EN BUEN ESTADO GENERAL HIDRATDA	
Cabeza:	Normal	NORMAL
Ojos:	Normal	ESCLERA BLANCA CONJUNTIVA ROSADA
Oidos:	Normal	otoscopia bilateral normal
Nariz:	Normal	SIN ALTERACIONES
Boca:	Normal	MUCOSA ORAL HUMEDA. OROFARINGE SIN LESIONES
Cuello:	Normal	NO INGURGITACION YUGULAR NO SOPLOS
Torax:	Normal	ruidos cardiacos ritmicos sin soplos murmullo vesicular sin agregados
Abdomen:	Normal	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
G/U:	No se Explora	
Ano:	No se Explora	
Extremidades:	Normal	simetricos, sin edmea, llenado capilar menor a dos segundos
Neurológico:	Normal	alerta conciente orientado en tres esfera
Osteomuscular:	Normal	
Piel:	Normal	GRUESO ARTEJO ERITEM UÑA ENCARNADA
Revisión por sistema:	Normal	
Sistemático Respiratorio:	No	
TBC Multidrogoresistente:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Lepra:	No	
Sintomática Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(70) Normal	

- **Prescripcion**

No: 202503120126-1 **Fecha y Hora:** 12/03/2025 14:40:03 **Profesional:Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)**

Cod.1	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
J01DC008142	Cefalexina 500mg Tableta o Capsula Capsula 500mg | **Tableta o capsula**	1.00 UNID	ORAL	Cada 8 HORA(S)	10 DIA(S)	30	30 UNI.

Obs: 1 TABLETA CADA 8 HORA

Observaciones:

- **Prescripcion**

No: 202503120126-2 **Fecha y Hora:** 12/03/2025 14:41:26 **Profesional:Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)**

Cod.1	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
C09CL021161	Losartan 50mg Tableta 50mg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 12 HORA(S)	3 MES(ES)	180	180 UNI.
Obs: 1 TAB CADA 12 H							
N02BA001011	Acetaminofen 500mg Tableta 500mg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 6 HORA(S)	3 MES(ES)	360	360 TAB.
Obs: 1 TAB CADA 6 H SI DOLOR							
20061998	Empagliflozina Tableta 25mg Tableta 25mg | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	3 MES(ES)	90	90 UNI.
Obs: 1 TAB CADA DIA							
20023511	Linagliptina Tableta 5mg Tableta 5mg | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	3 MES(ES)	90	90 UNI.
Obs: 1 TAB CADA DIA							

Observaciones:FORMULA POR 3 MESES

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 12/03/2025 14:42:03 **Profesional:Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicinaIdentificacion:CC51678266 .)**

Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(903426)		HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	[]

8892

Observaciones:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 12/03/2025 14:43:05 **Profesional:Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicinaIdentificacion:CC51678266 .)**

Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(901235)		UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	1	()
(907106)		UROANALISIS	1	()

Observaciones: SONTROL PORT TRATAMIENTEO

- **Rev.Sistemas y Ex.Fisico**

Fecha y Hora: 12/03/2025 14:44:30 **Profesional:** Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)

Signos Vitales

Peso:	55.70 Kg	Talla:	145.0 Cm	Índice de Masa Corporal:	26.49 Kg/Mtr	Frecuencia Cardiaca:	70 Min
Frecuencia Respiratoria:	18 Min	Temperatura:	37.00 °C	Presion Arterial:	135 /80	Saturación:	95,00 %

- **Control**

Revision por Sistemas

Fecha: 12/03/2025 Hora: 14:44:30 Profesional: CLAUDIA PATRICIA MEJIA OTALORA.(MEDICINA .)

Peso	55.70 Kg	Talla	145.0 Cm	Indice de Masa Corporal	26.49 Kg/m2
Perimetro de Cintura	0 Cm	Perimetro de Cadera	0 Cm	Índice de Cintura/Cadera	0
TA Sentado	135 / 85	TA de Pie	135 / 85	TA Acostado	0 / 0
Frecuencia cardiaca	70 Por Min	Frecuencia respiratoria	18 Por Min	Temperatura	37.00 Â°C
Lipotimia	2	Vertigo	2	Alteracion Visual	2
Agudeza Auditiva	No	Vision Borrosa	No	Irritabilidad	No
Epistaxis	No	Palpitaciones	No	Disnea	No
Ortopnea	No	Angina	No	Claudicacion	No
Dolor Abdominal	No	Diarreas	No	Polidipsia	No
Polifagia	No	Poliuria	No	Nicturia	No
Disuria	No	Polaquiuria	No	Hematuria	No
Flujo Vaginal	No	Prurito Vaginal	No	Disfuncion Erectil	
Temblor	No	Edema Miembros Inferiores	No	Hormigueo Miembros Inferiores	No
Fralidad Miembros Inferiores	No	Adormecimiento	No	Calambres	No
Debilidad Muscular	No	Lesion en Pies	No	Dolor Neurolitico	No
Mareo:	No	Nerviosismo:	No		
Náuseas:	No	Vómito:	No		
Tinitus:	No	Fosfenos:	No	Insomnio:	No
Ulceras:	No	Sudoracion:	No		
Examen de Seno	NORMAL	Descripción	NO		
Comentarios					

Control

Fecha: 12/03/2025 Hora: 14:44:30 Profesional: CLAUDIA PATRICIA MEJIA OTALORA.(MEDICINA .)

Estadio HTA:	CONTROLADA	**Aines:**		**Anticonceptivos:**	
Fecha de inscripción al programa de cronicos:	0000-00-00	**Fecha de diagnostico de ERC estadio 5:**			
Riesgo CardioVascular (RCV):		**Electrocardiograma:**	0	**Descripción:**	
Tasa de Filtración Glomerular	56.36	**Potasio:**	0.00	**Fecha de Potasio:**	
Estadio Renal:	Estadio 3A	**Etiologia de la ERC**	HTA y/o DM	**Estadio de la ERC**	TFGE entre 60 y <90 ml/min
Medicina Interna:		**Psicologia**		**Oftalmologia**	

Laboratorios

Fecha de diagnostico de HTA:		**Fecha de diagnostico de dislipidemia:**		**Fecha de diagnostico de diabetes:**	
Creatinina:	Si	**Fecha Toma Creatinina:**	12/03/2025	**Resultado de Creatinina:**	0.84
Microalbuminuria:		**Fecha Toma Microalbuminuria:**		**Resultado de Microalbuminuria:**	
Hemoglobina Glicosilada:		**Fecha Toma Hemoglobina Glicosilada:**		**Resultado de Hemoglobina Glicosilada:**	
Creatininuria:		**Fecha Toma Creatininuria:**		**Resultado de Creatininuria:**	0.00
Glicemia Basal:		**Fecha Toma Glicemia:**		**Resultado de Glicemia:**	
Parcial de Orina:		**Fecha Toma Orina:**		**Resultado de Orina:**	
Triglicéridos:		**Fecha Toma Triglicéridos:**	12/03/2025	**Resultado de Triglicéridos:**	
Electrocardiograma:		**Fecha Toma EKG:**	12/03/2025	**Resultado de EKG:**	
Colesterol Total:	Si	**Fecha Toma Colesterol Total:**	03/03/2025	**Resultado de Colesterol Total:**	209

Colesterol HDL:	Si	**Fecha Toma Colesterol HDL:**	03/03/2025	**Resultado de Colesterol HDL:**	62
Colesterol LDL:	Si	**Fecha Toma Colesterol LDL:**	03/03/2025	**Resultado de Colesterol LDL:**	124
Relacion albumina creatinuria		**Fecha Toma Parathormona PTH:**		**Resultado de Parathormona PTH:**	

Test de Morisky-Green

Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Olvida tomar los medicamentos a las horas indicados?	Cuando se encuentra bien, deja de toma la medicación?	Si alguna vez le sienta mal, deja usted de tomarla?	Adherencia al Tratamiento:
No			No		No

Educación:		Próximo Control:	12/06/2025	Factores de Riesgo:	No
Vaso Dilatadores Nasales:		El usuario recibe inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) a la fecha de corte		El usuario recibe Antagonista de los Receptores de Angiotensina II, (ARA II) a la fecha de corte	Si Recibe

Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad

Es la HTA y/o DM una enfermedad para toda la vida?	Se puede controlar con dieta y medicación?	Cite 2 o mas organos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada / azucar elevada	Cumplidor:
Si	Si		No

Hipoglicémia:
Hipo Severa:
Observaciones: 1

Frecuencia:
Causa:

- **Laboratorios y Diagnosticos**

Fecha y Hora: **12/03/2025 14:26:48**

Profesional: **Claudia Patricia Mejia Otalora. (medicina .)**

Identificación: **CC 51678266**

Análisis de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas:

PACIENT CON DX DE ,DIABETWS MELLIIUT S TIPO DOS DE 28 AÑOS , HIPERTENSION ARTERAIL DE 41 AÑOS DE EVOLCUION ***RIESGO CARDIOVASCULAR: ALTO secuela de acv hemiplaja izqirdo , incontinecia urina ERC ESTADIO 3A TFG 53 Cockcroft - Gault 03/03/2025
COLESTEROL HDL 62.2 mg/dL 35 200
TECNICA: Test fotométrico enzimático
COLESTEROL LDL * 124.8 mg/dL 130 160
COLESTEROL TOTAL * 209.0 mg/dL 50 200
TECNICA: enzimática fotométrica "CHOD-PAP"
CREATININA EN SUERO 0.84 mg/dL 0.6 1.1
TECNICA: PAP Test enzimático colorimétrico
GLICEMIA * 149.0 mg/dL 70 106
TECNICA: Test fotométrico enzimático "GOD-PAP"
BUN (NITROGENO UREICO) 13.95 mg/dL 9.8 20
TECNICA: Test UV enzimático
TRIGLICERIDOS 110.0 mg/dL 0 200
EKG RITMO NOMRAL
GAMMA 01/03/2025
MICROALBUNUROA 45
SODIO 136 POTASI 3.9 CLORO 105 REALACION MICROALBUNIRI / CERAINURA 125

Tipo de Diagnostico: Confirmado Repetido

Diag. Principal: (E119) DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Diag. Relacionado1: (N183) Enfermedad renal crónica, etapa 3

Diag. Relacionado2: (I10X) HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Diag. Relacionado3: (I694) SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA

Diag. Relacionado4: (N390) INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

8893

- **Remisiones**

Fecha y Hora: **12/03/2025 14:53:26** **Profesional:Claudia Patricia Mejia Otalora.(medicina .)**

Remision N° 1

Especialidad: NEFROLOGIA

Institución:

Acepta: 1 Autorización: 1

Modalidad: Remision

Motivo: Nivel de competencia Incluir Ambulancia: No

Observaciones: PACIENT CON DX DE ,DIABETWS MELLIUT S TIPO DOS DE 28 AÑOS , HIPERTENSION ARTERAIL DE 41 AÑOS DE EVOLCUION ***RIESGO CARDIOVASCULAR: ALTO secuela de acv hemiplaja izqirdo , incontinecia urina ERC ESTADIO 3A TFG 53 Cockcroft - Gault 03/03/2025 COLESTEROL HDL 62.2 mg/dL 35 200 TECNICA: Test fotométrico enzimático COLESTEROL LDL * 124.8 mg/dL 130 160 COLESTEROL TOTAL * 209.0 mg/dL 50 200 TECNICA: enzimática fotométrica "CHOD-PAP" CREATININA EN SUERO 0.84 mg/dL 0.6 1.1 TECNICA: PAP Test enzimático colorimétrico GLICEMIA * 149.0 mg/dL 70 106 TECNICA: Test fotométrico enzimático "GOD-PAP" BUN (NITROGENO UREICO) 13.95 mg/dL 9.8 20 TECNICA: Test UV enzimático TRIGLICERIDOS 110.0 mg/dL 0 200 EKG RITMO NOMRAL GAMMA 01/03/2025 MICROALBUNUROA 45 SODIO 136 POTASI 3.9 CLORO 105 REALACION MICROALBUNIRI / CERAINURA 125

Impreso Por:

CLAUDIA PATRICIA MEJIA OTALORA
MEDICINA GENERAL

8899

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Dia | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Heber Alberto García Parra						
Fecha y lugar de nacimiento:	12-03-1962 Villavicencio						
Edad:	63	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:			17.322.716		

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	

Condición de Victima		Enfoque Diferencial		Discapacidad		Seguridad Social	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capital Salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cl 37 39A 82 San José				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San José
Zona:	Rural	Urbano		Telefono:	3124988899

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono:	Correo:

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

No Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Heber Alberto Garcia Parra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8895


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.322.716
GARCIA PARRA
APELLIDOS
HEBER ALBERTO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1962
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-AGO-1999 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

8816

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2025

Ficha: 50001114654100000275

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **HEBER ALBERTO**

Apellidos: **GARCIA PARRA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **17322716**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/08/2019

Última actualización ciudadano: 25/10/2024

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

8897

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	17322716
NOMBRES	HEBER ALBERTO
APELLIDOS	GARCIA PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/11/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:44:42	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".

