11829

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9.09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	6427868
PRIMER NOMBRE	Carlos	SEGUNDO NOMBRE	Arturo
PRIMER APELLIDO	Garzon	SEGUNDO APELLIDO	Gonzales
FECHA DE NACIMIENTO	20-Agosto 1965	EDAD	60
TELEFONO	311 625 3330	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	63
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Adulto con cifras tensionales normales, ritmo cardiaco sin alteraciones, patron respiratorio sin dificultad, aparentemente en buenas condiciones generales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 65.	TALLA: 170	MASA CORPORAL:
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de limites normales, se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad Fisica	

	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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con alimentos saludables
ESTADO FISICO	Se observa perdida de masa muscular; asociado a la edad
ESTADO EMOCIONAL	se observa adulto sociable, tranquilo, colaborador
APARIENCIA GENERAL	adulto que se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40308676 9

Carlos Arturo Garzon

BENEFICIARIO: Carlos Arturo Garzon Gonzalez

IDENTIFICACIÓN: 6429868

11830

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	19324740
PRIMER NOMBRE	German	SEGUNDO NOMBRE	— 11 —
PRIMER APELLIDO	Gomez	SEGUNDO APELLIDO	Socha
FECHA DE NACIMIENTO	26 Noviembre 1958	EDAD	67
TELEFONO	313 605 8543	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	122/78	FREC. CARDIACA	66
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Adulto con cifras tensionales normales ritmo cardaco sin alteraciones, patron respiratorio sin dificultad aparentemente en buenas condiciones generales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 63.3	TALLA: 170	MASA CORPORAL: 21.9
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de limites normales, se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad fisica	

	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): Acido Urico elevado
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: colchicina

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con alimentacion balanceada
ESTADO FISICO	se observa perdida de masa muscular, asociada a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	se observa adulto sociable colaborador. activo
APARIENCIA GENERAL	Adulto aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon S.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

Germán Gómez

BENEFICIARIO: German Gomez Socha

IDENTIFICACIÓN: 79324740

11831

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	6648053
PRIMER NOMBRE	Juan	SEGUNDO NOMBRE	de Jesus
PRIMER APELLIDO	Gonzales	SEGUNDO APELLIDO	— 11 —
FECHA DE NACIMIENTO	31 Diciembre 1936	EDAD	89
TELEFONO	322 291 7302	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	125/70	FREC. CARDIACA	62
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Adulto con cifras tensionales normales, ritmo cardiaco sin alteraciones, patron respiratorio sin dificultad, aparentemente en buenas condiciones generales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 55.6	TALLA: 150	MASA CORPORAL: 24.7
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de limites normales, se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad fisica	

	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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con Nutrición balanceada
ESTADO FISICO	se observa perdida de masa muscular y flexibilidad aspectos a la edad
ESTADO EMOCIONAL	se observa adulto activo colaborador, sociable
APARIENCIA GENERAL	se observa adulto aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon S.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Juan de Jesus Gonzalez

IDENTIFICACIÓN: 6648053

11832

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	19192943
PRIMER NOMBRE	Luis	SEGUNDO NOMBRE	Guillermo
PRIMER APELLIDO	Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO	Espinosa
FECHA DE NACIMIENTO	6- Noviembre 1949	EDAD	75
TELEFONO	315 050 2768	SEXO	Masculino
SISBEN	C3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	125/76	FREC. CARDIACA	72
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	adulto con cifras tensionales normales, ritmo cardiaco sin alteraciones, patron respiratorio sin dificultad, aparentemente en buenas condiciones generales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 61.3	TALLA: 160	MASA CORPORAL: 23.9
INTERPRETACIÓN:	Adulto con peso dentro del limites normales, se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad Fisica	

	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): Diabetes
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: No los toma, Solo remedios caseros

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se dan recomendaciones, de continuar con alimentacion balanceado
ESTADO FISICO	Se observa perdida de fuerza y flexibilidad asociado a la edad
ESTADO EMOCIONAL	Se observa adulto colaborador, amable
APARIENCIA GENERAL	Se observa adulto aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon S.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769



BENEFICIARIO: Luis Guillermo Gonzales Espinosa

IDENTIFICACIÓN: 19192943

11833

	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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	26467 070
PRIMER NOMBRE	Elsa	SEGUNDO NOMBRE	— // —
PRIMER APELLIDO	Llanos	SEGUNDO APELLIDO	Murcia
FECHA DE NACIMIENTO	27 octubre 1949	EDAD	77
TELEFONO	312 512 0880	SEXO	Femenino
SISBEN	A3	RH Y TIPO DE SANGRE	O1

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	100/58	FREC. CARDIACA	18
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36 9.
INTERPRETACIÓN	Adulto con cifras tensionales normales, ritmo cardiaco sin alteraciones, no se observa dificultad respiratoria		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 34.	TALLA: 140	MASA CORPORAL: 17.3
INTERPRETACIÓN:	Segun medidas antropometricas la adulta se evidencia desnutricion debido a perdida de masa muscular y por estados virales repetitivos	

	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): Hipertension
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50 mg (1)

6. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulta con bajo peso, se dan recomendaciones de dietas, se informa a la familia,
ESTADO FISICO	se observa perdida de masa muscular, flexibilidad fuerza relacionado con la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulta, tranquila, colaboradora, sociable
APARIENCIA GENERAL	se observan en regular estado general. por su bajo peso

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam León

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769



Elsa Lenis Murcia

BENEFICIARIO:

IDENTIFICACIÓN: 26467070

11834

17

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21235193
PRIMER NOMBRE	Rosa	SEGUNDO NOMBRE	Maria
PRIMER APELLIDO	Montenegro	SEGUNDO APELLIDO	Jimenez
FECHA DE NACIMIENTO	29 Mayo 1948	EDAD	77
TELEFONO	302 802 1496	SEXO	Femenino
SISBEN	C14	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	122/78	FREC. CARDIACA	60
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	Adulto con cifras tensionales normales, ritmo cardiaco sin alteraciones patron respiratorio sin dificultad aparentemente en buenas condiciones generales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 45.7	TALLA: 149	MASA CORPORAL: 20.5
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de limites normales, se recomienda continuar con alimentacion balanceada y actividad fisica	

	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): Alzheimer
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Ninguno

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se habla con la familia y se recomienda continuar con buenos habitos alimenticios
ESTADO FISICO	Se observa perdida de fuerza y flexibilidad asociada a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	Se observa adulto alegre, sonriente, a pesar de ser enfermedad de Base
APARIENCIA GENERAL	Adulto en apartamento en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam León

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769



BENEFICIARIO: Rosa Maria Montenegro Jimenez

IDENTIFICACIÓN: 21235793

11835

18

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	Roby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	23422013
PRIMER NOMBRE	Ana	SEGUNDO NOMBRE	Julia
PRIMER APELLIDO	Moreno	SEGUNDO APELLIDO	Gonzalez
FECHA DE NACIMIENTO	7 Abril 1949	EDAD	76
TELEFONO	322 393 5983	SEXO	Femenino
SISBEN	B6	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36 4
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial, observandose dentro de parametros normales, Frecuencia cardiaca normal, dentro adulto sin dificultad respiratoria		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 66.	TALLA: 162	MASA CORPORAL: 25.1
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulto con sobrepeso segun medidas antropometricas, se dan recomendaciones nutricionales y actividad Fisica	

	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): Hipertension
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50 mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adultos con sobrepeso, se dan recomendaciones de nutricion balanceada y actividad fisica
ESTADO FISICO	se observa perdida de fuerza y flexibilidad asociada a la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulto sociable colaborador, tranquilo, compañerista
APARIENCIA GENERAL	adulto que se observa en aparente. buen estado general

PERSONAL QUE ATIENDE:

Hyriam Leon S.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

Ana Julia Moreno G

BENEFICIARIO: Ana Julia Moreno Gonzalez

IDENTIFICACIÓN: 25422013

19 11836

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	36178649
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Ninfa
PRIMER APELLIDO	Lopez	SEGUNDO APELLIDO	— 11 —
FECHA DE NACIMIENTO	15 Mayo 1962	EDAD	63
TELEFONO	321 482 1737	SEXO	Femenino
SISBEN	C6	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	125/72	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Se realiza controles de tension arterial, observando dentro de parametros normales, Frecuencia cardiaca normal, adulto sin Signos de dificultad respiratoria		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 75.7	TALLA: 159	MASA CORPORAL: 29.9
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulta con Sobrepeso Segun medidas antropometricas y se dan recomendaciones de Salud, actividad Fisica	

	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): Diabetes
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: MetFormina (3)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	adulta con sobrepeso se dan recomendaciones de nutricion balanceada y actividad fisica
ESTADO FISICO	se observa perdida de fuerza, sedentarismo asociados a la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulta colaboradora, Alegre Sonriente
APARIENCIA GENERAL	adulto que se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam León

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

María Dinfa López

BENEFICIARIO: Maria Ninfa Lopez

IDENTIFICACIÓN: 36178649

11837

20

	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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Cs 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	9-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	18931653
PRIMER NOMBRE	Marco	SEGUNDO NOMBRE	Antonio
PRIMER APELLIDO	Pantoja	SEGUNDO APELLIDO	Vargas
FECHA DE NACIMIENTO	23 Abril 1951	EDAD	74
TELEFONO	310 253 3707	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	70
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.2
INTERPRETACIÓN	Adulto con patron respiratorio sin dificultad, tension arterial dentro de limites normales, ritmo cardiaco normal, se observa aparentemente en buenas condiciones generales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 64.9	TALLA: 170	MASA CORPORAL: 22.5
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de limites normales, se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad Fisica	

	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): Adulto Sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto Sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso Normal, se dan recomendaciones de continuar con buenos hebitos alimenticios
ESTADO FISICO	se observa perdida de masa muscular, asociada a la edad
ESTADO EMOCIONAL	Adulto sonable colaborador, alegre
APARIENCIA GENERAL	se observa adulto en aparente/ buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Hyriam León S

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

Marco Antonio Pantoja Vargas

BENEFICIARIO:

IDENTIFICACIÓN: 1893/652

11838

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 19 sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	17314930
PRIMER NOMBRE	Hector	SEGUNDO NOMBRE	— 11 —
PRIMER APELLIDO	Parrado	SEGUNDO APELLIDO	Varela
FECHA DE NACIMIENTO	6 Agosto 1959	EDAD	66
TELEFONO	3027057473	SEXO	Masculino
SISBEN	B5	RH Y TIPO DE SANGRE	AB+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	118/70	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	Adulto con ritmo cardiaco normal, patron respiratorio sin dificultad, tension arterial dentro de limites normales,		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 59.4	TALLA: 160	MASA CORPORAL: 23.2
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de limites normales en peso segun medidas antropometricas, Se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad fisica	

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): Hipotiroidismo
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Levotiroxina 75 mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con buenos habitos alimenticios
ESTADO FISICO	Se observa con perdida de flexibilidad y masa muscular
ESTADO EMOCIONAL	se observa adulto en mejor disposicion, continua en control con psicologia
APARIENCIA GENERAL	Se observa adulto en apartamento en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Yhyram León S