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

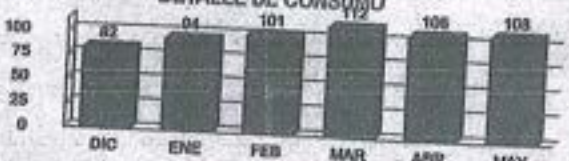
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:[illegible] FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 16:[illegible]

Suscriptor: LUIS ERNESTO GARCIA

Dirección: CL 37 39A 82 AP 101 P 1 AP BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11661
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11989
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
393,53 (Valor kWh con SUBS) x 108 (Consumo en kWh) $42,501

VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (50%)	$95,346
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-52,845
Impuesto AP	$42,501
OTROS CONCEPTOS:	$953
SUBTOTAL VALOR OTROS	$953
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$43,450

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 85
Documento No.: DES2834831
Fechaves Abonadas :0

Ultimo Pago: $42470 25-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112301433

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	6284507	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
USO	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

[illegible]	VIU213	(IEC) Horas Compensadas	0
[illegible]	VIT1650	(IVC) Veces a compensar	0
[illegible]	1.5	(CIC) Consumo estimado a compensar	112
[illegible]	3.073	(CID) Porcentaje de descuento del cargo	20
[illegible]	14	(CFC) Cargo de Distribución	202.58
[illegible]	26.92	(PRC) Multa por Reincidencia	25

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
[illegible] en el sistema de [illegible] nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
[illegible] en el sistema de [illegible] local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Cargo Csv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)			CSv=G+T+D+C+PR+R		882.84
Factor residencial		0.46%	Interés moratorio no residencial		1.59%

Subsidio FOES

kWh/s	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$43,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

O FACTURADO
-2025/09-05-2025

Ruta: 21-2112301433

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
121571407	23-MAY-2025	$43,450

(415)7709998002449(8020)0121571407(3900)0000043450

emsa
Empresa Eléctrica del Meta S.A.
NIT 892000210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.000.210-6, SVVDE-EMSA

8879

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Clara Patricia Herrera.
Fecha y lugar de nacimiento:	10-07-1964 Ibague Tolima
Edad: 60	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 40.373.306

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Cl 37 39A 82				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San José
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3124988899

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	
Relacion con el adulto mayor:	
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono:	Correo:

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

NO Firma.

Firma del adulto mayor

Nombre: Clara Patricia Herrera

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)



Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8900


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40.373.306
HERRERA
CLARA PATRICIA


10-JUL-1964
IBAGUE
(TOLIMA)
1.50
O+
F
07-ABR-1983 VILLAVICENCIO
INDICE DERECHO

8101

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/06/2025

Ficha: 50001114654100000275

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CLARA PATRICIA

Apellidos: HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40373306

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/08/2019

Última actualización ciudadano: 25/10/2024

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	40373306
NOMBRES	CLARA PATRICIA
APELLIDOS	HERRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	31/07/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:47:11	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".

8903

Heber
312 498 8999

6192

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

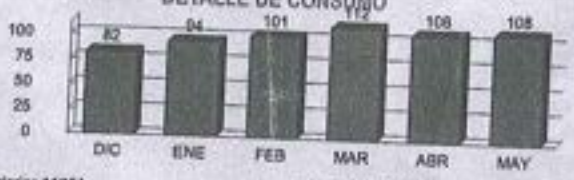
CHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:43 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:02 | CUDE | 8e40b5917ee00b7324a7c1be6d5795b40808fd93c2fec8e689ee0fc825963dfe5be51933099ab5404978914c3de40ec30

scriptor: LUIS ERNESTO GARCIA

ección: CL 37 39A 82 AP 101 P 1 AP BRR SAN JOSE

idad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11681
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11989
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN			
VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 393.53 (Valor kWh con SUBS) x 108 (Consumo en kWh)	$42,501
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	$95,346
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-52,845
Impuesto AP	$42,501
OTROS CONCEPTOS:	$953
SUBTOTAL VALOR OTROS	$953
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 95
Documento No.: DES2034831
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $42470 25-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112301433

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8284507	1

HA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
E	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

alle	VIU213	(SC) Horas Compensadas	0
mulamiento	VIT1850	(VC) Veces a compensar	0
calidad	13	(CIC) Consumo estimado a compensar	112
sión en horas de interrupciones	3.073	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
mero total de interrupciones	14	(CU) Cargo de Distribución	202.56
ta por duración	26.92	(FMG) Meta por Frecuencia	25

Ver a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
o en el sistema de ón nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
e en el sistema de n local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
tal Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)			CUv=G+T+D+Cv+PR+R		882.84
cesto residencial		0.48%	Interés moratorio no residencial		1.88%

Subsidio FOES

kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,450

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$43,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

O FACTURADO
-2025/09-05-2025

Ruta: 21-2112301433

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
121571407	23-MAY-2025	$43,450

(415)7709998002449(8020)0121571407(3900)0000043450

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.002.240-6. SIVDE-EMSA

La empresa tendrá prueba escrita ejecutiva (Art 130 Ley 142 de 1994) para todos los efectos en adelante y para todo tipo de cobro

8904

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha:	Día	Mes	Año	Centro Vida:	Sanjosé

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Jorge Mila Tunjo					
Fecha y lugar de nacimiento:							
Edad:	63	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		40380281			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B-
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Sanitas
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cra 21-28-04					
Municipio:			Estrato:	2	Barrio:	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3219291905

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:			
Telefono:		Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario		
Copia de la consulta de SISBEN		
Copia de consulta en ADRES		
Copia de recibo público		
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Ler Milo Tumaco Ulloa 502

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: _____

Cargo _____

8905


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
TURRIAGO VILLALOBOS

NUIP 40.380.281

Nombres
LUZ MILA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 SEPT 1962

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FOMEQUE (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 JUN 1985, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
23 OCT 2033


ICCOL033004941252001<<<<<<<<<<<
6209274F3310230COL40380281<<<2
TURRIAGO<VILLALOBOS<<LUZ<MILA<

REGISTRADOR NACIONAL

8906

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 14/07/2025

Ficha: 50001105651500000102

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MILA

Apellidos: TURRIAGO VILLALOBOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40380281

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/06/2024

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educacion
- ICETEX

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	40380281
NOMBRES	LUZ MILA
APELLIDOS	TURRIAGO VILLALOBOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/06/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:48:15	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

8908

CUFE ESTE NUMERO PARA CONSULTA O PAGO

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipulados en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra Inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

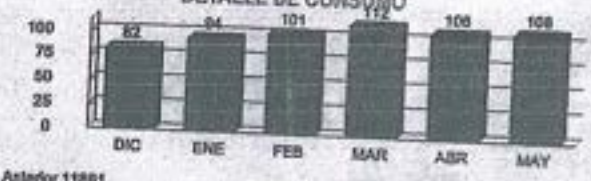
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:0 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:0 | CUDE |

suscriptor: LUIS ERNESTO GARCIA

Dirección: CL 37 39A 82 AP 101 P 1 AP BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11881
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11989
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN			
VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
383.53 (Valor kWh con SUBS) x 108 (Consumo en kWh) $42,501

VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	$95,348
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-52,846
Impuesto AP	$42,501
OTROS CONCEPTOS:	$953
SUBTOTAL VALOR OTROS	$953
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 96
Documento No.: OE82034831
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $42470 25-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112301433

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8284507	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
USO	Residencia	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

[illegible]	VI0213	(NC) Horas Compensadas	0
[illegible]nsumidor	VIT1650	(VC) Veces a compensar	0
[illegible] calidad	13	(CC) Consumos estimados a compensar	112
[illegible]nción en horas de interrupciones	3.073	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
[illegible]mero total de interrupciones	14	(DU) Cargo de Distribución	202.58
[illegible]sto por duración	26.92	(FAS) Meta por Frecuencia	25

Vr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
[illegible]nergía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
[illegible]e en el sistema de [illegible]n nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
[illegible]e en el sistema de [illegible]n local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda) Nivel (1)			CU=G+T+D+Cr+Pr+R		882.84
[illegible]ratorio residencial		0,45%	Interés moratorio no residencial		1,55%

Subsidio FOES

kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,450

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$43,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

O FACTURADO
-2025/09-05-2025

Ruta: 21-2112301433

Código del cliente 121571407

Fecha de vencimiento 23-MAY-2025

Valor a pagar $43,450

(415)7709998002449(8020)0121571407(3900)0000043450

emsa Electrificadora del Meta E.S.P.

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.099.215-4, SWDE-EMSA

La prestación de estos servicios públicos domiciliarios es gestionada y controlada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (Ley 142 de 1994) y por la Ley 689 de 2001 y la prestación de estos servicios públicos domiciliarios es gestionada y controlada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (Ley 142 de 1994) y por la Ley 689 de 2001

8909

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año — Centro Vida: San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Emilia Rosa Hernandez Barrio					
Fecha y lugar de nacimiento:		26 Junio 1943					
Edad:	82	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		36.985.829.			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B2.
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja Copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cra 40 # 37B-02				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San Jose.
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	321 308 88 20

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Mary Moreno		
Relacion con el adulto mayor:	Vecina		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	70 500 913.		
Telefono:	321 308 88 20	Correo:	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		X
Copia de consulta en ADRES		X
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		X

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:
La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.
Consentimiento Informado:
Con la firma para este documento, declaro que:
1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Eliana Rosa Ortiz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: William Andres Gil

Cargo Prof. Proyecto Productivo

8910

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 36.485.829
HERNANDEZ BARRIO

APELLIDOS
EMILIA ROSA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1943
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

22-AGO-1967 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-5200100-01291504-F-0036485829-20200425 0078833508A 3 8504294136

Sisbén

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: S0001094655000000028

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **EMILIA ROSA**

Apellidos: **HERNANDEZ BARRIO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadania**

Numero de documento: **36485829**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Ultima actualizacion ciudadano: 02/08/2019

Ultima actualizacion 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: **YOLANDA COY HERNANDEZ**

Direccion: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**

Telefonos: **3208559257**

Correo Electronico: **sisben@villavicencio.gov.co**

8912

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	36485829
NOMBRES	EMILIA ROSA
APELLIDOS	HERNANDEZ BARRIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/11/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:49:34	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

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIT. 892002210-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alta Vista La Andrea Villavicencio
Línea 115 (solo servicio Meta)
Línea gratuita nacional 018000 115 115
Correo electrónico: servicioalcliente@emsa.com.co
316 027 8083
WhatsApp: 310 561 1464

CÓDIGO DEL CLIENTE 208266770

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:43 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:00 | CUDE | 8cf8700896fcbf0ef7a7be683ae1c91e9645256e47c0cd9548443480b03712c74648dc878a826db5ad778ac6f0a9c

Suscriptor: EMILIA ROSA HERNANDEZ BARRIO
Dirección: CR 40 37B 02 BRR SAN JOSE ALTO
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 40054
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 40117
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 66
Documento No.: DES2834723
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $26050 30-04-25
Periodo Facturado 09-04-2025 09-05-2025
Ruta: 21-2112300828

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
393.53 (Valor kWh con SUBS) x 63 (Consumo en kWh)	$24,792
VALOR NETO:	$55,618
Porcentaje de SUBSIDIO (50%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-30,827
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$24,792
Impuesto AP	$556
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$558

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060310373	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-MAY-2025 03:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $25,350

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Indicadores de calidad

Cod.Circuito	VIC213	(HC) Horas Compensadas	0
COD.Transformador	VIT1424	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	68
(DAI) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%C) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FAI) Número total de interrupciones	14	(DI) Cargo de Distribución	202.58
(DAIU) Meta por duración	28.92	(FAIU) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+R		882.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$25,350

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO 09-04-2025 09-05-2025 | Ruta: 21-2112300828 | Código del cliente 208266770 | Fecha de vencimiento 23-MAY-2025 | Valor a pagar $25,350

(415)7709998002449(8020)208266770(3900)0000025350

emsa Electrificadora del Meta S.A. NIT. 892002210-6 VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES F 17 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

Fecha: Día | Mes | Año **Centro Vida:** San jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Dora Rosa Mejia					
Fecha y lugar de nacimiento:		30 Julio 1946					
Edad:	99	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		10 374. 929			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	x	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	x
Casado(a)		Femenino	x	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física	x	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	x
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Caso Copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	Si		

Dirección:	Calle 39C # 39A - 15				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose.
Zona:	Rural	**Urbano**	x	**Telefono:**	311 459 8405

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Dario Alvaro Mejica		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	17. 332. 388.		
Telefono:	311 459 8405	**Correo:**	

	SECRETARÍA SOCIAL GERENCIA DE ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CÓDIGO	F-DS-26
	FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	VERSIÓN	1

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN		X
Copia de consulta en ADRES		X
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		X

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

La información recopilada en este formulario será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre la protección de datos personales en Colombia. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines relacionados con la valoración psicosocial, la caracterización de beneficiarios y la implementación de programas sociales, garantizando su confidencialidad y seguridad.

El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

1. La información proporcionada es verídica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

x DAVID MOJICA

Firma del adulto mayor

Nombre: x DARIO

Relacion con el adulto mayor (si aplica) x HIJO

(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)



Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre:

Cargo Prof. Proyecto Productivo.

8915



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.374.727

MOJICA

APELLIDOS

AURA ROSA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1946

SATIVASUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

08-SEP-1983 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00200865-F-0040374727-20091130 0018501229A 1 6750025505

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	40374727
NOMBRES	AURA ROSA
APELLIDOS	MOJICA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	30/08/2009	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:51:13	**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

9562

8918

emsa

Electrificadora del Meta S.A.

NIT. 892002210-6

Documento equivalente de factura

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

206741124

*"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora **del Meta SA ESP** dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".*

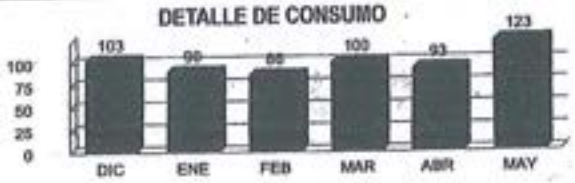
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:0 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:0 | CUDE | 855153d0e51ca202e649dfc1f5f86ee8eech67ee035c15e2935589f5f762b1b81a742e095063d76a0015306f8fee

Suscriptor: ANA JOSEFA CUESTA

Dirección: CL 37C 39A 15 BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 30153
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 30276
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
491.92 (Valor kWh con SUBS) x 123 (Consumo en kWh)	$60,506
VALOR NETO:	$108,589
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	$-48,083
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$60,506
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$2,172
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	$2
Ajuste a la Decena	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$2,174

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 95
Documento No.: DES2634847
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $47220 23-04-...
Periodo Facturado: 09-04-...
Ruta: 21-21123015-8

MARCA CONTADOR (ES)	HOL	NÚMERO (S)	060310327		
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	12-MAY-2025 03:05				
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PR...	ACTIVA

TOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $62,680

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIII213	(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador	VIT1425	(VC) Veces a compensar	
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	1
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%V) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(D) Cargo de Distribución	202.58
(DIU/D) Meta por duración	26.92	(FIU/D) Meta por Frecuencia	25
Vlr a Compensar $	0		

Detalle portafolio

Concepto	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Costos unitarios de Comercialización y Distribución (Creg 119-07)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( )			[1] CU=G+T+D+Cv+PR+R		882.84

Interés moratorio residencial	0,49%	Interés moratorio no residencial	1,58%

Periodo de Facturación

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Periodo antes de	Suspensión Desde	
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$62,680

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

21 MAY 2025

RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AUTORRETENEDORES - AGENTE RETENEDOR DE IVA - INTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

GRAN CONTRIBUYENTE VIGILADA POR LA S...

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-6, SVNEE-EMSA

1/1

Tasa de cambio

8119

VALORACIÓN INICIAL

8920

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San josé	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13 BRR San jose	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-06/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	30082353
PRIMER NOMBRE	Ana	SEGUNDO NOMBRE	Elisa
PRIMER APELLIDO	fornigo	SEGUNDO APELLIDO	villaloboz
FECHA DE NACIMIENTO	11-10-1964	EDAD	60 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	femenino
SISBEN	B7	RH	ot
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cl37B 38-37
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3219291905

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	NO		
MEDICAMENTOS	Refiere no tomar medicamentos		
ACTIVIDAD FISICA	SI x NO	CONSUMO TABADO	SI ____ NO x
CONSUMO LICOR	SI ____ NO x	DISCAPACIDAD	SI x NO Visual.
TIPO DE DISCAPACIDAD	Visual		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	nieta	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	1	Cereales, tubérculos	Poco
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS		Verduras, hortalizas, frutas	Poco
ALIMENTOS INTOLERADOS	No	Carnes, huevos, leguminosas	Poco
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Poco
		Lácteos	No consume.

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	Si	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	Si	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	No
PALIDEZ	Si	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	Si	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	Si	ASCITIS GRADO	Si
CEGUERA NOCTURNA	No	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA		CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: Ninguna			

8921

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA							
METODO TOMA DE PESO	Peso			METODO TOMA DE TALLA	Tallimetro		
PESO: 59	TALLA: 1.57			EDAD: 60	IMC: 23.9		
6.1 TOMA DE MEDIDAS							
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD				
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA	
25	77	33	26	50	33	36	

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: No Refiere tener patologias
7.2 QUIRÚRGICOS: No Reporta cirugias.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Ptc normal.
ESTADO FISICO	Paciate participativa.
ESTADO EMOCIONAL	Paciente muy activa
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Pte refiere que esta muy agradecido con el Programa.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sonia Reyes

NOMBRE: Santa Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Ana Elisa Turriago

IDENTIFICACIÓN: 30082353

8922

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09-Junio-2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3291179
PRIMER NOMBRE	Angel	SEGUNDO NOMBRE	Gabriel
PRIMER APELLIDO	Mora	SEGUNDO APELLIDO	pulido
FECHA DE NACIMIENTO	10-03-1945	EDAD	80 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH	O+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cl 37B-38-41
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3144633592

3. SALUD			
EPS	Nueva EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Diabetico		
MEDICAMENTOS	Metformina 500mg		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO √	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO _____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Fisica.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Esposa.	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	no
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	si	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	si
		Lácteos	si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	si	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	si
PERDIDA AUDITIVA	si	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: No menciona			

8923

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 50	TALLA: 175	EDAD: 80 años	IMC: 16.3

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
19	85	32	73	80	37	50

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Diabetis
7.2 QUIRÚRGICOS: no menciona

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente Normal
ESTADO FISICO	Paciente Apto Participativo
ESTADO EMOCIONAL	Paciente bajo de animo.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Paciente refiere Estar muy agradecido Por el Programa.

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Angel Gabriel Mora

IDENTIFICACIÓN: 3291179

8924/3

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09- junio -2025
DIRECCIÓN	cl 37C 41-13 San José	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	40378031
PRIMER NOMBRE	Blanca	SEGUNDO NOMBRE	Cecilia
PRIMER APELLIDO	Sanchez	SEGUNDO APELLIDO	Rodriguez
FECHA DE NACIMIENTO	08-03-1952	EDAD	73 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Extrema.	SEXO	Femenino
SISBEN	A2	RH	O+
ESCOLARIDAD	No estudio	DIRECCIÓN	Cra 40-37A Bis
OCUPACIÓN	Ama de casa.	TELEFONO	3125081082

3. SALUD			
EPS	caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	No Refiere tener algun diagnostico		
MEDICAMENTOS	No Refiere tomar medicamentos.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO Fisica
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad Fisica		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	NO
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Poco
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8925

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 46	TALLA: 1.55	EDAD: 73	IMC: 19.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
22	63	30	72	90	31	40

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Pte
ESTADO FISICO	Paciente en buena actitud participativa.
ESTADO EMOCIONAL	Paciente Pere 2050
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Paciente notifica estar agusto con la alimentación del Centro Vida Porque mejora Su calidad de vida.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278.

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Blanca Cecilia Sanchez

IDENTIFICACIÓN: 40.378.031

2976

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	9- Junio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula.	NÚMERO	21.180.381
PRIMER NOMBRE	Carmen	SEGUNDO NOMBRE	Leonilde
PRIMER APELLIDO	Gudiño	SEGUNDO APELLIDO	— o —
FECHA DE NACIMIENTO	22-01-1957	EDAD	68 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada	SEXO	Femenino
SISBEN	B3	RH	O+
ESCOLARIDAD	2do Primaria	DIRECCIÓN	Cra 212-395-06
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3169122110

3. SALUD			
EPS	Salud total	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Sin Diagnostico medico		
MEDICAMENTOS	no toma medicamentos		
ACTIVIDAD FISICA	SI __X__ NO ____	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	No cocina	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	no
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Proteina	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	no
		Lácteos	leche

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	si	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	si	DEBILIDAD MUSCULAR	si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA		CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8927

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa.		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.		
PESO: 46	TALLA: 1.53		EDAD: 68	IMC: 19.7.		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	63	28	76	76	43	34

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: No Refiere tener Patologias
7.2 QUIRÚRGICOS: Cesarea.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adecuado
ESTADO FISICO	bueno - Realiza caminatas
ESTADO EMOCIONAL	buena - tranquila, comunicativo.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Su alimentación es buena.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121864278.

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Carmen Leonilde Gudino
IDENTIFICACIÓN: 21.180.381.