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Hector leonardo varela

IDENTIFICACIÓN: 1731493 0 V

11839

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Cs 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Carnet de Migracion	NÚMERO	7078076
PRIMER NOMBRE	Eglie	SEGUNDO NOMBRE	Damaris
PRIMER APELLIDO	Polanco	SEGUNDO APELLIDO	Riera
FECHA DE NACIMIENTO	5 Julio 1971	EDAD	54
TELEFONO	314 276 5624	SEXO	Femenino
SISBEN	B4	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/65	FREC. CARDIACA	72
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	Se realizan controles de tension arterial observandose dentro de parametros normales Frecuencia cardiaca normal, adulto sin signos de dificultad respiratoria		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 73	TALLA: 150	MASA CORPORAL: 32.4
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulta con Sobrepeso, segun medidas antropometricas, se dan recomendaciones de nutricion y actividad Fisica	

	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): Epilepsia
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Carbamazepina 200 mg (2) Levetiracetam 500 mg (2)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con sobrepeso se dan recomendaciones de Nutrición balanceada y actividad física
ESTADO FISICO	Se observa perdida de flexibilidad asociada a la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulto sociable, colaboradora, compañerista
APARIENCIA GENERAL	se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Hyriam León

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40586769

Eglie polanco

BENEFICIARIO: Eglie Damaris Polanco Rieva

IDENTIFICACIÓN: 7078076

11840 c3

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	Ruby	FECHA INGRESO	9.06.2025
DIRECCIÓN	Mz13 casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	68275029
PRIMER NOMBRE	Zulema	SEGUNDO NOMBRE	— // —
PRIMER APELLIDO	Ramón	SEGUNDO APELLIDO	Parra
FECHA DE NACIMIENTO	9-septembre 1960	EDAD	65
TELEFONO	3112230987	SEXO	femenino
SISBEN	A3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/65	FREC. CARDIACA	64
FREC. RESPIRATORIA	22	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	se realizan controles de tensión arterial observandose dentro de parametros normales frecuencia cardiaca normal, adulto sin signos de dificultad respiratoria		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 83	TALLA: 145	MASA CORPORAL: 39.5
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulto con sobrepeso, se dan recomendaciones de Nutricion y actividad fisica	

	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): Adulto Sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto Sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulta con Sobrepeso, se dan recomendaciones de nutrición balanceada y actividad física
ESTADO FISICO	Se observa perdida de flexibilidad, se dan recomendaciones de actividad física
ESTADO EMOCIONAL	pte adulta, colaboradora.
APARIENCIA GENERAL	se observa adulta aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam León S

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

Zuleima Ramon.

BENEFICIARIO: Zuleima Ramos Parra

IDENTIFICACIÓN: 68275029

11841

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 19 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	26468693
PRIMER NOMBRE	Gilma	SEGUNDO NOMBRE	— " —
PRIMER APELLIDO	Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO	Caballero
FECHA DE NACIMIENTO	16 Abril 1952	EDAD	63
TELEFONO	311 388 8993	SEXO	Femenino
SISBEN	C8	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	62
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial observandose dentro de parametros normales, patron respiratorio sin signos de dificultad, Frecuencia cardiaca normal para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 61	TALLA: 153	MASA CORPORAL: 26.1
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulta con sobrepeso, segun medidas antropometricas, Se dan recomendaciones de nutricion y actividad Fisica	

	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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulta con sobrepeso, se dan recomendaciones de nutrición balanceada y actividad física
ESTADO FISICO	Se observa perdida de flexibilidad y fuerza asociado a la edad
ESTADO EMOCIONAL	pte adulta tranquila, sociable
APARIENCIA GENERAL	Se observa adulto aparentemente en buenos condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Hyriam Leon S

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769



BENEFICIARIO: Gilma Rodriguez Caballero

IDENTIFICACIÓN: 26468693

11842

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 99 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	23489300
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Elisa
PRIMER APELLIDO	Rojas	SEGUNDO APELLIDO	de Carrillo
FECHA DE NACIMIENTO	22 octubre 1956	EDAD	68
TELEFONO	322 219 5188	SEXO	Femenino
SISBEN	C7	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	118/65	FREC. CARDIACA	62
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.7
INTERPRETACIÓN	Patron respiratorio Sin signos de dificultad, frecuencia cardiaca normal, control de tension arterial dentro de parametros normales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 49	TALLA: 150	MASA CORPORAL: 21.8
INTERPRETACIÓN:	adulto dentro de limites normales en peso, Segun medidas antropometricas, Se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad fisica	

	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): Hipertiroidismo
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Levotiroxina 50 mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso dentro de lo normal, se dan recomendaciones de continuar habitos nutricionales
ESTADO FISICO	Se observe perdida de masa, muscular, fuerza, flexibilidad asociados a la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulta sociable, colaboradora comprensiste
APARIENCIA GENERAL	se observa adulta en aparentemente buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leiva

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

María Elisa Rojas

BENEFICIARIO: María Elisa Rojas de Camillo

IDENTIFICACIÓN: 23489300

11843

	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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 19 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	327 1702
PRIMER NOMBRE	Miguel	SEGUNDO NOMBRE	Alvaro
PRIMER APELLIDO	Rojas	SEGUNDO APELLIDO	Gonzalez
FECHA DE NACIMIENTO	5 septiembre 1951	EDAD	73
TELEFONO	321 986 1538	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	125/72	FREC. CARDIACA	63
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial observandose dentro los parametros normales, pátron respiratorio sin signos de dificultad, Frecuencia cardiaca		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 52.3	TALLA: 163	MASA CORPORAL: 19.7
INTERPRETACIÓN:	adulto dentro de los limites de peso segun medidas antropometricas, Se recomienda continuar con nutricion balanceada y actividad Fisica	

	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): Hipertension
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50 mg (2) Amlodipino 5 mg (1) Asa 100 mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con buenos hábitos alimenticios
ESTADO FISICO	Se observa perdida de masa muscular, flexibilidad y fuerza asociados a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	adulto tranquilo, colaborador, comprensivo
APARIENCIA GENERAL	Se observa adulto aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon S

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769



BENEFICIARIO: Miguel Alvaro Rojas Gonzalez

IDENTIFICACIÓN: 3271702

11849

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10. 09- 2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	2585623
PRIMER NOMBRE	Anibal	SEGUNDO NOMBRE	— // —
PRIMER APELLIDO	Roldan	SEGUNDO APELLIDO	— // —
FECHA DE NACIMIENTO	5 octubre 1936	EDAD	88
TELEFONO	318 770 2290	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/65	FREC. CARDIACA	63
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Se realca controles de tension arterial observandose dentro parametros normales, ritmo cardiaco ritmico patron resparatorio sin dificultad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 61	TALLA: 165	MASA CORPORAL: 22.4	
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro parametros normales de peso, segun medidas antropometricas, Se recomienda continuar con nutricion balanceada		

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): Hipertensio
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50 mg (2) Amlodipino 5 mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	adulto con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con buenos habitos
ESTADO FISICO	se observa perdida de fuerza y flexibilidad relacionadas con la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulto tranquilo, sociable, comparensie
APARIENCIA GENERAL	se observa adulto aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon J.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Anibal Roldan

IDENTIFICACIÓN: 9585673

11845

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	Ruby	FECHA INGRESO	4-06-2025
DIRECCIÓN	M2 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	30041493
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Elena
PRIMER APELLIDO	Sanchez	SEGUNDO APELLIDO	Correa
FECHA DE NACIMIENTO	10 Agosto 1946	EDAD	78
TELEFONO	322 740 2356	SEXO	Femenino
SISBEN	A2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	125/76	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.6
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial observandose dentro de parametros normales, adulta con enfermedad de base hipertension, patron respiratorio Sin dificultad respiratoria, ritmo cardiaco normal		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 45	TALLA: 140	MASA CORPORAL: 23.0
INTERPRETACIÓN:	Adulto dentro de parametros normales de peso Se recomienda continuar con nutricion balanceada	

	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): Hipertension
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 30 mg (2) Amlodipino 5mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulta con peso dentro los limites normales se dan recomendaciones con continuar con buenos habitos.
ESTADO FISICO	se observa perdida de masa muscular y fuerza asociadas a la edad
ESTADO EMOCIONAL	adulta tranquila Sociable, alegre
APARIENCIA GENERAL	Se observa adulta aparentemente en buenas condiciones generales.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Mynam Leiva

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Maria Helena Sanchez Correa

IDENTIFICACIÓN:

11846

	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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	20859922
PRIMER NOMBRE	Margarita	SEGUNDO NOMBRE	— 11 —
PRIMER APELLIDO	Sanabria	SEGUNDO APELLIDO	Pardo
FECHA DE NACIMIENTO	28 Marzo 1944	EDAD	81
TELEFONO	313 868 1689	SEXO	Femenino
SISBEN	B8	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/63	FREC. CARDIACA	62
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.6
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial, observandose dentro de parametros normales, patron respiratorio sin dificultad, Frecuencia cardiaca sin alteracion		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 64	TALLA: 163	MASA CORPORAL: 24.1
INTERPRETACIÓN:	Adulta con peso dentro de parametros normales, Se recomienda continuar con nutricion balanceada	

	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): osteoporosis
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Calcio

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulta con peso normal, se dan recomendaciones de continuar con buenos habitos alimenticios, se felicita
ESTADO FISICO	se observa perdida de masa muscular, flexibilidad fuerza asociadas a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	adulta sociable, colaboradora, compañerista
APARIENCIA GENERAL	se observa adulta aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Yeyiam León

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Margarita sanabria parda

IDENTIFICACIÓN: 20854922

11847

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	21217212
PRIMER NOMBRE	Yolanda	SEGUNDO NOMBRE	— " —
PRIMER APELLIDO	Sanabria	SEGUNDO APELLIDO	de Leon
FECHA DE NACIMIENTO	3 octubre 1940	EDAD	84
TELEFONO	311 625 3530	SEXO	Femenino
SISBEN	B5	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/76	FREC. CARDIACA	60
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial observando dentro de parametros normales, patron respiratorio sin signos de dificultad, Frecuencia cardiaca normal para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 77	TALLA: 150	MASA CORPORAL: 34.2
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulta con Sobrepeso, Segun medida antropometricas, Se dan recomendaciones de dieta balanceada y actividad Fisica	

	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):	
Hipertension	
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:	
Losartan 50 mg (2) Amlodipino 5 mg (1) metoprolol 200mg (1) Amidarona 200mg (1)	Clortalidona 100 mg (1) Apixaban 200 mg (2) Levotiroxina 75mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	adulta con Sobrepeso, se dan recomendaciones de alimentación saludable y actividad fisica.
ESTADO FISICO	se observa perdida de fuerza y flexibilidad relacionados con la edad.
ESTADO EMOCIONAL	adulta compañerista, sociable,
APARIENCIA GENERAL	se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam León J.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769



BENEFICIARIO: Yolanda Sorobria de León

IDENTIFICACIÓN: 21217212

11848

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Mynam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	51683566
PRIMER NOMBRE	Luz	SEGUNDO NOMBRE	Grey
PRIMER APELLIDO	Sierra	SEGUNDO APELLIDO	Angel
FECHA DE NACIMIENTO	23 Octubre 1962	EDAD	62
TELEFONO	301 469 6605	SEXO	Femenino
SISBEN	C1	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/72	FREC. CARDIACA	69
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.2
INTERPRETACIÓN	Se realiza control de tension arterial, observandose dentro de parametros normales, patron respiratorio Sin signos de dificultad, frecuencia cardiaca normal para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 84	TALLA: 157	MASA CORPORAL: 34.1
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulta con sobrepeso, segun medidas antropometricas, Se dan recomendaciones sobre dieta balanceada, mejor actividad FISICA	

	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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulta con sobrepeso se dan recomendaciones de nutricion balanceada, actividad fisica
ESTADO FISICO	se observa perdida de flexibilidad relacionada con la edad.
ESTADO EMOCIONAL	adulta feliz, sociable, colaboradora
APARIENCIA GENERAL	se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Yuriam Leon

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

Luz Grey Sierra Angel

BENEFICIARIO: Luz Grey Sierra Angel

IDENTIFICACIÓN: 51683566

11849

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 Casa 19 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	51085684
PRIMER NOMBRE	Martha	SEGUNDO NOMBRE	Yaneth
PRIMER APELLIDO	Sierra	SEGUNDO APELLIDO	Angel
FECHA DE NACIMIENTO	25 Marzo 1963	EDAD	61
TELEFONO	313 2158817	SEXO	Femenino
SISBEN	B5	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	118/63	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.2
INTERPRETACIÓN	Se realiza Controles de tension arterial observandose dentro de parametros normales, patron respiratoria Sin signos de dificultad, Frecuencia Cardiaca normal para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 61.5	TALLA: 165	MASA CORPORAL: 22.6
INTERPRETACIÓN:	Adulta con peso normal Segun medidas Antropometricas, Se recomienda continuar con nutricion balanceada	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

BITÁCORA SEGUIMIENTO

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): Depresion
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Quetiapina 100 mg (1)

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	adulta con peso dentro de parametros normales se recomienda continuar con nutricion balanceada
ESTADO FISICO	se observa perdida de flexibilidad, masa muscular asociada a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	Adulta que se muestra introvertida, continue en control con psicologia
APARIENCIA GENERAL	adulta que se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leons

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

Martha yaneth Sierra

BENEFICIARIO: Martha Janeth Sierra Angel

IDENTIFICACIÓN: 51685684.

11850

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	M2 13 Casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	4433840
PRIMER NOMBRE	Fleury	SEGUNDO NOMBRE	— 11 —
PRIMER APELLIDO	Tafur	SEGUNDO APELLIDO	Rivera
FECHA DE NACIMIENTO	28 septiembre 1937	EDAD	87
TELEFONO	313 687 7077	SEXO	Masculino
SISBEN	C1	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	130/72	FREC. CARDIACA	66
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Se realizan Controles de tension arterial, observandose dentro de parametros normales, Patron respiratorio sin Signos de dificultad, Frecuencia Cardiaca Normal		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 65.5	TALLA: 160	MASA CORPORAL: 25.6
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulto con Sobrepeso, segun medidas antropometricos, Se dan recomendacion Sobre dietas balanceadas	

	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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto Sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con sobrepeso, se dan recomendaciones sobre dieta balanceada y actividad física
ESTADO FISICO	se observa perdida de flexibilidad, y fuerza asociadas a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	Adulto tranquilo, colaborador
APARIENCIA GENERAL	adulto se observa en aparente buen estado general

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leon S.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Fleury Yaqui Rivero

IDENTIFICACIÓN: 44 33840

11851

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	483387
PRIMER NOMBRE	Jose	SEGUNDO NOMBRE	Joaquin
PRIMER APELLIDO	Trujillo	SEGUNDO APELLIDO	Torres
FECHA DE NACIMIENTO	10 Noviembre 1928	EDAD	97
TELEFONO	321 295 994	SEXO	Masculino
SISBEN	A5	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	130/58	FREC. CARDIACA	60
FREC. RESPIRATORIA	18	TEMPERATURA:	36.1
INTERPRETACIÓN	Se realizan controles de tension arterial, Observando dentro de parametros normales, patron respiratorio Sin Signos de dificultad, Frecuencia cardiaca normal para la edad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO:	TALLA: 160	MASA CORPORAL:
INTERPRETACIÓN:	Se observa adulto con Sobrepeso, segun medidas antropometricas, Se dan recomendacion Sobre dieta balanceada a hija	

	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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con sobrepeso, se dan recomendaciones sobre dieta balanceada, se brinda información a la hija
ESTADO FISICO	Se observa perdida de flexibilidad asociada a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	adulto sociable.
APARIENCIA GENERAL	Se observa adulto en aparente buen estado general

PERSONAL QUE ATIENDE:

Myriam Leiva

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Jose Joaquin Trujillo torres

IDENTIFICACIÓN: 48 3387

11852

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	Ruby	FECHA INGRESO	9-06-2025
DIRECCIÓN	Mz 13 casa 49 Sec 2	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-09-2025
QUIEN ATIENDE	Myriam Leon		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO	51612178
PRIMER NOMBRE	Fanny	SEGUNDO NOMBRE	— // —
PRIMER APELLIDO	Useche	SEGUNDO APELLIDO	Castro
FECHA DE NACIMIENTO	26-Febrero-1961	EDAD	64
TELEFONO	313 605 8543	SEXO	Femenino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	O-

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	64.
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.4
INTERPRETACIÓN	Se realiza controles de tension arterial observandose dentro parametros normales, patron respiratorio Sin signos de dificultad, Frecuencia Cardiaca normal		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 65	TALLA: 160	MASA CORPORAL: 24.9
INTERPRETACIÓN:	Adulta con peso normal segun medidas antropometricas, Se recomienda continuar con buenos habitos alimenticios	

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): Adulto sano
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Adulto sano

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto con peso dentro de parametros normales se dan recomendaciones de continuar con alimentacion sana.
ESTADO FISICO	se observa adulta con perdida de flexibilidad y fuerza muscular asociada a la edad.
ESTADO EMOCIONAL	adulta que se observa tranquila, continue con control de psicologia
APARIENCIA GENERAL	adulta que se observa aparentemente en buenas condiciones generales

PERSONAL QUE ATIENDE:

Hyriam Leon S

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40386769

BENEFICIARIO: Fanny Usecha Castro

IDENTIFICACIÓN: 51612498

11853

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES

FECHA INFORME	23/09/2025
PERIODO INFORME	25/08/2025 – 22/09/2025
CENTRO VIDA	LA MADRID
NOMBRE TECNICO	LUZ ÁNGELA JIMÉNEZ CUELLAR
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL	Contribuir a la atención integral de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social, mediante la ejecución de actividades asistenciales y de apoyo en salud dentro de la modalidad **CENTRO VIDA LA MADRID** del municipio Villavicencio del departamento del Meta, promoviendo el bienestar físico y emocional de los beneficiarios.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	✓ Apoyar las actividades de promoción y prevención en salud, mediante el acompañamiento en controles médicos, toma de signos vitales y seguimiento del estado de salud de los adultos mayores. ✓ Brindar atención básica en primeros auxilios y cuidado personal, asegurando condiciones de higiene, confort y seguridad para los usuarios del Centro Vida. ✓ Colaborar con el equipo interdisciplinario en la identificación de alertas en salud y necesidades particulares de los adultos mayores, para su oportuna remisión o intervención. ✓ Fomentar hábitos de vida saludable mediante la participación en actividades educativas, recreativas y de autocuidado dirigidas a los adultos mayores. ✓ Llevar el registro y control de las actividades de enfermería realizadas, cumpliendo con los protocolos establecidos y garantizando la trazabilidad de la atención prestada.

3. OBLIGACIONES O FUNCIONES

OBLIGACIÓN O FUNCIÓN	DESCRIPCIÓN
Dar apertura a la hoja de vida de los adultos mayores con la valoración inicial	Realicé la apertura de la hoja de vida de los adultos mayores en el primer mes de trabajo, los soportes fotográficos se encuentran registrados en el primer informe entregado.
Diligenciar las bitácoras de cada adulto mayor	Las bitácoras de seguimiento del CENTRO VIDA del barrio LA MADRID fueron completadas de acuerdo con lo estipulado, cada 30 días, registrando información relevante sobre la evolución de cada usuario **VER ACTIVIDAD 4.1**
Brindar atención básica en salud a los adultos mayores beneficiarios del programa	En el CENTRO VIDA LA MADRID se ofreció atención básica en salud a los adultos mayores, abordando problemas recurrentes, fomentando un trato digno y empático, y promoviendo el respeto

	y el bienestar. También se impartieron sesiones educativas sobre manejo de enfermedades crónicas y se entregaron kits básicos de cuidado personal. **VER ACTIVIDAD 4.2**
Realizar controles básicos de salud, como toma de signos vitales, control de peso y otros parámetros, según necesidad y orientación profesional	Se efectuaron valoraciones físicas periódicas (cada 24 días) mediante la toma de peso y signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y temperatura), con el fin de prevenir complicaciones y detectar cambios de salud de forma temprana. **VER ACTIVIDAD 4.3**
Apoyar en actividades de autocuidado de los adultos mayores, asegurando condiciones de dignidad, respeto y bienestar	Durante este ciclo, los usuarios del **CENTRO VIDA LA MADRID** recibieron apoyo en actividades de autocuidado como el baño, la alimentación y la movilidad. Todas las intervenciones estuvieron orientadas al respeto por la dignidad de cada persona, buscando fortalecer su autonomía y su sentido de valía. Se realizaron diversas actividades como: • Apoyo en visita del doctor Espitia • Acompañamiento en evento de gobernación para entrega de uniformes • Manualidades **VER ACTIVIDAD 4.4,4.5 y 4.6**
Llevar registros diarios y detallados de las atenciones prestadas, como alimentación y demás.	Se documentó de manera detallada cada servicio brindado, abarcando aspectos como la alimentación, los refrigerios todo ello por medio del llamado a lista y así dar seguimiento a su asistencia diarias. Y en algunos casos la administración de medicamentos bajo formulas medicas respectivas.
Participar activamente en actividades de promoción y prevención, tales como jornadas de salud, charlas educativas o dinámicas grupales dirigidas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores	En el **CENTRO VIDA LA MADRID** se desarrollaron acciones orientadas a mejorar la calidad de vida mediante estrategias de promoción y prevención, acompañando a los adultos mayores en el fortalecimiento de su salud física, emocional y social. Tales como: 1. Enfermedades respiratorias 2. Parasitosis 3. Prevención de caídas y accidentes en adulto mayor 4. Salud oral 5. Salud cardiovascular **VER ACTIVIDAD 4.7,4.8, 4.9, 4.10 y 4.11**
Identificar signos de alerta o deterioro en el estado de salud de los beneficiarios y comunicar oportunamente a los profesionales a cargo o al coordinador del programa	En el **CENTRO DE VIDA LA MADRID**, no se identificaron situaciones de salud graves ni signos de deterioro físico o mental que exigieran la intervención del profesional de salud responsable del seguimiento
Colaborar con el equipo interdisciplinario (psicólogos, nutricionistas, manipuladoras, instructores) para garantizar una atención integral a los beneficiarios.	Me permito informar que se continúa desarrollando de manera articulada la atención integral en el **CENTRO VIDA** del barrio **LA MADRID**, en coordinación con todo el equipo interdisciplinario, conforme al cronograma establecido. Esta labor busca promover el bienestar físico, emocional y social de nuestros usuarios, incluyendo acciones de promoción, prevención, recreación y participación comunitaria, siempre desde la escucha activa, el respeto y la calidez humana.