89285

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	09 - Junio 2025
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	6375758
PRIMER NOMBRE	Dario	SEGUNDO NOMBRE	— o —
PRIMER APELLIDO	Grogales	SEGUNDO APELLIDO	— o —
FECHA DE NACIMIENTO	18-10-1939	EDAD	85 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada.	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH	O+
ESCOLARIDAD	no estudio	DIRECCIÓN	cl 37c 40-15
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3108899288

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertensión.		
MEDICAMENTOS	No toma medicamentos		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI X NO _____	DISCAPACIDAD	SI X NO Auditivo
TIPO DE DISCAPACIDAD	Auditiva		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	la Esposa	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	No	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	no
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	No	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	Si	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	No	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	Si	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	Si
LAGRIMEO O ARDOR	Si	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: leve - mo			

8929

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 66	TALLA: 1.56	EDAD: 85	IMC: 27.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
26	96	34	69	72	32	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Hipertensión, sin controles medicos.
7.2 QUIRÚRGICOS: No Refiere Cirugias

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Se alimenta muy bien

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121 864.278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Dario Grajales
IDENTIFICACIÓN: 67.757.58

8938

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	17353361
PRIMER NOMBRE	Dumar	SEGUNDO NOMBRE	Ismael
PRIMER APELLIDO	Diaz	SEGUNDO APELLIDO	Zoens
FECHA DE NACIMIENTO	31-12-1961	EDAD	69 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH	O+
ESCOLARIDAD	no estudio	DIRECCIÓN	Calle 37B #40-69.
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3134567322

3. SALUD			
EPS	Caja cop	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	No mencrona		
MEDICAMENTOS	Acetaminofen		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO
TIPO DE DISCAPACIDAD	Fisica		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	No	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	No	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES:		Azucares	Si
No Aplica		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS		ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	No
PALIDEZ	No	DEBILIDAD MUSCULAR	No
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	No	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	No
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES:	Leve - perdido movimiento moderado		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 77	TALLA: 156	EDAD: 69	IMC: 31.6

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
32	104	38	70	80	37	51

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Cirugia de cataratas transplante de cadera

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	buena
ESTADO FISICO	buena
ESTADO EMOCIONAL	buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar el consumo de agua.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Dumar Diaz Zapa

IDENTIFICACIÓN: 17.353.361

8932

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-15	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/06/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21.228.192
PRIMER NOMBRE	Elvia	SEGUNDO NOMBRE	Marina
PRIMER APELLIDO	Cruz	SEGUNDO APELLIDO	—
FECHA DE NACIMIENTO	04-04-1949	EDAD	74 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada	SEXO	Femenino
SISBEN	B1	RH	O+
ESCOLARIDAD	3ro Primaria	DIRECCIÓN	cl 39-79-41
OCUPACIÓN	Ama de casa	TELEFONO	3107669609

3. SALUD			
EPS	Coja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Artrosis degenerativa		
MEDICAMENTOS	Sin medicación		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Ella misma	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	si
		Lácteos	no

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	si
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguno			

8933

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 63	TALLA: 1.50	EDAD: 74	IMC: 28.0

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	86	34	65	80	52	40

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Hernia umbilical.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena.

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO: Elvia Marina Cruz

NOMBRE: Elvia Marina Cruz

IDENTIFICACIÓN: 21.228.192

8934B

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	37C 41 13	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/06/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	15254923
PRIMER NOMBRE	Elkin	SEGUNDO NOMBRE	de jesús
PRIMER APELLIDO	Figueroa	SEGUNDO APELLIDO	Serna
FECHA DE NACIMIENTO	23-12-1958	EDAD	66
GRUPO POBLACIONAL	Vulnerable.	SEXO	Masculino
SISBEN	C2	RH	A+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Cl 39-39-47
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3203841931

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Prostata		
MEDICAMENTOS	Sin tratamiento		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI ____ NO ____
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El mismo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	No
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	No
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	No
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	No
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	si	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	si
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8935

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Peso		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.		
PESO: 62	TALLA: 1.60		EDAD: 66	IMC: 24.2		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	83	40	73	80	51	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Prostata
7.2 QUIRÚRGICOS: Cirugia Prostata

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	depresión
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278.

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Elkin de Jesus Figueroa Serna.

IDENTIFICACIÓN: 15254923

8936
9

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c #1-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21225910
PRIMER NOMBRE	Fabiola	SEGUNDO NOMBRE	—o—
PRIMER APELLIDO	Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO	Hernandez
FECHA DE NACIMIENTO	15-07-1950	EDAD	74 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada	SEXO	Femenino
SISBEN	B1	RH	O+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cl 37c 40-10
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3204251044

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Artrosis degenerativa.		
MEDICAMENTOS	Calcio		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X.
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO _____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Fisico		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Si	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES:	N/A	Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	Si	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES:	ninguna		

8937

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa.	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 90	TALLA: 1.57	EDAD: 74	IMC: 36.5

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
34	1.10	48	66	71	219	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Artosis degenerativa
7.2 QUIRÚRGICOS: transplante de rodilla

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	obesidad grado 3
ESTADO FISICO	Dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	alegre
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar alimentación para mejorar su sobrepeso

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121864278.

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Fabiola Rodriguez A.
IDENTIFICACIÓN: 21225910

893840

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	41888804
PRIMER NOMBRE	fabiola	SEGUNDO NOMBRE	———
PRIMER APELLIDO	Rios	SEGUNDO APELLIDO	Guerra
FECHA DE NACIMIENTO	25-02-1948	EDAD	77 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Extrema	SEXO	femenino
SISBEN	A2	RH	ot
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cl37c 40-7
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	313 428 13 63

3. SALUD			
EPS	caja copi	TIPO AFILIACIÓN	subsidiado
DIAGNOSTICOS	hipotensión, Diabetis		
MEDICAMENTOS	metformina, halopeidol, esomepracol, Valsatan		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad física		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	su hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	si
		Lácteos	si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	si	ASCITIS GRADO	si
CEGUERA NOCTURNA	si	EDEMA GRADO	si
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	si
PERDIDA AUDITIVA	si	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8939.10

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 103	TALLA: 1.55	EDAD: 77	IMC: 42.9

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
34	115	48	66	71	49	216

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: hipertensión, Diabetis, Sobrepeso
7.2 QUIRÚRGICOS: No Recuerda.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	obesidad grado 3
ESTADO FISICO	Dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	Depresión
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar para tener dieta balanceada.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Fabiola Rios

IDENTIFICACIÓN: 41888804

894011

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37C 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-Juio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	17315767
PRIMER NOMBRE	Gonzalo	SEGUNDO NOMBRE	— o —
PRIMER APELLIDO	Valuvena	SEGUNDO APELLIDO	Hernandez
FECHA DE NACIMIENTO	17-10-1955	EDAD	69 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH	A+
ESCOLARIDAD	Sin Estudio	DIRECCIÓN	cl 37c 40-85
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3134281567

3. SALUD			
EPS	Nueva EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	hipertension		
MEDICAMENTOS	losartan		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad fisica		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El mismo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	aveces
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	si
		Lácteos	si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	si	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	si
AGRIETADA	si	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	si	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	si	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	si	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguna			

8911

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 65	TALLA: 1,55	EDAD: 69	IMC: 27.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
30	87	38	64	77	32	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Hipertensión
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	Alegre
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Su alimentación es buena.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121964278

BENEFICIARIO:
NOMBRE: Gonzalo Valverde Hernandez
IDENTIFICACIÓN: 17.315.767.

8942

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Sanjosé	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11 - Julio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	40369949
PRIMER NOMBRE	Gladys	SEGUNDO NOMBRE	—
PRIMER APELLIDO	Monsalve	SEGUNDO APELLIDO	—
FECHA DE NACIMIENTO	28-05-1949	EDAD	76 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Extrema	SEXO	Femenino
SISBEN	A4	RH	O+
ESCOLARIDAD	Sin Estudio	DIRECCIÓN	Cra 37 - 91 c
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3114685734

3. SALUD			
EPS	Nueva EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiada.
DIAGNOSTICOS	Hipertensión		
MEDICAMENTOS	Losartan 25mg		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	no.
OBSERVACIONES: ninguna			

8943

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	pesa		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 55	TALLA: 1.45		EDAD: 76	IMC: 26.2		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
26	96	20	58	65	29	30

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: hipertensión
7.2 QUIRÚRGICOS: ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	triste
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar su alimentacion

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864279

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Gladys monsalve.

IDENTIFICACIÓN: 40069949

8944
B

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c 211-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-Julio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3296676
PRIMER NOMBRE	Hector	SEGUNDO NOMBRE	Julio
PRIMER APELLIDO	Fajardo	SEGUNDO APELLIDO	—
FECHA DE NACIMIENTO	10-02-1949	EDAD	76 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH	A+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Cra 39A 37Bis 32
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3103023164

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Sin diagnosticos medcos		
MEDICAMENTOS	Sn tratamientos.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	moderada en su movimiento.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Esposa.	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Si	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8945

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 68	TALLA: 1.52	EDAD: 76	IMC: 29.4

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
28	105	37	66	83	27	30

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Sin Patologias Diagnosticadas
7.2 QUIRÚRGICOS: no reporta.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Obesidad grado 2.
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:
NOMBRE: Hector Julio Fajardo
IDENTIFICACIÓN: 5 296. 676.

8946

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	04 junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11 - Junio / 2025
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	21233232
PRIMER NOMBRE	Isabel	SEGUNDO NOMBRE	—
PRIMER APELLIDO	Ayala	SEGUNDO APELLIDO	Triana
FECHA DE NACIMIENTO	24-10-1955	EDAD	69 - años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Extrema	SEXO	Femenino
SISBEN	A4	RH	A+
ESCOLARIDAD	Sin estudio	DIRECCIÓN	cl 39A/39Bis 14
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3228988696

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hijo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguno			

8947

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 53	TALLA: 1.50		EDAD: 69	IMC: 23.6		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	82	30	64	80	52	41

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguna.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Alegre.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Isabel Ayala

IDENTIFICACIÓN: 21233232

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-Jun/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3.288.767
PRIMER NOMBRE	Jose	SEGUNDO NOMBRE	Tobias
PRIMER APELLIDO	Rojas	SEGUNDO APELLIDO	Morales
FECHA DE NACIMIENTO	8-12-1941	EDAD	83 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderado	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH	ot
ESCOLARIDAD	Bachiller	DIRECCIÓN	cl 37D-37A-13
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3246745021

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipotensión		
MEDICAMENTOS	Losartan. 50mg		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	ninguno		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Esposa	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8949

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 65	TALLA: 1.64		EDAD: 83	IMC: 24.7		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
28	97	32	73	80	51	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: hipertension
7.2 QUIRÚRGICOS: no reporta

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Regular sele dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	Alegre
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	se preocupa por su alimentacion

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121864178

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Jose tobias Rojas
IDENTIFICACIÓN: 3288.767

8959

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	17.324.825
PRIMER NOMBRE	Jose	SEGUNDO NOMBRE	Dumar
PRIMER APELLIDO	Herrera	SEGUNDO APELLIDO	castañeda
FECHA DE NACIMIENTO	02-06-1961	EDAD	64 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B6	RH	O+
ESCOLARIDAD	Sin estudio	DIRECCIÓN	Cl 23-20-04
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3246745021

3. SALUD			
EPS	Sanitas	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI X NO	DISCAPACIDAD	SI X NO
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad cognitiva.		

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	En Restaurante.	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8951

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa.		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 87	TALLA: 1.80		EDAD: 64	IMC: 26.9		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
30	97	37	82	89	46	53

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Sin patologia
7.2 QUIRÚRGICOS: no reporta

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:
NOMBRE: Jose Omar Herrera
IDENTIFICACIÓN: 17.324.825

8952
17

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 - Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	10- Julio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	3294068
PRIMER NOMBRE	Jorge	SEGUNDO NOMBRE	Agusto
PRIMER APELLIDO	Leon	SEGUNDO APELLIDO	Romero
FECHA DE NACIMIENTO	11-16-1945	EDAD	79 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH	At.
ESCOLARIDAD	Sin Estudio	DIRECCIÓN	cl 37-38B
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	3108899288

3. SALUD			
EPS	Nueva Eps	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Visual.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El mismo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	no
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Aveces	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	no
		Lácteos	no

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	si
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	si
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguna			

8953

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Peso		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 47	TALLA: 159.		EDAD: 79	IMC: 18.6		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
26	78	30	52	69	40	50

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Cirugia ocular.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrición
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Alimentarse mejor.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Santa Reyes.

NOMBRE: Santa Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121844278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Jorge Augusto Leon
IDENTIFICACIÓN: 3294068

8954

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-Jun/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	29652810
PRIMER NOMBRE	Lucila	SEGUNDO NOMBRE	— o —
PRIMER APELLIDO	Ruiz	SEGUNDO APELLIDO	De Grajales
FECHA DE NACIMIENTO	04-10-1941	EDAD	83 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	femenino
SISBEN	B2	RH	ot
ESCOLARIDAD	Sin Escolaridad	DIRECCIÓN	cl 37c 40-15
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3114685734

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	hipotensión		
MEDICAMENTOS	losartan 50mg		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO x	CONSUMO TABADO	SI ____ NO x
CONSUMO LICOR	SI ____ NO x	DISCAPACIDAD	SI x NO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Fisica		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Ella misma	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	Si
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguna			

8955

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Peso		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 66	TALLA: 1.62		EDAD: 83	IMC: 25.1		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
26	90	14	71	80	15	22

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: hipotension
7.2 QUIRÚRGICOS: cirugia

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena.
ESTADO FISICO	Dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	triste.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Alimentarse mejor

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Jacke Ruz de Grajales

IDENTIFICACIÓN: 29.652.810

895619

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	13-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	52870668
PRIMER NOMBRE	Leonor	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Bermudez	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	8-11-1956	EDAD	68 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	femenino
SISBEN	B3	RH	O-
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Cra 39A-37B-32
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3202370545

3. SALUD			
EPS	compensar	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	pte con Hemodialisis		
MEDICAMENTOS	Metformina. Soong, losartan.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	NO MENCIONA		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Esposo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO.	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	Si	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	Si	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	Si
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8957

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa.	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro
PESO: 52	TALLA: 1.50	EDAD: 68	IMC: 23.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
21	82	30	64	80	52	41

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Paciente hemodialisis y hipotension
7.2 QUIRÚRGICOS: No Reporta

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena.
ESTADO EMOCIONAL	Depresiva.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar su alimentación por su hemodialisis

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864.248.

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Leonor Bermudez

IDENTIFICACIÓN: 52870668

8958/20

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37C 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-juno/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	758628
PRIMER NOMBRE	Luis	SEGUNDO NOMBRE	Carlos
PRIMER APELLIDO	Betancur	SEGUNDO APELLIDO	—
FECHA DE NACIMIENTO	21-12-1937	EDAD	87 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH	O+
ESCOLARIDAD	Sin estudio	DIRECCIÓN	cra 37 Bis 17
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	3224297491

3. SALUD			
EPS	caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI X NO	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	movilidad lenta		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Amiga	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2.	Cereales, tubérculos	No
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno.	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8959

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	Tallimetro.
PESO: 63	TALLA: 172	EDAD: 87	IMC: 21.3

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	56	29	72	75	37	35

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Ningun

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Alegre.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar en consumo de Agua.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Luis Carlos Betancur

IDENTIFICACIÓN: 758628

8960
21

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41 - 13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 - Jun/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	4262789
PRIMER NOMBRE	Marcos	SEGUNDO NOMBRE	Antonio
PRIMER APELLIDO	Salazar	SEGUNDO APELLIDO	Caceres
FECHA DE NACIMIENTO	12-05-1941	EDAD	84 años
GRUPO POBLACIONAL	pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH	B+
ESCOLARIDAD	Sin escolaridad	DIRECCIÓN	cl 37c 40-32
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3238213464

3. SALUD			
EPS	famisanar	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	hipertension		
MEDICAMENTOS	losartan Sorg		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO x.	DISCAPACIDAD	SI X NO _____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Visual		

8961

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa.		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 62	TALLA: 164		EDAD: 84	IMC: 23.1		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
22	66	28	63	80	37	39

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: hipertensión
7.2 QUIRÚRGICOS: Cataratas

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena,

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes
NOMBRE: Sandra Milena Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121964278.

BENEFICIARIO:
NOMBRE: Marco Antonio Salazar
IDENTIFICACIÓN: 4262789

89628

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-JUN/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	21214808
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Ines
PRIMER APELLIDO	Cepeda	SEGUNDO APELLIDO	— o —
FECHA DE NACIMIENTO	12 - 07 - 1940	EDAD	85 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada.	SEXO	femenino
SISBEN	A7	RH	B+.
ESCOLARIDAD	Bachiller	DIRECCIÓN	cl 37A 39A-82
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3027507859

3. SALUD			
EPS	caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguno		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	No	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	No
PALIDEZ	No	DEBILIDAD MUSCULAR	No
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	No	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	No	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	No
PERDIDA AUDITIVA	No	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: ninguna			

8963

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA							
METODO TOMA DE PESO	Pesa.			METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 53	TALLA: 1.53			EDAD: 85	IMC: 22.6		
6.1 TOMA DE MEDIDAS							
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD				
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA	
28	78	35	68	76	35	34	

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguna.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandro Reyes

NOMBRE: Sandro Hilera Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Maria Ines Cepeda

IDENTIFICACIÓN: 21214808.

8964.

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2024
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	13 Junio/2025
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	24764320
PRIMER NOMBRE	Noelba	SEGUNDO NOMBRE	— o —
PRIMER APELLIDO	Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO	Grajales
FECHA DE NACIMIENTO	31-03-1964	EDAD	61 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderado	SEXO	femenino
SISBEN	B3	RH	A+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cra 36-38A
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3139395544

3. SALUD			
EPS	Caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Ella misma	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	no
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno.	Verduras, hortalizas, frutas	no
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	si
OBSERVACIONES: no aplica		Azucares	si
		Lácteos	si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO no		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguno			

8965

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA							
METODO TOMA DE PESO	Pesa.			METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.		
PESO: 53	TALLA: 1.53			EDAD: 61	IMC: 22.6		
6.1 TOMA DE MEDIDAS							
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD				
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA	
22	78	35	63	76	35	34	

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguna.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Alegre,
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Reyes
IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Noelba Rodriguez Grajales
IDENTIFICACIÓN: 24.764.320.

8965:4

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37C 47-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-Juio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	2909917
PRIMER NOMBRE	Omar	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Villalba	SEGUNDO APELLIDO	Chamorro
FECHA DE NACIMIENTO	24-04-1943	EDAD	82 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH	O+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Cra 37B 39B-47
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3112488130

3. SALUD			
EPS	Caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Parkinson, Prostata		
MEDICAMENTOS	Sin Medicación		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad Para Caminar		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El mismo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno.	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	No	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	No	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	Si
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	No	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: ninguna			

8967

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA							
METODO TOMA DE PESO	Pesa			METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.		
PESO: 66	TALLA: 1.73			EDAD: 82	IMC: 22.1		
6.1 TOMA DE MEDIDAS							
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD				
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA	
24	90	30	77	82	37	38	

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Parkison, Prostata.
7.2 QUIRÚRGICOS: No recuerda

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	bajo en peso
ESTADO FISICO	Dificultad para caminar
ESTADO EMOCIONAL	Depresivo
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Se preocupa por recuperarse fisicamente.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1122664.278.

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Omar Villalba Chamorro

IDENTIFICACIÓN: 2909917.

8968

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37C 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	5867810
PRIMER NOMBRE	Ramiro	SEGUNDO NOMBRE	—
PRIMER APELLIDO	Malambo	SEGUNDO APELLIDO	Tique
FECHA DE NACIMIENTO	4-02-1954	EDAD	71 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada.	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH	O+.
ESCOLARIDAD	Sin estudio	DIRECCIÓN	cl 37c 41-53
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	3118959028

3. SALUD			
EPS	Caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI __a__ NO ____	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X.	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Aveces	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	Aveces
UÑAS QUEBRADIZAS	No	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	Si	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	No	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	No	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	No
PERDIDA AUDITIVA	No	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: Ninguna			

8969

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 66	TALLA: 1.73	EDAD: 71	IMC: 22.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	90	30	77	82	37	38

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bajo en peso
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar su alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Ramiro Malambo Tique.

IDENTIFICACIÓN: 5867810

8970.6

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 Julio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	21046962
PRIMER NOMBRE	Rosalba	SEGUNDO NOMBRE	— o —
PRIMER APELLIDO	Lavado	SEGUNDO APELLIDO	Romero
FECHA DE NACIMIENTO	7-08-1964	EDAD	60 años
GRUPO POBLACIONAL	vulnerable.	SEXO	femenino
SISBEN	C6	RH	O+
ESCOLARIDAD	sin estudio	DIRECCIÓN	cra 37B-39B-44
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3206715905

3. SALUD			
EPS	Caja Copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguna.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Ella misma	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	Si	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguna			

8971

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.		
PESO: 52	TALLA: 1,40		EDAD: 60	IMC: 31.6		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	67	30	64	95	31	40

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguna.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Se Preocupa Por mejorar Su alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864.278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Rosalba Lavado Romero

IDENTIFICACIÓN: 21046962

8972

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 Junio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	40372215
PRIMER NOMBRE	Ruby	SEGUNDO NOMBRE	Maria
PRIMER APELLIDO	Ortiz	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	16-01-1950	EDAD	75 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza extrema.	SEXO	femenino
SISBEN	A4	RH	B+.
ESCOLARIDAD	Sin Escolaridad	DIRECCIÓN	cl 39A-46-89
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3118959028

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertensión		
MEDICAMENTOS	Sin Medicación		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	movilidad moderada		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	la comunidad	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	1	Cereales, tubérculos	No
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	no
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	no
OBSERVACIONES:		Azucares	no
No aplica		Lácteos	no

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES:			
ninguna			

8973

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa.		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.		
PESO: 67	TALLA: 1.68		EDAD: 75	IMC: 23.7.		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	56	30	72	75	35	37

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Hipertension.
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Depresiva.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	mejorar su alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyo

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Ruby Maria ortiz

IDENTIFICACIÓN: 40372.215

8974

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	04 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 47-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3216750
PRIMER NOMBRE	Samuel	SEGUNDO NOMBRE	Antonio
PRIMER APELLIDO	Salgado	SEGUNDO APELLIDO	— o —
FECHA DE NACIMIENTO	6-04-1937	EDAD	88 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH	ot
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cl 37 40-95
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	3206715905

3. SALUD			
EPS	Nueva Eps	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO ✓	CONSUMO TABADO	SI _____ NO x
CONSUMO LICOR	SI _____ NO x	DISCAPACIDAD	SI _____ NO x
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Nieta	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	No	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	No	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	No
PALIDEZ	No	DEBILIDAD MUSCULAR	No
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	No	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	No	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	No
PERDIDA AUDITIVA	No	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: Ninguna			

8475

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa.	METODO TOMA DE TALLA	Tallimetro
PESO: 70	TALLA: 1.68	EDAD: 88	IMC: 24.8

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
27	100	32	76	82	34	36

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar su alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121364278

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Samuel Antonio Salgado

IDENTIFICACIÓN: 3216750.