11854

	CONTRATO 1068 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META NIT. 901.943.219-0 INFORME DE ACTIVIDADES	

	VER ACTIVIDAD 4.12
Cumplir con el horario y cronograma de actividades definido por la Unión Temporal y asistir de manera puntual a los encuentros programados.	Cumplí con la responsabilidad estrictamente el horario asignado de 08:00am a 04:00 pm además ayudando al buen ambiente laboral y de productividad y además asistí con puntualidad a cada uno de los encuentros programados por la Unión Temporal.
Guardar estricta confidencialidad respecto a la información personal, médica y social de los adultos mayores atendidos.	Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos personales y médicos de los beneficiarios que asisten a nuestro **CENTRO VIDA** del barrio **LA MADRID**
Mantener una conducta ética, respetuosa y profesional, fomentando un ambiente de trato digno, cordial y empático con los beneficiarios.	Durante el desarrollo de las actividades en el **CENTRO VIDA** del barrio **LA MADRID**, se mantuvo siempre una actitud ética y respetuosa hacia los compañeros de equipo, promoviendo un ambiente laboral cálido y humano. Este enfoque permitió brindar una atención centrada en la empatía, reconociendo el valor y las necesidades particulares de cada usuario
Rendir informes periódicos de ejecución, incluyendo evidencias del servicio prestado, según lo solicite la Unión Temporal.	Se entregaron los informes requeridos para el respectivo cumplimiento de las actividades, acompañados de soportes documentales y registros fotográficos que evidencian el desarrollo de las acciones realizadas. Y con ello se garantiza la transparencia en los procesos, permite hacer seguimiento a los resultados alcanzados y fortalecer la confianza con la Unión Temporal.
Observar rigurosamente las normas que le fije la Unión Temporal para la realización de la labor a que se refiere el presente contrato.	Se cumplió de manera estricta con las normas, protocolos y directrices definidas por la Unión Temporal Adulto Mayor Meta. Quien es la entidad contratante o encargada de la ejecución del proyecto o servicio de salud.
Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de la Unión Temporal, de todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, debido a su trabajo, y que sean por naturaleza privadas.	Como contratista guarde estricta reserva y confidencialidad de toda la información, datos, documentos, materiales y cualquier otro tipo de información que conozca o a la que tenga acceso en virtud de la relación laboral con la Unión Temporal, y que por su naturaleza sea privada, confidencial o reservada.
Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por la Unión Temporal, o por quienes la representen, respecto del desarrollo de sus actividades.	Me permito informar que todas las funciones asignadas fueron desempeñadas con responsabilidad y compromiso desarrollando cada tarea con dedicación, respeto y sentido del deber. Según instrucciones impartidas por la Unión Temporal o por sus representantes, entendiendo que seguir estas directrices no solo garantiza un trabajo alineado con los objetivos del proyecto, sino que también fortalece el trabajo en equipo, la confianza y la calidad del servicio prestado.
Cuidar permanentemente los intereses de la Unión Temporal.	Durante el desarrollo de la labor asignada, se ha actuado con total compromiso, velando en todo momento por el cuidado y la protección de los intereses de la Unión Temporal.
Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones.	Para el presente periodo cumplí con la jornada laboral establecida y con las funciones asignadas inherentes a mi cargo, absteniéndome de realizar actividades ajenas a mi contracto durante el horario de trabajo.
Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que efectúe la Unión Temporal a las cuales hubiere sido citado.	Durante el presente periodo en el **CENTRO VIDA LA MADRID**, organicé con responsabilidad y compromiso las actividades diarias, priorizando las necesidades del servicio y siguiendo las orientaciones establecidas. Asimismo, participé puntualmente en las reuniones convocadas por la Unión Temporal, las cuales han sido fundamentales para el fortalecimiento del trabajo en equipo

	y la coordinación de acciones, reflejando mi disposición constante a aportar al logro de los objetivos comunes
Observar completa armonía y comprensión con los clientes, con sus superiores y compañeros de trabajo, en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor.	La relación con el equipo y los beneficiarios se mantuvo en todo momento basada en la cordialidad, el entendimiento y el trabajo conjunto. orientadas al trabajo en equipo y a la buena convivencia.
Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con la Unión Temporal.	Me permito informar que actúe con compromiso y lealtad, respaldando el esfuerzo colectivo mediante una actitud disciplinada y responsable hacia la unión temporal.
Avisar oportunamente y por escrito, a la Unión Temporal todo cambio en su dirección, teléfono o ciudad de residencia.	Para el presente periodo no se presentaron cambios que hayan requerido informar a la Unión Temporal. Tales como (dirección, teléfono o ciudad de residencia)

SOPORTE FOTOGRAFICO

Nota; Se anexa al presente informe; archivo fotográfico de las actividades desarrolladas. Previo consentimiento informado a nivel verbal y aprobado por parte de los y las usuarios.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ACTIVIDAD 4.2

ACTIVIDAD	AFECCIONES COMUNES
FECHA DESARROLLO	25/08/2025
OBJETIVO	Ofrecer valoración básica en salud a los adultos mayores, identificando signos vitales y posibles riesgos.
RECURSOS UTILIZADOS	Tensiómetro, termómetro, balanza, fichas de control.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizó la medición de la presión arterial a cada adulto mayor y se registraron los resultados para seguimiento.
CONCLUSIONES	La atención brindada permitió detectar algunos signos de alerta, generar orientación preventiva y fomentar el cuidado personal entre los beneficiarios.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

ACTIVIDAD 4.3

ACTIVIDAD	Toma de tensión arterial
FECHA DESARROLLO	26/08/2025
OBJETIVO	Monitorear la presión arterial de los adultos mayores para detectar posibles alteraciones.
RECURSOS UTILIZADOS	Tensiómetro digital, fichas de registro, esfero y silla.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizó la medición de la presión arterial a cada adulto mayor y se registraron los resultados para seguimiento.
CONCLUSIONES	Todos los adultos mayores mostraron niveles de presión arterial dentro de los parámetros normales según su edad, sin evidenciarse alteraciones.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	





ACTIVIDAD 4.7

ACTIVIDAD	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
FECHA DESARROLLO	29/07/2025
OBJETIVO	Comunicar a los adultos mayores las causas y complicaciones de las enfermedades respiratorias
RECURSOS UTILIZADOS	Cartelera, salón.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Realicé la charla con apoyo de una cartelera donde expliqué las causas de las enfermedades respiratorias y así mismo hablé de las complicaciones que trae consigo y les di recomendaciones para su cuidado y tratamiento.
CONCLUSIONES	Los adultos mayores se involucraron activamente y reconocieron la importancia de prevenir dichas enfermedades y evitar sus complicaciones.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

INFORME DE ACTIVIDADES

Unión Temporal Adulto Mayor Meta





ACTIVIDAD 4.4

ACTIVIDAD	Apoyo en visita del doctor Espitia
FECHA DESARROLLO	01/09/2025
OBJETIVO	Apoyar en actividades de charla y socialización al doctor Espitia
RECURSOS UTILIZADOS	Sillas, espacio amplio.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Brindé apoyo al doctor Espitia en su visita al centro vida, ayudé a gestionar el orden de los adultos mayores.
CONCLUSIONES	Los adultos mayores se involucraron activamente, y escucharon activamente todo lo que tenia por decir el doctor Espitia.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





11856

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

ACTIVIDAD 4.8

ACTIVIDAD	Charla sobre la parasitosis
FECHA DESARROLLO	03/09/2025
OBJETIVO	Brindar información sobre el cuidado y promover el autocuidado de los adultos mayores para prevenir la parasitosis
RECURSOS UTILIZADOS	Cartelera.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizaron charlas sobre prevención de la parasitosis, resaltando higiene, consumo seguro de alimentos y agua, síntomas de alerta y la importancia de controles y desparasitaciones periódicas.
CONCLUSIONES	Los participantes manifestaron un genuino interés por conocer de métodos de prevención para evitar la parasitosis.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	





ACTIVIDAD 4.5

ACTIVIDAD	ACOMPAÑAMIENTO EN EVENTO DE GOBERNACIÓN PARA ENTREGA DE UNIFORMES
FECHA DESARROLLO	05/09/2025
OBJETIVO	Se apoyó a los adultos mayores en la entrega de uniformes, promoviendo autocuidado, autonomía, dignidad e integración social.
RECURSOS UTILIZADOS	Se emplearon conocimientos en cuidado, material de apoyo y logística del evento, brindando atención con empatía, paciencia y respeto a los adultos mayores.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se acompañó a los adultos mayores en autocuidado y movilidad durante el evento, garantizando atención respetuosa, inclusión, seguridad e interacción social.
CONCLUSIONES	El acompañamiento en el evento promovió autocuidado, autonomía y bienestar físico-emocional, fortaleciendo la integración y dignidad de los adultos mayores.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta





ACTIVIDAD 4.9

ACTIVIDAD	Charla sobre la prevención de caídas de los adultos mayores
FECHA DESARROLLO	08/09/2025
OBJETIVO	Concientizar a los adultos mayores sobre los factores de riesgo que pueden provocar caídas y accidentes en el hogar o en su entorno, así como brindar estrategias prácticas para prevenirlos.
RECURSOS UTILIZADOS	Cartelera
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizó una charla educativa enfocada en identificar las principales causas de caídas y accidentes en adultos mayores. Se abordaron temas como el uso adecuado del calzado, iluminación del hogar, eliminación de obstáculos, importancia de apoyos físicos y la práctica de ejercicios para mejorar el equilibrio y la fuerza.
CONCLUSIONES	Los adultos mayores comprendieron la importancia de adaptar su entorno y mantener ciertos hábitos para prevenir caídas.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





11857

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

ACTIVIDAD 4.6

ACTIVIDAD	Elaboración de manualidades
FECHA DESARROLLO	11/09/2025
OBJETIVO	Estimular la creatividad, motricidad fina y bienestar emocional de los adultos mayores.
RECURSOS UTILIZADOS	Papel, cartulina, tijeras, pegante, lápices de colores, marcadores
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizaron figuras decorativas con papel y cartón, permitiendo que cada participante expresara su creatividad.
CONCLUSIONES	La actividad se llevó a cabo con entusiasmo, contando con la participación activa de los adultos mayores, quienes disfrutaron plenamente del espacio recreativo.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	





ACTIVIDAD 4.12

ACTIVIDAD	Charla sobre la salud oral
FECHA DESARROLLO	16/09/2025
OBJETIVO	Promover el cuidado de la salud oral en adultos mayores, brindándoles información sobre prácticas de higiene bucal, prevención de enfermedades y la importancia de mantener una buena salud dental para su bienestar general.
RECURSOS UTILIZADOS	Carteleras.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se llevó a cabo una charla educativa dirigida a adultos mayores en la que se explicó la importancia de mantener una correcta higiene bucal. Se enseñaron técnicas adecuadas de cepillado, el uso del hilo dental, enjuagues, cuidado de prótesis dentales y la frecuencia recomendada para acudir al odontólogo.
CONCLUSIONES	Los asistentes comprendieron la relevancia de cuidar su salud oral y se mostraron interesados en mejorar sus hábitos de higiene bucal. Reconocieron la necesidad de realizar controles odontológicos periódicos y aplicar lo aprendido en su rutina diaria.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta





ACTIVIDAD 4.1

ACTIVIDAD	Diligenciar las bitácoras de cada adulto mayor
FECHA DESARROLLO	17/09/2025
OBJETIVO	Diligenciar formato de bitácora para llevar un control escrito de cada adulto mayor.
RECURSOS UTILIZADOS	Formato de bitácora, mesa, silla, esfero.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se llamó uno a uno cada adulto mayor para diligenciar su formato de bitácora.
CONCLUSIONES	Se completaron las bitácoras sin ningún contratiempo.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META
NIT. 901.943.219-0

INFORME DE ACTIVIDADES





5. LISTADO DE USUARIOS

N°	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA	EDAD	SISBEN
1	ALFONSO DE AVILLA NOHORA ELPIDIA	23.406.247	77	B1
2	ARIAS DE VARON BERNALDA	21.207.293	84	C1
3	BAHAMON MARIO	13.252.765	71	B2
4	BAQUERO LADINO JOSE ANTONIO	3.285.851	86	B5
5	BORDA MARIA ELVIA	31.006.403	84	C17
6	CORTES ANDRADE JESUS LEON	6.655.414	76	A4
7	DEL SOCORRO ASTEBIA	50.905.082	69	B6
8	DEL SOCORRO RESTREPO PUBENZA	32.528.448	73	A3
9	DIAZ CURBINA CECILIA	30.981.862	71	B7
10	ESQUIVEL ROZO TERESA	41.508.349	76	B5
11	FERNANDEZ ROCHA CARLOS GUSTAVO	19.297.258	69	B1
12	GONZALEZ ANA JULIA	21.206.661	90	B4
13	GUEVARA GUEVARA MARIA IRENE	24.801.931	86	A4
14	GUTIERREZ ALVAREZ ARAMINTA MARIA	21.222.588	78	A3
15	LADINO MARIA ELOISA	20.440.019	75	C10
16	LADINO RODRIGUEZ ANA ROSA	21.046.224	97	B3
17	LONDOÑO ALICIA	1.122.129.177	74	C1
18	LOZANO ALVARO	5.918.244	85	B5
19	MORENO GLORIA STELLA	38.220.170	75	A5
20	ORDUZ PINTO LUCIA	40.205.272	65	B3
21	PARDO CRUZ MARIA ELENA	21.044.210	92	N/A
22	PARRA MARDOQUEO	3.290.977	88	B2
23	PEÑA MARIA	40.218.911	74	B1
24	PEÑALOZA NESTOR FABIO	17.300.716	76	B3
25	PEREZ ROJAS CARMEN EMILIA	41.791.592	72	A5
26	PINO POSADA RAMON CESAR	3.572.056	78	B5
27	RIVEROS ROMERO FRANQUELINA	39.723.605	62	B7
28	RODRIGUEZ ALFONSO	17.120.284	80	B4

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

ACTIVIDAD 4.11

ACTIVIDAD	Charla sobre la salud cardiovascular en adultos mayores
FECHA DESARROLLO	19/09/2025
OBJETIVO	Informar a los adultos mayores sobre la importancia de mantener una buena salud cardiovascular, enseñándoles hábitos y medidas preventivas para evitar enfermedades del corazón y mejorar su calidad de vida.
RECURSOS UTILIZADOS	Carteleras.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizó una charla educativa donde se explicó la anatomía básica del sistema cardiovascular, las principales enfermedades del corazón que afectan a los adultos mayores y los factores de riesgo más comunes (hipertensión, colesterol alto, sedentarismo, tabaquismo, etc.). Se dieron recomendaciones sobre la importancia de una dieta equilibrada, ejercicio regular (como caminar), control de la presión arterial y la importancia de evitar el estrés. También se abordó la importancia de chequeos médicos regulares.
CONCLUSIONES	Los adultos mayores adquirieron conocimiento sobre cómo los hábitos de vida influyen directamente en la salud del corazón. Manifestaron su interés por implementar cambios saludables en su dieta y actividad física diaria.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	





ACTIVIDAD 4.12

ACTIVIDAD	Apoyo a los diferentes profesionales (educador físico)
FECHA DESARROLLO	22/09/2025
OBJETIVO	Dar apoyo en las actividades de los profesionales
RECURSOS UTILIZADOS	Mesas, sillas, espacio.
ACTIVIDAD DESARROLLADA	En este caso brindé apoyo en las labores del educador físico, ayudé organizando a los usuarios para que el profesional tenga una facilidad al momento de realizar su labor
CONCLUSIONES	El educador físico pudo llevar a cabo sus actividades y contó con la participación casi total de los usuarios del centro vida.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta

29	ROMERO GONGORA CESAR AGUSTO	79.277.647	61	B4
30	ROMERO ORTEGON FLORENCIA	21.219.989	81	B4
31	ROSALBA APONTE BLANCO	40.275.227	79	B2
32	SANABRIA DE TORRES ROSA	21.235.051	72	A2
33	SILVA FANNY CECCILIA	21.238.733	69	B1
34	VALENCIA FRANCO ANA LUCIA	40.361.979	73	B6
35	ZABALA JULIO CESAR	5.818.739	84	B5

6. NOVEDADES PRESENTADAS

N°	FECHA NOVEDAD	DESARROLLO NOVEDAD
1	N/A	N/A

7. EVIDENCIA FOTOGRAFICA





DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: La actividad consistió en completar la bitácora de los adultos mayores, donde se les pide información base y ellos firman o dejan su huella.

	CONTRATO 1068 DE 2025 **UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR META** **NIT. 901.943.219-0** **INFORME DE ACTIVIDADES**	Unión Temporal Adulto Mayor Meta





DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: Se desarrolló una rutina sencilla de ejercicios guiados para mejorar la movilidad articular, flexibilidad y circulación. Los adultos mayores realizaron estiramientos suaves acompañados de música, lo cual favoreció su estado físico y ánimo general.





DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: Realización de la charla de enfermedades respiratorias

11860

CONTRATO 1068 DE 2025
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR
META
NIT. 901.943.219-0

INFORME DE ACTIVIDADES

Unión Temporal Adulto Mayor Meta









DESCRIPCION ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: Se llevó a cabo la entrega de almuerzos y refrigerios a los adultos mayores beneficiarios del programa, garantizando una distribución organizada, higiénica y oportuna. La jornada buscó contribuir al bienestar nutricional de los participantes, asegurando el acceso diario a una alimentación adecuada

Luz Angela Jimenez Cuellar

LUZ ÁNGELA JIMÉNEZ CUELLAR

C.C. 35264988

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

REVISO Y APROBO:
JORGE ENRIQUE RUIZ
COORDINADOR CENTRO VIDA

11861

INSCRIPCIÓN A CENTRO VIDA

11862

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

Fecha: 27 dia | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Mallord Elpidia Alfonso de Avila					
Fecha y lugar de nacimiento:		22-Nov-1948 Macaral-Boyaca					
Edad:	76	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		23.406.247			
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	X	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	X	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		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capacol
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	Montana 13 Casa 28						
Municipio:	V. Mercedes		Estrato:	1	Barrio:	La Madrid	
Zona:	Rural		Urbano		Telefono:		

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	N/A		
Relacion con el adulto mayor:	N/A		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	3118777027		
Telefono:	3118777027	Correo:	N/A

Adres Ayala

	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: Yohora Elpidia Alfonso

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11863

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **23.406.247**
ALFONSO De AVILA
APELLIDOS
NOHORA ELPIDIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1948**
MACANAL
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
28-NOV-1969 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-5200100-01290963-F-0023406247-20220422 0078820627A 1 9019165605

Falta Actas Sobre

11864

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

Fecha: 27 05 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Bernarda Arias de Varon					
Fecha y lugar de nacimiento:		31/12/1940 Viracacha (Boyaca)					
Edad:	84	Identificación: CC TI RC TE CE PP		Número:	21.207.293		
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	X	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	4
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	C1
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja COPI
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	Mz 19 Cs 29 Brr La madrid						
Municipio:	Villavicencio		Estrato:	1	Barrio:	La madrid	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3180539222 whatsapp	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luz Marina Arias		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:		
Telefono:	3172275788	Correo:	N/A

	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		

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: Bernarda Arias de Varon

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

David Amaya.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: David Amaya Díaz

Cargo CPS

11865
2



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.207.293
ARIAS DE VARON
APELLIDOS
BERNARDA
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1940
VIRACACHA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ENE-1970 GUAMAL-
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-0200100-38129981-F-0021207293-20050807 05881 05158A 02 151657062

11866

Sisbén

Registro válido

C1

Fecha de consulta: 01/05/2025

Ficha: 50001060746000003224

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: BERNARDA

Apellidos: ARIAS DE VARON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21207293

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 25/10/2024

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 HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

1186

Sisbén

Registro válido

C1

Fecha de consulta: 01/05/2025

Ficha: 50001060746000003224

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: BERNARDA

Apellidos: ARIAS DE VARON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21207293

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

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 HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

11867

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	21207293
NOMBRES	BERNARDA
APELLIDOS	ARIAS DE VARON
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:	05/01/2025 15:51:46	**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

11631 11868

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
Nit. 892050210-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Ascasia Villavicencio
PBX: (608) 6624444
Para reportar daños o emergencias marque 115
(608) desde fuera Municipio
Línea gratuita Nacional: 018000938675
Línea emergencia 24 Horas: 316 027 8035

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios — www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
365783036

3172 1/1

"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 | 2025-03-04 15:59 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-03-04 16:03 | CUDE | d585e8037ddf979e4056389a7e58019dc6bf01ea79aa5c589b6ca1530e894107e0399aa15e91e9c0be4b3882d1f

Suscriptor: LUZ MARINA BARON ARIAS
Dirección: MZ 19 CS 29 BRR LA MADRID
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 14404
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 14583
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 201
Documento No.: DES1619215
Facturas Atrasadas :0
Ultimo Pago: $99260 12-02-25
Periodo Facturado: 31-01-2025/01-03-2025
Ruta: 1-100070200

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15060521	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 04-MAR-2025 04:03

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cod. Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T11249	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	211
(DES) Duración en horas de interrupciones	8.834	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FES) Número total de interrupciones	2	(Cd) Cargo de Distribución	197.63
(DES/G) Meta por duración	26.92	(FES/G) 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 $	396.05	Pérdidas reconocidas	PR $	69.95
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	49.85	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	15.09
Transporte en el sistema de distribución local	D $	253.23	Costo de comercialización	C $	150.7
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					934.87
					934.87

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	1,58%

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:	
387,08 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$66,965
934,67 (Valor kWh) x 6 (Consumo en kWh)	$5,609
VALOR NETO:	$167,341
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-94,768
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$72,574
Impuesto AP	$1,673
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,676
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$74,250

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
14-MAR-2025	15-MAR-2025	$74,250