8976
2

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	20494769
PRIMER NOMBRE	Teresa	SEGUNDO NOMBRE	— o —
PRIMER APELLIDO	Piñeros	SEGUNDO APELLIDO	— o —
FECHA DE NACIMIENTO	15-10-1932	EDAD	92 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	femenino
SISBEN	B3	RH	AB+
ESCOLARIDAD	Sin Estudio	DIRECCIÓN	cl 39Bis 46-17
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	311 5858988

3. SALUD			
EPS	Nueva EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	hipertension		
MEDICAMENTOS	losartan 25mg		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	Dificultad para caminar.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hijo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	si
		Lácteos	si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8977

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa.	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 53	TALLA: 1,55	EDAD: 92	IMC: 22.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	78	35	68	76	35	34

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: hipertensión
7.2 QUIRÚRGICOS: ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Peso normal para su edad, peso, talla.

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Teresa Piñeros

IDENTIFICACIÓN: 20494269

8978

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	Cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 Junio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21235710
PRIMER NOMBRE	Mayerly	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	Jimenez	SEGUNDO APELLIDO	Angel
FECHA DE NACIMIENTO	06-09-1956	EDAD	68 años
GRUPO POBLACIONAL	Vulnerable.	SEXO	femenino
SISBEN	C4	RH	B+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Cl 39-46-62
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3103023164

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Diabetis, Hipertension, ACV Hemiplaja izquierdo vertigo		
MEDICAMENTOS	losartan 50mg, Empagliflozina 25mg, Linagliptina 5mg		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad Fisica.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: Paciente dependiente de su hija.		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	Si	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	Si	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	Si	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	Si
LAGRIMEO O ARDOR	Si	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	Si
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: no Aplica			

8979

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 46	TALLA: 1.60	EDAD: 68	IMC: 18.0

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
22	73	30	72	90	31	40

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Diabetis, Hipertensión, Secuelos de un ACV Hemiplaja. lado izquierdo.
7.2 QUIRÚRGICOS: No refda.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Aveces Depresión
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Se preocupa por su salud y alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Mayerly Jimenez Angel

IDENTIFICACIÓN: 21235710

8980

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37C 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 junio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	77322716
PRIMER NOMBRE	Heber	SEGUNDO NOMBRE	Alberto
PRIMER APELLIDO	Garcia	SEGUNDO APELLIDO	Parra
FECHA DE NACIMIENTO	12-03-1962	EDAD	63 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Masculino
SISBEN	B5	RH	O-
ESCOLARIDAD	primaria.	DIRECCIÓN	cl 37 -39A-88
OCUPACIÓN	Oficios Varios	TELEFONO	3124988899

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguno.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Esposa	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	No	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	No	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	No	LENGUA LISA	No
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	No	ESMALTE MOTEADO	No
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	No	ATROFIA MUSCULAR	No
PALIDEZ	No	DEBILIDAD MUSCULAR	No
AGRIETADA	No	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	No	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	No	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	No	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	No
PERDIDA AUDITIVA	No	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: ninguna			

8981

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa.	METODO TOMA DE TALLA	tensiometro
PESO: 66	TALLA: 1.65	EDAD: 63	IMC: 24.3

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	96	34	69	72	32	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena se preocupa por su buena alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE: Sandra Reyes.

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Heber Alberto Garcia

IDENTIFICACIÓN: 17.322.716

8982

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41 - 13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 - Junio / 25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	40373306
PRIMER NOMBRE	Clara	SEGUNDO NOMBRE	Patricia
PRIMER APELLIDO	Herrera	SEGUNDO APELLIDO	— - —
FECHA DE NACIMIENTO	10-07-1964	EDAD	60 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	femenino
SISBEN	B5	RH	ot
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	cl 37 39A. 82
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	3124988899

3. SALUD			
EPS	Capital Salud.	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	no manifiesta		
MEDICAMENTOS	Acetamin10fn		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	S
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	S
OBSERVACIONES: No Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguna			

8983

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa.	METODO TOMA DE TALLA	tallimetro.
PESO: 61	TALLA: 1.57	EDAD: 60	IMC: 24.7

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	86	34	65	80	37	42

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Alegre.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar su alimentación

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Clara patricia Herrera

IDENTIFICACIÓN: 40373306

8984

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09 junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-15	FECHA DE TOMA DE DATOS	12 Junio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	40380281
PRIMER NOMBRE	Luzmila	SEGUNDO NOMBRE	NIA
PRIMER APELLIDO	Turriago	SEGUNDO APELLIDO	Villalobos
FECHA DE NACIMIENTO	27-09-1962	EDAD	63 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza moderada	SEXO	femenino
SISBEN	B4	RH	O+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Cra 21 28-04
OCUPACIÓN	Vendedora Ambulante.	TELEFONO	3219291905

3. SALUD			
EPS	Sanitas	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertensión / Depresión		
MEDICAMENTOS	Losartan 25mg, Amitriptilina		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	no
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: Ninguna			

8985

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	Tallimetro.
PESO: 77	TALLA: 1.60	EDAD: 63	IMC: 30.1

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	56	32	60	72	35	38

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Hipotensión, Depresión
7.2 QUIRÚRGICOS: Cesarea, vesicula.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864278

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Luz Mila Tumaco

IDENTIFICACIÓN: 40380281.

8986

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-Junio/25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	36485829
PRIMER NOMBRE	Emilia	SEGUNDO NOMBRE	Rosa
PRIMER APELLIDO	Hernandez	SEGUNDO APELLIDO	M A.
FECHA DE NACIMIENTO	26-06-1943	EDAD	82 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza Moderada	SEXO	Femenino
SISBEN	B2	RH	A+
ESCOLARIDAD	sin Estudio	DIRECCIÓN	Cra 40-37B-62
OCUPACIÓN	Vendedora de Dorars	TELEFONO	3213088820

3. SALUD			
EPS	Caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertensión		
MEDICAMENTOS	sin medicación		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO ✓	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X.
TIPO DE DISCAPACIDAD	movilidad moderada		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hija	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	no
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	si
ALIMENTOS INTOLERADOS	ninguno.	Carnes, huevos, leguminosas	si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	si
		Lácteos	no

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	si	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	si	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	si	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	si	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8987

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 55	TALLA: 1.52		EDAD: 82	IMC: 23.8		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
26	96	90	58	65	29	30

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Hipertensión
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena.
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena actitud
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	tener una buena alimentación.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1121864238

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Emilia Rosa

IDENTIFICACIÓN: 36485829

8988

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09 Junio 2025
DIRECCIÓN	cl 37C 47-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11 Juio /25
QUIEN ATIENDE	Sandra Milena Reyes		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	41037427
PRIMER NOMBRE	Aura	SEGUNDO NOMBRE	Rosa
PRIMER APELLIDO	Mojica	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	30-07-1946	EDAD	79 años
GRUPO POBLACIONAL	Pobreza extrema	SEXO	femenino
SISBEN	A5	RH	O+
ESCOLARIDAD	Primaria 2do grado	DIRECCIÓN	cl 37-39A 15
OCUPACIÓN	Vendedora Ambulante.	TELEFONO	3114548405

3. SALUD			
EPS	Caja copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	no toma medicamentos		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	movilidad moderada		

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Gllamisma	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: no Aplica		Azucares	Si
		Lácteos	Si

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	no	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	no
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS	no	ESMALTE MOTEADO	no
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO	no	CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: ninguna			

8989

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **VALORACIÓN INICIAL**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Pesa.		METODO TOMA DE TALLA	tallimetro		
PESO: 53	TALLA: 1.60		EDAD: 79	IMC: 20.7		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
23	82	30	64	75	212	37

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Ninguno

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mejorar su alimentacion

PERSONAL QUE ATIENDE:

Sandra Reyes

NOMBRE: Sandra Milena Reyes

IDENTIFICACIÓN: 1118641218

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Aura Rosa Mojica.

IDENTIFICACIÓN: 40374.727.

8990

BITÁCORA SEGUIMIENTO MES JULIO

8991

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	30082353
PRIMER NOMBRE	Ana	SEGUNDO NOMBRE	Elisa
PRIMER APELLIDO	Turriago	SEGUNDO APELLIDO	Villalobos
FECHA DE NACIMIENTO	11-10-1964	EDAD	60
TELEFONO	3219291905	SEXO	Femenino
SISBEN	B7	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	121/90	FREC. CARDIACA	70
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36.2
INTERPRETACIÓN	Se registra, la presion arterial, frecuencia cardiaca Frecuncia respiratoria y temperatura corporal dentro de los rangos considerados normales, para la edad y condición del adulto Mayor.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 59	TALLA: 1.57	MASA CORPORAL: 23.9
INTERPRETACIÓN:	Se hizo la comparacion y se evalua un peso Normal segun el IMC. Se recomienda la actiuidad Fisica y mantener un peso sadulable y adoptar una dieta equilibrada para Mantener su masa muscular.	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): Se evidencia en el Adulto Mayor, sin patologias, ni condiciones Medicas Activas, con funciones corporales normales y un desarrollo adecuado para su edad.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: el adulto Mayor seguira tomar vitaminas saludables, las cuales como Vitamina C, Vitamina E para el cuidado de su salud.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Un buen estado Nutricional normal, consume las cantidades adecuadas de alimento seguro y de buena calidad
ESTADO FISICO	Se evidencia buen estado y capacidad para realizar actividades diarias, tiene buena, Fuerta muscular y Corporal.
ESTADO EMOCIONAL	Manifiesta una Sonriso y una Sensacion de bienestar general buena, Alegria, serenidad, Felicidad, humor.
APARIENCIA GENERAL	Persona independiente, autonoma, limitado, solo por un Proceso logico de la edad, Piel Flacida, cabello canoso.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del Carmen Martinez V.

NOMBRE: Maria del Carmen Martinez

IDENTIFICACIÓN: 40 379009



BENEFICIARIO: Ana Elisa Turmago Villalobos

IDENTIFICACIÓN: 30082353

8092

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San José	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Calle 37 e - 41 - 13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11 - 07 - 2025
QUIEN ATIENDE	Maria del Carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3291.179
PRIMER NOMBRE	Angel	SEGUNDO NOMBRE	Gabriel
PRIMER APELLIDO	Mora	SEGUNDO APELLIDO	Pulido
FECHA DE NACIMIENTO	10-03-1945	EDAD	80 años
TELEFONO	3144633592	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	112/65	FREC. CARDIACA	70
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.6
INTERPRETACIÓN	Se registra los signos vitales del adulto mayor, que para su edad, se encuentran en normalidad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 50	TALLA: 1.60	MASA CORPORAL: 19.5
INTERPRETACIÓN:	Se hizo la comparación y se evalua las medidas Antropometricas del adulto mayor, se evidencia Falla de un poco desnutrición en el (MC) debido a la perdida de masa muscular por el envejecimiento	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto Mayor Cambios Fisicos y mentales, tiene enfermedades cardiovas Culares con diabetes, con dificultad para la marcha.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Jamone 800gr cada 12 horas Hamantina Vitamina y calcio. para el cerebro

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Con Problemas de bajo Peso, se recomienda una alimentacion balanceada.
ESTADO FISICO	se evidencia somnoliento; desminucion de la masa muscular y Fuerza y Flexibilidad de la piel
ESTADO EMOCIONAL	tiene aislamiento social, seve tranquilo, Aveces no participa en actividades por cansancio
APARIENCIA GENERAL	tiene cambios Fisicos como Arrugas, Piel Flacida, desminucion en la masa Muscular y la densidad osea por la edad

PERSONAL QUE ATIENDE:

María del carmen Martinez V.

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399009



BENEFICIARIO: Angel Gabriel Mora Polido

IDENTIFICACIÓN: 3291179

8993

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Sede San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del Carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	40.378.031
PRIMER NOMBRE	Blanca	SEGUNDO NOMBRE	cecilia
PRIMER APELLIDO	Sanchez	SEGUNDO APELLIDO	Rodriguez
FECHA DE NACIMIENTO	08-03-1952	EDAD	73 Años
TELEFONO	3125081082	SEXO	Femenino
SISBEN	A2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	123/79	FREC. CARDIACA	69
FREC. RESPIRATORIA	18.	TEMPERATURA:	36.9
INTERPRETACIÓN	Se registra signo vitales del adulto mayor y se encuentran en estado normal para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 46	TALLA: 1.50	MASA CORPORAL: 19.1
INTERPRETACIÓN:	Se hizo la comparacion y se evalua las medidas Antropometricas del adulto mayor y se evidencia en el imc que su peso es normal, se recomienda actividad y alimentacion sana y saludable.	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	el adulto mayor sugiere no tener ni sufrir de ninguna Patologia, si cambios fisicos y mentales por el envejecimiento. pero esta en buena salud.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	el adulto mayor sugiere no estar en tratamiento ya que se encuentra en buen estado de salud, que algunas veces toma vitaminas como vitamina C y E para mejorar su masa muscular.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Con un poco normal y riesgo de bajo peso, pero se le recomienda una alimentacion balanceada.
ESTADO FISICO	se evidencia un poco desminucion de la masa muscular y Fuerza, Flexibilidad de la piel, por la edad.
ESTADO EMOCIONAL	Paciente con mucha alegria, participa y se relaciona con los demas, es muy activa y amiguera.
APARIENCIA GENERAL	tiene cambios Fisicos, como: Arrugas, cabello blanco, disminucion en la masa muscular.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del Carmen Martinez V.

NOMBRE: Maria del Carmen Martinez V

IDENTIFICACIÓN: 40399009



BENEFICIARIO: Blanca Cecilia Sanchez Rodriguez

IDENTIFICACIÓN: 40.378.031

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c -41 -13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Hana del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21180381
PRIMER NOMBRE	Carmen	SEGUNDO NOMBRE	Leonilde
PRIMER APELLIDO	Guino	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO	22-01-1957	EDAD	68 años
TELEFONO	3169122110	SEXO	Femenino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	122/80	FREC. CARDIACA	64
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36.8.
INTERPRETACIÓN	Signos Vitales del adulto mayor, normales pero es importante, por lo tanto se recomienda una dieta balanceada y actividad de cuidados para una buena tension y signos vitales normales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 48	TALLA: 1,53	MASA CORPORAL: 20.5
INTERPRETACIÓN:	Se realizo la comparacion, se evalua las medidas antropometricas del adulto mayor se evidencia en el Imc su peso es normal para su edad, con perdida de masa muscular ya por envejecimiento	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto mayor, cambios Físicos, mentales, enfermedades asociadas x el envejecimiento como hipertension, Artrosis, sordera, colesterol alto.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	el tratamiento sugerido el adulto mayor. Anapril 20 mg - tension Arterial Atorvastatina 40 mg. - colesterol

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	el adulto mayor se encuentra en buen estado nutricional, se recomienda seguir con una dieta balanceada.
ESTADO FISICO	Se evidencia desmenucion de la masa muscular, Fuerza elasticidad y Flexibilidad de la Piel y articular por la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulto mayor siempre alegre, participativa en las actividades que se realizan
APARIENCIA GENERAL	tiene cambios fisicos como Arrugas, Piel flacida, cabello canoso disminucion en la masa muscular, por la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del Carmen Martinez V.

NOMBRE: Maria del Carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40.399009

BENEFICIARIO: Carmen Leonilde Gudiño

IDENTIFICACIÓN: 21190.381

8995

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37C-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	6 375.758
PRIMER NOMBRE	Dario	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	Grajales	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO	18-10-1939	EDAD	85 años
TELEFONO	3108899288	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	135/80	FREC. CARDIACA	72
FREC. RESPIRATORIA	60	TEMPERATURA:	36.2
INTERPRETACIÓN	Adulto mayor impertenso sin Medicacion ni controles.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 68	TALLA: 1,56	MASA CORPORAL: 27.9
INTERPRETACIÓN:	Se evalua las medidas antropometricas del adulto mayor, Se evidencia en el IMC Sobre peso y con perdida de masa Muscular	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto mayor Cambios Fisicos y mentales, asociados al envejecimiento, como enfermedades como sordera, Hernia Testicular Sobre Peso.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	el adulto mayor sugiere NO estar en control ni tratamiento medico.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto mayor con SoprePeso y se recomienda una dieta balanceada, para mejorar su Salud.
ESTADO FISICO	con dificultad para caminar, sin Fuerza y desminución de la movilidad y Flexibilidad de la piel.
ESTADO EMOCIONAL	Se evidencia con tristeza, Soledad, casi no participa en actividades.
APARIENCIA GENERAL	tiene cambios Fisicos como arrugas, piel Flacida, cabello canoso, disminucion en la densidadosea y de la marcha.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez Vargas

IDENTIFICACIÓN: 40 399 009

BENEFICIARIO: Dario Grajales

IDENTIFICACIÓN: 6,375758.

8996

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37C 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	17.353.361
PRIMER NOMBRE	Dumar	SEGUNDO NOMBRE	Ismael
PRIMER APELLIDO	Diaz	SEGUNDO APELLIDO	Zaens
FECHA DE NACIMIENTO	31-12-1961	EDAD	64 años
TELEFONO	3134567322	SEXO	masculino
SISBEN	B7	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	130/62	FREC. CARDIACA	71
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.2.
INTERPRETACIÓN	Se registran los signos vitales del adulto mayor con impertension Arterial, se recomienda una dieta balanceada y actividades de cuidado.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 77	TALLA: 1.56	MASA CORPORAL: 31.6
INTERPRETACIÓN:	Se hizo comparación y se evalua las medidas antropometricas del adulto mayor, se evidencia en el IMC sobre peso grado I	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto mayor cambios Fisicos, y enfermedades asociadas ala edad. como hipertension, colesterol y artrosis
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Losartan 50mg Atorvastatina.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	el adulto mayor se evalua con Sobrepeso grado 1, se recomienda una dieta balanceada
ESTADO FISICO	se evidencia desminucion de masa muscular y Fuerza, Flexibilidad articular x la edad
ESTADO EMOCIONAL	se evidencia siempre alegre, participativo en todas las actividades, con serenidad y humor.
APARIENCIA GENERAL	tiene cambios Fisicos, como la desminucion a la densidad osea, cabello canoso, x la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Nana del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Nana del carmen Martinez Vargas

IDENTIFICACIÓN:



BENEFICIARIO: Dumar Ismael Diaz Zaens

IDENTIFICACIÓN: 17353361

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09-06 2025
DIRECCIÓN	Clle 37c 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21228.192
PRIMER NOMBRE	Elvia	SEGUNDO NOMBRE	Marina
PRIMER APELLIDO	Cruz	SEGUNDO APELLIDO	//
FECHA DE NACIMIENTO	04-04-1949	EDAD	74 años
TELEFONO	3107669609	SEXO	Femenino
SISBEN	B1	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	115/60	FREC. CARDIACA	67
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.9
INTERPRETACIÓN	Se registra signos vitales del adulto mayo y se encuentran en normalidad para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 54	TALLA: 1.50	MASA CORPORAL: 24.0
INTERPRETACIÓN:	Se hizo la comparación de medidas dAntropo metricas del adulto mayor se evidenca en IMC con Peso normalmente Para su edad-	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	se evidencia en el adulto mayor cambios Fisicos, mentales enfermedades asociadas por la edad como vertigo. artrosis.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	el adulto mayor sugiere en espera de resultados de examenes para su tratamiento.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	se evidencia en buen estado nutricional normal consume adecuados alimentos y de buena calidad.
ESTADO FISICO	se encuentra en buen estado Fisico, puede realizar actividades, tiene fuerza muscular y corporal.
ESTADO EMOCIONAL	su estado es alegre, participativa, en las actividades realizadas, tiene buena empatia - colaboradora.
APARIENCIA GENERAL	delgada, cabello canoso, Arrugas, piel Flacida, disminucion masa corporal y muscular, buena movilidad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399009



BENEFICIARIO: Elvia Marina Cruz

IDENTIFICACIÓN: 21 228 192.

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	15254923
PRIMER NOMBRE	Elkin	SEGUNDO NOMBRE	De Jesus
PRIMER APELLIDO	Figueroa	SEGUNDO APELLIDO	Serna
FECHA DE NACIMIENTO	23-12-1958	EDAD	66 años
TELEFONO	3203841931	SEXO	Masculino
SISBEN	C2.	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	140/80	FREC. CARDIACA	64
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Se evidencia adulto mayor con hipertension, Frecuencia cardiaca, temperatura y frecuencia respiratoria normal. -		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 64	TALLA: 1.60	MASA CORPORAL: 25.0
INTERPRETACIÓN:	Se evalua las medidas antropometricas se evidencia segun su IMC sobrepeso, con dieta balanceada. Se le recomienda al usuario.	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	se evidencia en su estado de salud del adulto mayor, con canibios Fisicos y enfermedades por el envejecimiento. como, hipertension, Diabetis, Prostata..
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	el adulto mayor Soguiere no estan en tratamiento ni controles.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	se encuentra con sobrepeso, se recomienda una dieta balanceada
ESTADO FISICO	se observa en un buen estado Fisico, con Fuerza y buena movilidad para las actividades
ESTADO EMOCIONAL	siempre alegre participativo en todas las actividades colaborador y buena empatia
APARIENCIA GENERAL	

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399009



BENEFICIARIO: Elkin de Jesus Figeroa Serna

IDENTIFICACIÓN: 15 254923.

8999

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37e - 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21225910
PRIMER NOMBRE	Fabiola	SEGUNDO NOMBRE	//
PRIMER APELLIDO	Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO	Hernandez
FECHA DE NACIMIENTO	15-07-1950	EDAD	74 años
TELEFONO	3204251044	SEXO	Femenino
SISBEN	B7	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	132/80	FREC. CARDIACA	78
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	Se evalua adulto mayor con signos vitales, hipertension. se recomienda una dieta balanceada y adecuada x tramamiento		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 92	TALLA: 1.57	MASA CORPORAL: 37.3
INTERPRETACIÓN:	Se hizo la comparacion de las medidas antropometricas del adulto mayor se evidencia en el Imc sobre peso tipo 2.	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto mayor: cambios Fisicos, mentales, enfermedades asociadas al envejecimiento como asma, hipertensa, Artrosis - colesterol y circulacion
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Losartan 50 mg analapril - 20 mg acido acetilsalicilico - 100 mg atorvastatina - 40 mg.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Con problemas de sobrepeso tipo II Se recomienda una alimentacion balanceada
ESTADO FISICO	Se evidencia desminucion de la movilidad articular Para caminar y Fuerza.
ESTADO EMOCIONAL	muy participativa colaboradora, alegre.
APARIENCIA GENERAL	tiene cambios fisicos, gruesa, morena, Cabello canoso disminucion en la densidad osea, movilidad reducida

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del Carmen Martinez V

IDENTIFICACIÓN: 40 399 009



BENEFICIARIO: Fabiola Rodriguez Hernandez

IDENTIFICACIÓN: 21 225 910.