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 6 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 013623 de DIC 14-2018 DIAN / AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0947 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.050.210-6, SIVIDE-EMSA

11869

MultiSalud

MULTISALUD S.A.S
CLL 26 B NO 38 76 PISO 4 TEL: 3330334170
830511298
HISTORIA CLINICA

Imprime: JGSR 2025-06-18 09:24

FECHA INGRESO:	18-06-2025 - 09:14				
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA			IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem.	NACIM:	31-12-1940	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:				FOLIO: 25 - 000003	TELEFONO: 3118053922
ENTIDAD:	CAJACOPI EPSS			GRP SANG : O	RH: +
DIRECCIÓN:	CENTRO			BARRIO:	MADRID
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VILLAVICENCIO

ACOMPAÑANTE:
LUZ VARON HIJA

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL DE PARACLINICOS, ESTUDIO DE POLIARTRALGIAS

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE REFIERE MEJORIA DE POLIARTRALGIAS

PARACLINICOS
DENSITOMETRIA 06/06/25
OSTEOPOROSIS

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Per	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
130/070	000	080 lmp	016 rpm	36.00°	000%	00	54.0 Kl	140 cm	27.55	1.34 m2				0/15

CLASIFICACIÓN IMC: PACIENTE CON SOBREPESO
AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

DIAGNOSTICO: E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
M818 - OTRAS OSTEOPOROSIS, SIN FRACTURA PATOLOGICA

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 84 AÑOS DE EDAD, HIPOTIROIDEA, CON OSTEOPOROSIS, FORMULO LEVOTIROXINA 50MCG CADA DIA POR 6 MESES, INICIO DENOSUMAB AHORA, CONTROL EN 6 MESES, CON TSH Y T4L EN 5 MESES

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN: FORMULO LEVOTIROXINA 50MCG CADA DIA POR 6 MESES, INICIO DENOSUMAB AHORA, CONTROL EN 6 MESES, CON TSH Y T4L EN 5 MESES

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: SALCEDO RODRIGUEZ JOSE GREGORI	
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA	
REGISTRO No: 86045592	

11870

MultiSalud

MULTISALUD S.A.S
CLL 26 B NO 38 76 PISO 4 TEL: 3330334170
830511298
HISTORIA CLINICA

Impreso: JGSR 2025-06-18 09:24

FECHA INGRESO:	18-06-2025 - 09:14				
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA			IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem.	NACIM:	31-12-1940	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑIANTE:				FOLIO:	25 - 000003 TELEFONO: 3118053922
ENTIDAD:	CAJACOPI EPSS			GRP SANG :	O RH: +
DIRECCIÓN:	CENTRO			BARRIO:	MADRID
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	LEVOTIROXINA 50MCG TAB& - POH03AAD10091 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL	180	180.0 (CIENTO OCHENTA) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - 890366 CONTROL EN 6 MESES		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE - 904904		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	TIROXINA LIBRE - 904921 TOMAR EN 5 MESES		1.0 (UN) AMB
Ordenes Medicas	OTRAS - Z70065 DENOSUMAB AMPOLLA 60MG APLICAR UNA AMPOLLA SUBCUTANEA AHORA (DOSIS UNICA) FORMULA POR 6 MESES 1 AMPOLLA		1.0 (UN) AMB
Ordenes Medicas	INYECCION O INFUSION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA - 992990 ORDEN DE APLICACION DE AMPOLLA DE DENOSUMAB, APLICAR UNA AMPOLLA 60MG, AHORA SUBCUTANEO (DOSIS UNICA), INCLUYE INSUMOS Y DERECHOS DE SALA EN INSTITUTO DE SALUD		1.0 (UN) AMB

Dx/ E039 M818

2506180914231293

NRO FORMULA 2506180914231293

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SALCEDO RODRIGUEZ JOSE GREGORI	
ESPECIALIDAD:	MEDICINA INTERNA	
REGISTRO No:	86045592	

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

11871

MULTISALUD S.A.S
CLL 26 B NO 38 76 PISO 4 Tel: 3330334170
830511298
FORMULACION
CONSULTA EXTERNA

ORIGINAL

JGSR 2025-06-18 09:24

FECHA:	Jun, 16/2025 - 09:14			IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA			EDAD: 84 Años	SEXO: Femenino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO			TELEFONO: 3118053922	GRP SANG : O RH: +
ACOMPAÑANTE:				TEL-ACOMP:	FECHA NACIM: 31/12/1940
FOLIO: 25 - 000003	FACTURA:			REGIMEN:	SUBSIDIADO
ENTIDAD:	CAJACOPI EPSS			DIRECCION:	CENTRO
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	LEVOTIROXINA 50MCG TAB& - P0H03AA010091 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL	180	180.0 (CIENTO OCHENTA) AMB

Dx/ E039 M818

2506180914231293

NRO FORMULA 2506180914231293

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: SALCEDO RODRIGUEZ JOSE GREGORI ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA REGISTRO No: 86045592	

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

11872

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 TEL: 3142763862
901545021
HISTORIA CLINICA

Imprime: VJCD 2025-07-03 14:14

FECHA INGRESO:	03-07-2025 - 14:04				
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA			IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem.	NACIM: 31-12-1940		CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:				FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3118053922
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS			GRP SANG : O	RH: +
DIRECCIÓN:	LA MADRID			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	U.LIBRE	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VILLAVICENCIO

ACOMPAÑANTE:
SI

MOTIVO DE CONSULTA:
VALORACIÓN CONTROL CRONICO RIESGO CARDIOVASCULAR

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE QUIEN INGRESA A CONSULTAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR SIN ACOMPAÑANTE DE 84 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIALDESDE HACE 13 AÑOS REFIERE ULTIMO CONTROL (HACE 3 MESES) EN MANEJO FARMACOLOGICO CON LOSARTAN 50X2, SITAGLIPTINA 50DIA, HDTZ 25 DIA, CLONIDINA 150 MCG DIA REFIERE BUENA ADEHERNCIA A LAS ÓRDENES MÉDICAS. ADEMAS ASINTOMATICO PACIENTE NIEGA SINTOMAS CARDIOVASCULARES COMO CEFALEA INTENSA. DOLOR TORÁCICO OPRESIVO, DISNEA, EDEMAS DE EXTREMIDADES O CARA, FOSFENOS, TINITUS NIEGA ALTERACIONES EN AGUDEZA VISUAL, DUERME BINE COME BIEN BUEN PATRON DE SUEÑO. NIEGA HABER REQUERIDO ATENCIÓN POR URGENCIAS DESDE ÚLTIMO CONTROL.

ANTECEDENTES:
NIEGA

FAMILIARES:
NIEGA

MEDICOS:
HTA

QUIRURGICOS:
NIEGA

FARMACOLOGICOS:
LOSARTAN 50X2, SITAGLIPTINA 50DIA, HDTZ 25 DIA, CLONIDINA 150 MCG DIA

ALERGICOS:
NIEGA

TRAUMATOLOGICOS:
NIEGA

OCUPACIONALES:
NIEGA

GINECO-OBSTETRICOS:
NIEGA

OTROS ANTECEDENTES:
NIEGA

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO: NO
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES: NO

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
130/060	083	080 lmp	018 rpm	36.50°	000%	00	57.0 Kl	140 cm	29.08	1.37 m2		90.0		15/15

OBESIDAD CENTRAL: SI

CLASIFICACIÓN IMC: PACIENTE CON SOBREPESO

EXAMEN FISICO
- CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORFACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMO, CON LIMITIVAS NORMOCROMICAS

11873

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 TEL: 3142763862
901545021
HISTORIA CLINICA

Imprime: VJCG 2025-07-

FECHA INGRESO:	03-07-2025 - 14:04		IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293	
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA		CIUDAD:	VILLAVICENCIO	
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem.	NACIM: 31-12-1940	FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3118053922	
ACOMPAÑANTE:			GRP SANG : O		RH: +
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS		BARRIO:		
DIRECCIÓN:	LA MADRID		OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA	
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL: U.LIBRE			

ESCLERAS ANICTERICAS, NARINAS CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE, DE CONFIGURACION NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES.
- CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS.
- TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, PULMONES CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS.
- CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS, LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO.
- ABDOMEN: NO DISTENDIDO, PERISTALSIS POSITIVA, EFECTIVA (es decir si ha tenido flatos o vulgarmente gases), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.
- GENITOURINARIO: PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA.
- EXTREMIDADES: SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS.
-PIEL: INTEGRA SIN LESIONES, NO SE OBSERVA TINTE ICTÉRICO.
-SNC: ALERTA, CONSCIENTE, ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD SIMÉTRICA SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS.
AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

DIAGNOSTICO: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

ANALISIS: ANALISIS
PACIENTE DE 84 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DESCRITO QUIEN INGRESA A CONTROL RIESGO CARDIOVASCULAR CON ANTECEDENTE DE HIPERTENIONATRTERIAL EN EL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS BUEN PATRON RESPIRATORIO, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, EN LA ACTUALIDAD NO CUENTA CON LABORATORIOS ACTUALIZADOS POR LO CUAL SE SOLICITAN PARA ESTABLECER TFG ACTUALIZADA, RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO.
PACIENTE EN CONTROL RIESGO CARDIOVASCULAR REFIERE ACTUALMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CLÍNICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO.SE CONSIDERA PACIENTE CON EVOLUCIÓN CLÍNICA FAVORABLE. SE INDICA CONTINUAR MANEJO MÉDICO INSATURADO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN:

PLAN
PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO
HTA + OBESIDAD + C ERC ESTADIO 3
LABORATORIO DE CONTROL SEGUN ALGORITMO
CONTROL RIESGO CARDIOVASCULAR EN 3 MESES

SE BRINDA EDUCACIÓN Y RECOMENDACINONES:
-HTA Y DMII: EDUCACIÓN EN ASPECTOS GENERALES DE LA ENFERMEDAD, LA MEJORA DE LOS ESTILOS DE ALIMETACIONES (DIETA) , EJERCICIO, CONSUMO DE AZÚCAR AL MINIMO , HIGIENE DENTAL DIARIA, HIGIENE DE LA PIEL Y LOS PIES DIARIA, USO MEDIAS COMPRESIVAS Y CALZADO ADECUADO.
-RECOMENDACIONES EN ACTIVIDAD FÍSICA
CAMINAR DE 30-40 MINUTOS 3 A 4 VECES POR SEMANA.
EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE SODIO (SAL), GRASA Y ALCOHOL.
AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS,VERDURAS Y OTROS ALIMENTOSRICOS EN FIBRA, ADEMÁS DE LÁCTEOS BAJOS EN GRASA.
REDUCCIÓN O MANTENIMIENTO DE PESO .
EVITAR EL CONSUMO DEALCOHOL Y TABACO YA QUE AUMENTAN EL RIESGO DE INFARTO Y OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
EVITAR EL CONSUMO DE CAFEÍNA .
SE DA EDUCACIÓN EN MANEJO DE ESTRÉS.
RECUERDE LA ADECUADA FORMA DE ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS EXPLICADA EN CONSULTA.

SIGNOS DE ALARMA

-ASISTÍR INMEDIATAMENTE A EL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO SI:

11874

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 TEL: 3142763862
901545021
HISTORIA CLINICA

Imprime: VJCG 2025-07-03 14:14

FECHA INGRESO:	03-07-2025 - 14:04		
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA	IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem. NACIM: 31-12-1940	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:		FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3118053922
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS	GRP SANG : O	RH: +
DIRECCIÓN:	LA MADRID	BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: U.LIBRE	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

DOLOR O PRESION EN EL PECHO INTENSO
SENSACION DE AHOGO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR
DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO
SANGRADO DE MUCOSA, ENCÍAS Y NARIZ
SUEÑO EXCESIVO, CANSANCIO EXTREMO E IRRITABILIDAD
PERDIDA DE LA FUERZA SUBITA O DEBILIDAD
VÓMITOS FRECUENTES
DOLOR DE CABEZA SEVERO

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERIMEDAD ITS: NO
CANCER DE SENO: NO
CANCER DE CERVIX: NO
EDUCA AUTOEXAMEN DE SENO: NO
CITOLOGIA PREVIA: NO
RIESGO CARDIOVASCULAR: BAJO
PACIENTE DIAGNOSTICADO CON DM: NO
PACIENTE DIAGNOSTICADO CON HTA: NO
EL USUARIO ESTA EN PROGRAMA DE CRONICOS O PROGRAMA DE ATENCION RENAL: NO
EL USUARIO RECIBE IECA: SI RECIBE
EL USUARIO RECIBE ARAII: SI RECIBE
FECHA DE MI: 0000/00/00
FECHA DE ENDOCRINOLOGIA: 0000/00/00
FECHA DE CARDIOLOGIA: 0000/00/00
FECHA DE OFTALMOLOGIA: 0000/00/00
FECHA DE NEFROLOGIA: 0000/00/00
FECHA DE PSICOLOGIA: 0000/00/00
FECHA DE NUTRICION: 0000/00/00
FECHA DE TRABAJO SOCIAL: 0000/00/00

Fuma actualmente: NO

CUESTIONARIO PARA TAMIZAJE DE EPOC
Tose muchas veces la mayoria de los dias?:N

Tiene flemas o mocos la mayoria de los dias?:N

Se queda sin aire mas facilmente que otras personas de su edad?: N

Es mayor de 40 a--os?: S

Actualmente fuma o es un exfumador?:N

11875

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 TEL: 3142763862
901545021
HISTORIA CLINICA

Imprime: VJC0 2025-07-

FECHA INGRESO:	03-07-2025 - 14:04		
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA	IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem. NACIM: 31-12-1940	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:		FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3118053922
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS	GRP SANG : O	RH: +
DIRECCIÓN:	LA MADRID	BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: U.LIBRE	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS:	CALDERON GONZALEZ VICTOR JULIO
ESPECIALIDAD:	MEDICINA FAMILIAR
REGISTRO No:	86077915

Dr. Victor J. Calderon G.
MEDICO GENERAL
R.M 86077915

FIRMA PACIENTE:

Jul. 3/2025 14:04 evoluciono CALDERON GONZALEZ VICTOR JULIO MEDICINA FAMILIAR folio: 01 - 000001

FORMULACION:
HTA 3A - 3B

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	LOSARTAN TABLETAS 50MG - POCONCL021161 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 12 HORAS ORAL	30	60.0 (SESENTA) AMB
Farmacia	SITAGLIPTINA TAB 50 MG SITAGLIPTINA - POA10BH010101 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL	30	30.0 (TREINTA) AMB
Farmacia	HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG - POC03AH006011 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 01 DIA ORAL	30	30.0 (TREINTA) AMB
Farmacia	CLONIDINA CLORHIDRATO - POC02AC047011 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL - TAB 150 MCG	30	30.0 (TREINTA) AMB
Laboratorio	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA - 902210		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - 903841		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	COLESTEROL TOTAL - 903818		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO - 903817		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - 903815		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	TRIGLICERIDOS - 903868		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	UROANALISIS - 907106		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 903895		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL - 903026		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	CREATININA EN ORINA PARCIAL - 903876		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA - 904912		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 903835		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 903803		1.0 (UN) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL - 890301 EN 3 MESES		1.0 (UN) AMB

11876

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 TEL: 3142763862
901545021
HISTORIA CLINICA

Imprime: VJCG 2025-07-03 14:14

FECHA INGRESO:	03-07-2025 - 14:04				
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA			IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
EDAD: 84 Años	SEXO: Fem.	NACIM:	31-12-1940	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:				FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3118053922
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS			GRP SANG : O	RH: +
DIRECCIÓN:	LA MADRID			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	U.LIBRE	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

Dx/ I10X

2507031404181293

NRO FORMULA 2507031404181293

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: CALDERON GONZALEZ VICTOR JULIO ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR REGISTRO No: 86077915	Dr. Victor J. Calderon G. MEDICO GENERAL R.M 86077915

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

Jul. 4,877

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 Tel: 3142763862
901545021
FORMULACION
CONSULTA EXTERNA

ORIGINAL

VJCG 2025-07-03 14:14

FECHA:	Jul. 3/2025 - 14:04	IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA	EDAD: 84 Años	SEXO: Femenino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	TELEFONO: 3118053922	GRP SANG : O RH: +
ACOMPAÑANTE:		TEL-ACOMP:	FECHA NACIM: 31/12/1940
FOLIO: 01 - 000001	FACTURA:	REGIMEN:	SUBSIDIADO PACIENTE CRÓNICO
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS	DIRECCION:	LA MADRID
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: U.LIBRE	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS:
HTA 3A - 3B

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	LOSARTAN TABLETAS 50MG - POCONCLO21161 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 12 HORAS ORAL	30	60.0 (SESENTA) AMB
Farmacia	SITAGLIPTINA TAB 50 MG SITAGLIPTINA - POA10BH010101 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL	30	30.0 (TREINTA) AMB
Farmacia	HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG - POC03AH006011 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 01 DIA ORAL	30	30.0 (TREINTA) AMB
Farmacia	CLONIDINA CLORHIDRATO - POC02AC047011 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL TAB 150 MCG	30	30.0 (TREINTA) AMB

Dx/ I10X

2507031404181293

NRO FORMULA 2507031404181293

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: CALDERON GONZALEZ VICTOR JULIO ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR REGISTRO No: 86077915	Dr. Victor J. Calderon G. MEDICO GENERAL R.M 86077915

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

1,1877

SUSALUD

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
CALLE 33 NO. 38-78 Tel: 3142763862
901545021
FORMULACION
CONSULTA EXTERNA

PAG: 1 de 1
ORIGINAL

VJCG 2025-07-03 14:14

FECHA:	Jul. 3/2025 - 14:04	IDENTIFICACIÓN:	CC 21,207,293
PACIENTE:	ARIAS DE VARON BERNARDA	EDAD: 84 Años	SEXO: Femenino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO	TELEFONO: 3118053922	GRP SANG: O RH: +
ACOMPAÑANTE:		TEL-ACOMP:	FECHA NACIM: 31/12/1940
FOLIO: 01 - 000001	FACTURA:	REGIMEN:	SUBSIDIADO PACIENTE CRÓNICO
ENTIDAD:	CAJACOPI ATLANTICO CAJADECOMPENSACIONFAMILIAREPSS	DIRECCION:	LA MADRID
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: U.LIBRE	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS:

HTA 3A - 3B

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	LOSARTAN TABLETAS 50MG - POCONCLO21161 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 12 HORAS ORAL	30	60.0 (SESENTA) AMB
Farmacia	SITAGLIPYINA TAB 50 MG SITAGLIPTINA - POA10BH010101 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL	30	30.0 (TREINTA) AMB
Farmacia	HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG - POC03AH006011 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 01 DIA ORAL	30	30.0 (TREINTA) AMB
Farmacia	CLONIDINA CLORHIDRATO - POC02AC047011 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL TAB 150 MCG	30	30.0 (TREINTA) AMB

Dx/ I10X

2507031404181293

NRO FORMULA 2507031404181293

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: CALDERON GONZALEZ VICTOR JULIO ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR REGISTRO No: 86077915	Dr. Victor J. Calderon G. MEDICO GENERAL R.M 86077915

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Atención Médica
De Colombia s.a.s

ATENCION MEDICA DE COLOMBIA SA

900,073,674

Tel: 3330334450 Dir: CR 30 B No 41 B 32

11878

ORIGINAL

EVOLUCION MEDICA CONSULTA EXTERNA

Imprime:YJJC 20250318 14:10

FOLIO 01000006

Fecha: Mar. 18/2025 Hora: 14:03 Regimen: SUBSIDIADO Fact: 000000 HAB
Nombre: ARIAS DE VARON BERNARDA CC 21,207,293 Grp sang="O Rh="+
Edad: A084 F.Nac:1940/12/31 Sexo:Fem. E.Civil:SOLTERO Dir:VILLAVICENCIO VILLAVICENCIO
Entidad: CAJA COMPENSACION FAMILIAR OCUPAC:NO APLICA TEL:3118053922
Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: CAJACOPI

NOTA : OFTALMOLOGIA CONSULTA EXTERNA
PACIENTE SE EVALUA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS POR LA PANDEMIA DE COVID -19, INCLUYENDO EL USO DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y LIMPIEZA DE EQUIPOS OFTALMOLOGICOS.
MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE OFTALMOLOGIA,ACCUD E A CONTROL POR ANT DE GLA UCOMA EN TTO CON DORZOLAMIDA 2% / TIMOLOL 0.5% / BRIMONIDINA 0.2%. Y LUBRICANTES OCULARES.
ANTECEDENTES OFTALMOLOGICOS: NIEGA
ANTECEDENTES GENERALES: NIEGA
EXAMEN EXTERNO: NORMAL.
MOVIMIENTOS OCULARES: CONSERVADOS.
HIRSCHBERG: CENTRADO.
ANEXOS: NORMAL.
AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION EN CONSULTA
OJO DERECHO :NPL
OJO IZQUIERDO :20/100
BIOMICROSCOPIA:
OJO DERECHO: CONJUNTIVA NO HIPEREMICA, CORNEA OPACA, CRISTALINO CATARATATOSO
OJO IZQUIERDO: CONJUNTIVA NO HIPEREMICA, CORNEA CLARA, CAMARA ANTERIOR FORMADA Y AMPLIA, IRIS T ROFICO, PUPILA ISOCORICA, NORMORREACTIVA. CRISTALINO CLARO
FONDO DE OJO:
OJO DERECHO: NO VALORABLE POR OPACIDA DE MEDIOS
OJO IZQUIERDO: VITREO CLARO, PAPILA DE BORDES DEFINIDOS, EXCAVACION 0.3-4 EMERGENCIA CENTRAL DE VASOS, MACULA DE ASPECTO SANO, RETINA APLICADA.
PRESION INTRAOCULAR:
OJO DERECHO: --- MMHG
OJO IZQUIERDO: 12 MMHG
DIAGNOSTICO:
OJO UNOCO
GLAUCOMA
PRESBICIA
CONDUCTA:
OCT DE NERVIO OPTICO OJO IZQUIERDO
DORZOLAMIDA 2% / TIMOLOL 0.5% / BRIMONIDINA 0.2%. SOL OFT, FRASCO DE 5ML. APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO POR 3 MESES.
POLIETILENGLICOL 4MG/ML + PROPILENGLICOL 3MG/ML FRASCO, GOTAS OFTALMICAS DE 10 ML. APLICAR DE 1 GOTA CADA 6 HORAS, POR 3 MESES APLICAR EN AMBOS OJOS.
CONTROL CON REPORTES
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
TIPO DE DIAGN:

FORMULACION :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
nterconsultas	890376	CONTROL OFTALMOLOGIA		1.0

(uno)

Atención Médica
De Colombia s.a.s

ATENCION MEDICA DE COLOMBIA SA
900,073,674
Tel: 3330334450 Dir: CR 30 B No 41 B 32

ORIGINAL

EVOLUCION MEDICA CONSULTA EXTERNA

Imprime:YJJC 20250318 14:10

FOLIO 01000006

CONTROL CON REPORTES

Ordenes Medicas 951902 TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR 1.0 (uno)

NERVIO OPTICO OJO IZQUIERDO

Ordenes Medicas 01001 OTROS 3.0 (tres)

DORZOLAMIDA 2% / TIMOLOL 0.5% / BRIMONIDINA 0.2%. SOL OFT, FRASCO DE 5ML. APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO POR 3 MESES.