9000

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c - 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Varges		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	41.888 804
PRIMER NOMBRE	Fabiola	SEGUNDO NOMBRE	11
PRIMER APELLIDO	Rios	SEGUNDO APELLIDO	Guerra
FECHA DE NACIMIENTO	25-02-1948	EDAD	77 años
TELEFONO	3134281363	SEXO	Femenino
SISBEN	A2	RH Y TIPO DE SANGRE	04

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	138/79	FREC. CARDIACA	72
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	Se evalua en el ritmo cardiaco normal y frecuencia respiratoria un poco agitada con hipertension arterial.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 101	TALLA: 1.55	MASA CORPORAL: 42.0
INTERPRETACIÓN:	Se hizo las medidas antropometricas del adulto mayor se evidencia en el Imc sobre peso Grado 3 el Imc indica obesidad.	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto mayor: Cambios Fisicos, mentales, y enfermedades asociadas con el envejecimiento y obesidad. como - Diabetes, Vena varices, Gastritis hipertension.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Metformina 500 mgr Losartan 50 mgr Omeprazol - 40 mgr

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Con problemas de sobrepeso tipo 3. con Obesidad se recomienda una alimentacion balanceada
ESTADO FISICO	se evidencia perdida de Fuerza, desminucion de la movilidad articular y Osea. Para caminar
ESTADO EMOCIONAL	Sugiere Sentirse mal x su peso y no poderse mover y caminar bien, no participa en actividades Fisicas.
APARIENCIA GENERAL	cambios Fisicos, Gruesa, arrugas, piel Flacida, cabello canoso, disminución articular y muscular.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V

IDENTIFICACIÓN: 40 399 009

BENEFICIARIO: Fabiola Rios Guerra

IDENTIFICACIÓN: 41 888 804,

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Calle 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	17315767
PRIMER NOMBRE	Gonzalo	SEGUNDO NOMBRE	II
PRIMER APELLIDO	Valvuena	SEGUNDO APELLIDO	Hernandez
FECHA DE NACIMIENTO	17-10-1955	EDAD	69 años
TELEFONO	3134281567	SEXO	Masculino
SISBEN		RH Y TIPO DE SANGRE	At

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	130/70	FREC. CARDIACA	62
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	37.
INTERPRETACIÓN	El adulto mayor se evalua con signos vitales y se encuentra normales.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 65	TALLA: 1,55	MASA CORPORAL: 27,1
INTERPRETACIÓN:	Se evalua las medidas antropometricas se evidencia en el IMC. sobre peso	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se realiza el estado salud del adulto mayor con cambios fisicos y presnca de enfermedades degenerativas coma hipertension
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Losartan 50 mg.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	con Problemas de sopre Peso Se recomienda una alimentación balanceada
ESTADO FISICO	Se evalua el adulto mayor en buen estado fisico, tiene buena capacidad para realizar actividades.
ESTADO EMOCIONAL	Se evidencia un adulto mayor - alegre, participativo en todas las actividades, sereno, relajado, tranquilo, gracioso
APARIENCIA GENERAL	tiene postura erguida y segura, vestimenta limpia y adecuada arrugas, cabello canoso,

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399009



BENEFICIARIO: Gonzalo Valbuena Hernandez

IDENTIFICACIÓN: 17-315 767

900

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Calle 37c - 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria du carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	40369949
PRIMER NOMBRE	Gladys	SEGUNDO NOMBRE	//
PRIMER APELLIDO	Monsalve	SEGUNDO APELLIDO	//
FECHA DE NACIMIENTO	28-05-1949	EDAD	76 años
TELEFONO	3114685734	SEXO	Femenino
SISBEN	A4	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	128/71	FREC. CARDIACA	61
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36.8
INTERPRETACIÓN	Se evalua los signos vitales del adulto mayor se encuentran bien.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 55	TALLA: 1.45	MASA CORPORAL: 26.2
INTERPRETACIÓN:	Se evalua las medidas antropometricas del adulto mayor y se evidencia en el IMC sobrepeso.	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el adulto mayor cambios, Fisicos, mentales enfermedades por el envejecimiento, hipertensión.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Losartan 25 gr

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Con problemas de sobrepeso para la edad y estatura, se recomienda una alimentacion balanceada.
ESTADO FISICO	tiene un buen estado Fisico con buena capacidad y Fuerza para realizar sus actividades.
ESTADO EMOCIONAL	Se evidencia: Alegre, participativa en todas las actividades, Serena, tranquila, sonriente, graciosa
APARIENCIA GENERAL	Segura, su vestimenta limpia y adecuada, cabello canoso, arrugas, y piel flacida.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399 009

BENEFICIARIO: Gladys Monsalve

IDENTIFICACIÓN: 40 369 949.

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Cll 37c - 41 - 13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11 - 07 - 2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3 296. 676
PRIMER NOMBRE	Hector	SEGUNDO NOMBRE	Julio
PRIMER APELLIDO	Fajardo	SEGUNDO APELLIDO	//
FECHA DE NACIMIENTO	10-02-1949	EDAD	76 años
TELEFONO	310 302 3164	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	131/76	FREC. CARDIACA	69
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	35.9
INTERPRETACIÓN	Se evalua los signos vitales del adulto mayor se encuentran estables.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 68	TALLA: 1.52	MASA CORPORAL: 29.4
INTERPRETACIÓN:	Se hizo la comparación de las medidas antropometricas del adulto mayor se evidencia en el IMC. sobre peso grado 2.	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	se evidencia en el adulto mayor un buen estado de salud, ya que no hay presencia de enfermedades.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	adulto mayor suguiere no tener tratamiento ni control de medicamentos.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	se encuentra en sobre peso tipo 2 se recomienda una alimentacion balanceada
ESTADO FISICO	se encuentra en un buen estado fisico, con buena capacidad para realizar todos sus actividades.
ESTADO EMOCIONAL	es muy alegre, de muy buen humor, participativo en las actividades, tranquilo, sonriente y gracioso.
APARIENCIA GENERAL	cabello canoso, arrugas. gordito, bajito, su vestimenta limpia y adecuada, piel flacida.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399009



BENEFICIARIO: Hector Julio Fajardo

IDENTIFICACIÓN: 329676.

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c - 41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	21233.232
PRIMER NOMBRE	Isabel	SEGUNDO NOMBRE	11
PRIMER APELLIDO	Ayala	SEGUNDO APELLIDO	Triana
FECHA DE NACIMIENTO	24-10-1955	EDAD	69 años
TELEFONO	3222898896	SEXO	Femenino
SISBEN	A5	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/69	FREC. CARDIACA	71
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36,9
INTERPRETACIÓN	Se evalua signos vitales del aduto mayor Se encuentran en estado Normal		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 54	TALLA: 1.50	MASA CORPORAL: 24.0
INTERPRETACIÓN:	Se evalua medidas antropometricas del adulto mayor y se evidencia en el imc en buen Peso normal	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia en el estado de salud del adulto mayor un buen estado ya que no reporta ninguna enfermedad.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Adulto mayor no reporta ningun Tratamiento

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Con un buen estado de peso normal para su edad.
ESTADO FISICO	Con buena capacidad y Fuerzas, para realizar sus actividades diarias con autonomia.
ESTADO EMOCIONAL	Alegre, buen compañerista, chistosa, participativa, bailarina, participa en todas las actividades.
APARIENCIA GENERAL	Cabello canoso, Arrugas, morenita, delgada, su vestimenta limpia y adecuada. Piel Flacida.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40 399009

BENEFICIARIO: Isabel Ayala

IDENTIFICACIÓN: 21 233232

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Calle 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3288767
PRIMER NOMBRE	Jose	SEGUNDO NOMBRE	Tobias
PRIMER APELLIDO	Rojas	SEGUNDO APELLIDO	Morales
FECHA DE NACIMIENTO	08-12-1941	EDAD	83 años
TELEFONO	3246745021	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	139/70	FREC. CARDIACA	61
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	35.9
INTERPRETACIÓN	Se evalua los signos vitales de adulto mayor, con hipertension.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 65	TALLA: 1.64	MASA CORPORAL: 24.2
INTERPRETACIÓN:	Se realizo las medidas antropometricas del adulto mayo se evidencia en el IHC su peso normal para la edad.	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): Se evidencia en el adulto mayor enfermedades asociadas con el envejecimiento: como hipertension arterial.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50mg.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Se encuentra el adulto mayor en buen estado de peso, para la edad.
ESTADO FISICO	Se evidencia perdida de fuerza y movilidad para caminar, y se le dificulta realizar actividades
ESTADO EMOCIONAL	Alegre, estrovertido, participativo en manualidades, sereno, relajado, tranquilo, gracioso.
APARIENCIA GENERAL	Arrugas, Piel Flacida, cabello canoso, vestimenta limpia y adecuada.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40399009



BENEFICIARIO: Jose Tobias Rojas

IDENTIFICACIÓN: 3258767

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Cll 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	cedula	NÚMERO	17 324 825
PRIMER NOMBRE	Jose	SEGUNDO NOMBRE	Dumar
PRIMER APELLIDO	Herrera	SEGUNDO APELLIDO	Castañeda
FECHA DE NACIMIENTO	07-06-1961	EDAD	64 años
TELEFONO	3246745021	SEXO	Masculino
SISBEN	B6	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	129/80	FREC. CARDIACA	70
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	37.
INTERPRETACIÓN	Se realiza Signos Vitales adulto Mayor. Se encuentran estables.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 87	TALLA: 1,80	MASA CORPORAL: 26.9
INTERPRETACIÓN:	Se realizo las medidas antropometricas del adulto mayor, se evidencia en el Imc Sobre peso.	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se realiza es estado de salud del adulto mayor con un buen estado. ya que no reporta ninguna enfermedad.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	Adulto mayor no reporta ninguna enfermedad x lo tanto no tiene tratamiento.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Se evidencia con Sobre peso Se recomienda una alimentación balanceada.
ESTADO FISICO	Se encuentra en un buen estado Fisico, con Fuerza para realizar todas sus actividades.
ESTADO EMOCIONAL	muy participativo, alegre, compañerismo, alegre, chistoso, participa en todas las actividades
APARIENCIA GENERAL	Alto, Fuerte, Fornudo, Vestimenta limpio, arrugas cabello normal.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Hana del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Hana del carmen Martinez V

IDENTIFICACIÓN: 40399009



BENEFICIARIO: Jose Dumar Herrera

IDENTIFICACIÓN: 17.324.825

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Jose	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Clle 37c-41-13	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-07-2025
QUIEN ATIENDE	Maria del Carmen Martinez Vargas		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	3 294.068
PRIMER NOMBRE	Jorge	SEGUNDO NOMBRE	Augusto
PRIMER APELLIDO	Leon	SEGUNDO APELLIDO	Romero
FECHA DE NACIMIENTO	11-10-1945	EDAD	79 años
TELEFONO	3108899288	SEXO	Masculino
SISBEN	B7	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	130/70	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	22x'	TEMPERATURA:	36.8
INTERPRETACIÓN	Se realiza la toma de Signos Vitales al adulto mayor, en buenas condiciones con buen estado Normal		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 47	TALLA: 1.59	MASA CORPORAL: 18.6
INTERPRETACIÓN:	Se realiza las medidas Antropometricas del adulto mayor y se evidencia en el IMC Peso normal y pero es muy bajo. 47 kilos	

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 **BITÁCORA SEGUIMIENTO**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD	
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):	Se evidencia un buen estado de salud del adulto mayor, que el se refiere no tener ninguna patologia.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	no reporta ningun tratamiento

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	como un poquito bajo peso para la edad
ESTADO FISICO	con buena capacidad para realizar cualquier actividad diaria y autonomia.
ESTADO EMOCIONAL	alegre, bailar, canta, participativo en todas las actividades Fisicas a realizar.
APARIENCIA GENERAL	Arrugas, piel flacida, perdida de masa Muscular por la edad. cabello canoso.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Maria del carmen Martinez Vargas

NOMBRE: Maria del carmen Martinez V.

IDENTIFICACIÓN: 40399009



BENEFICIARIO: Jorge Augusto León

IDENTIFICACIÓN: 3294068.