Ordenes Medicas 01001 OTROS 3.0 (tres)

POLIETILENGLICOL 4MG/ML + PROPILENGLICOL 3MG/ML FRASCO, GOTAS OFTALMICAS DE 10 ML. APLICAR DE 1 GOTA CADA 6 HORAS, POR 3 MESES APLICAR EN AMBOS OJOS.

DIAGNOSTICO :

H401 GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
H526 OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION
H544 CEGUERA DE UN OJO
H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO DECLARA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

YONEL J. JAIMES CH.
OFTALMOLOGO
U. Rosario- U. Javeriana
RM A058499

NRO FORMULA 0000000000000000
JAIMES CHAPARRO YONEL JOSE id: REG:0550499 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Apreciado usuario: Por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración medica. Segun resolución numero 00004331 del 19 DIC 2012.

Atención Médica De Colombia sas

ATENCION MEDICA DE COLOMBIA SA

900,073,674

Tel: 3330334450 Dir: CR 30 B No 41 B 32

11879

ORIGINAL

FORMULACION CONSULTA EXTERNA

Imprime:YJJC 20250318 14:10

FOLIO 01000006

Fecha: Mar. 18/2025 Hora: 14:03 Regimen: SUBSIDIADO Fact: 000000 HAB

Nombre: ARIAS DE VARON BERNARDA CC 21,207,293 Grp sang=O Rh=+

Edad: A084 F.Nac:1940/12/31 Sexo:Fem. E.Civil:SOLTERO Dir:VILLAVICENCIO VILLAVICENCIO

Entidad: CAJA COMPENSACION FAMILIAR OCUPAC:NO APLICA TEL:3118053922

Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: CAJACOPI

FORMULACION :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	01001	OTROS		3.0 (tres)

DORZOLAMIDA 2% / TIMOLOL 0.5% / BRIMONIDINA 0.2%. SOL OFT, FRASCO DE 5ML. APLICAR 1 GOTA CADA 12 HORAS EN OJO IZQUIERDO POR 3 MESES.

Ordenes Medicas	01001	OTROS		3.0 (tres)

POLIETILENGLICOL 4MG/ML + PROPILENGLICOL 3MG/ML FRASCO. GOTAS OFTALMICAS DE 10 ML. APLICAR DE 1 GOTA CADA 6 HORAS, POR 3 MESES APLICAR EN AMBOS OJOS.

Dx/ H401 H526 H544 H259

YONEL J. JAIMES CH.
OFTALMOLOGO
U. Rosario- U. Javeriana

NRO FORMULA 0000000000000000

JAIMES CHAPARRO YONEL JOSE Id: REG:0550499 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Apreciado usuario: Por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración medica. Segun resolución numero 00004331 del 19 DIC 2012.

11880

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

Fecha: 27a | 06s | 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Mario Bottamon
Fecha y lugar de nacimiento:	10-ene-1954 San Martin Meta

Edad: 71 Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 73.252.765

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	✓
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	✓	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	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Nueva eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Montana 18 C51					
Municipio:	Villavicencio		Estrato:	1	Barrio:	la madrid
Zona:	Rural		Urbano	✓	Telefono:	3224663578

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Tulia Esmeda Bahamon
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	
Telefono: 3224663578	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.

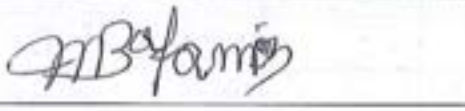
El titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como a solicitar su eliminación o revocar la autorización otorgada, según lo dispuesto en las normativas mencionadas.

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS



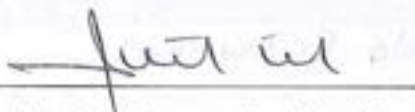


Firma del adulto mayor

Nombre: Mario Bathanon

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11880

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

Fecha: 27a | 06s | 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Mario Bottamon					
Fecha y lugar de nacimiento:		10-ene-1954 San Martin (Meta					
Edad:	71	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		73.252.765			
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	✓
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	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B2
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	Montana 18 Cs 1						
Municipio:	Villavicencio		Estrato:	1	Barrio:	la Madrid	
Zona:	Rural		Urbano	✓	Telefono:	3224663578	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Tulia Esmeda Bahamon		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:			
Telefono:	3224663578	Correo:	

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

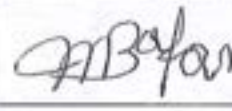
3. DOCUMENTOS ANEXOS

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



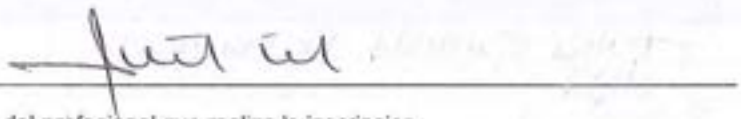


Firma del adulto mayor

Nombre: Mario Bejarano

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11881



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 13.252.765
BAHAMON

APELLIDOS
MARIO -

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1954
SAN MARTIN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-JUN-1975 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-01468867-M-0013252765-20241004 0142888414A 1 8512708149

11882

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/05/2025

Ficha: 5400105054220000019

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIO

Apellidos: BAHAMON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13252765

Municipio: Cúcuta

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/06/2019

Última actualización ciudadano: 15/07/2022

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: JHON JAIRO ALFEREZ VEGA

Dirección: Avenida 6 No 5 - 99 Centro Comercial Las Mercedes

Teléfono: 3165301875 - 3108808611

Correo Electrónico: ofc.sisben@cucuta.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	13252765
NOMBRES	MARIO
APELLIDOS	BAHAMON
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/27/2025 09:38:03	**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

11884

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.000.265 - 3

CÓDIGO USUARIO	135348
FACTURA No.	32974934
PERÍODO FACTURADO:	01-01-2025 - 29-01-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000031604000000000	0	2025-02-10T11:20:23

DATOS DEL SUSCRIPTOR

VELANDIA VELANDIA KENLLA JAIDY
222222222222
MZ 18 CS CS 1
LA MADRID
ZG - 29892

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		27-02-2025

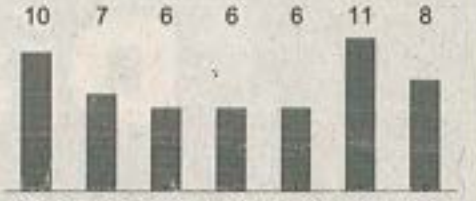
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4020 402010170000 ORDEN 22	1/2	1710164382	259789

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 8

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
1136	1128	8	8

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.379,69	7.379,69	4.870,60	0	2.509,09
Consumo Basico	0 - 16	8	2.825,37	22.602,96	14.917,95	0	7.685,01
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.825,37	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.825,37	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					19.788,55	0	10.194,10
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.220,57	6.220,57	4.105,58	0	2.114,99
Consumo Basico	0 - 16	8	2.816,47	22.531,76	14.870,96	0	7.660,80
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.816,47	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.816,47	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				28.752,33	18.976,54	0	9.775,79
TOTAL MES				58.734,98	38.765,09	0	19.969,89

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	,11
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	,11

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COATIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.509,09	Cargo fijo AL	2.114,99
Consumo Básico AC	900,83	Consumo Básico AL	957,69
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT637997

pague a tiempo

PAGUE HASTA 25-FEB-2025

TOTAL A PAGAR 19.970

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 057/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES5992024

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, según el art. 154 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

CUFE 1ea9c07d94aad5c567d88c6929c2c256cf3277b2b08291cc5f0c809f777ea9d7f8a574008cf5ce7f24a00f59a6b3023c

Realiza tus trámites sin salir de casa
• PQR's
• Información general
• Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica
Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Consuerte
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860 028 580-2 Software Factu-eaav

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO 135348
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 32974934

(415)7709998000414(8020)32974934(3900)0000019970(96)20250225

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
25-FEB-2025	19.970

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

11885

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

Fecha: 27 | Oct | 2023 **Centro Vida:** La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jose antonio Baquero Cadena
Fecha y lugar de nacimiento:	24-Ago-1938 Caqueza Cund
Edad: 86	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 3.285.851

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	✓
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	✓	Fisica		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	✓	Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 57 casa 8				
Municipio:	V. Nariño	**Estrato:**	1	**Barrio:**	La Madrid
Zona:	Rural	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3102724803

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Haiki Baquero
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	N/A
Telefono: 3102724803	**Correo:** N/A

	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: Jose antonio Baquero ladino

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: Cristian Grandos

Cargo CPS

11886



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.285.851
BAQUERO LADINO

APELLIDOS
JOSE ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1938
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA B+ G.S. RH M SEXO

16-NOV-1961 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

11887

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/06/2023

Ficha: 50001057746200002802

B5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JOSE ANTONIO**

Apellidos: **BAQUERO LADINO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **3285851**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2019

Última actualización ciudadano: 26/04/2022

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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LUIS FELIPE GARCIA BELTRAN

Dirección: **Calle 37 No 29 - 57**

Teléfono: **6829410 - 3208559257**

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

11888

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	3285851
NOMBRES	JOSE ANTONIO
APELLIDOS	BAQUERO LADINO
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	01/01/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 05/26/2025 15:13:14 **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".

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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

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".

11889

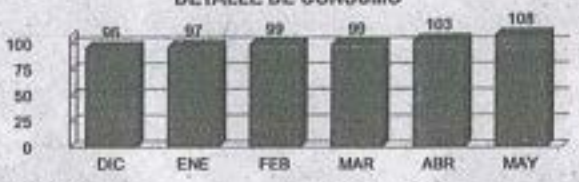
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-05 18:00 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-06 10:16 | CUDE | 3dc815e90c2775e8bd3257ff7053927ae19cbcc53344de2d05f5f60ba651e34055f5650093b7017965e8949e02975

Suscriptor: LUIS ANTONIO MENDEZ

Dirección: MZ 57 CS 08 URB LA MADRID ET 2

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 10554
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 10662
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:	$95,346
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-52,845
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$42,501
Impuesto AP	$953
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$953
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,450

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 99
Documento No.: DES2393060
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $41270 14-04-25
Periodo Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100044105

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15058663	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 05-MAY-2025 07:05

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

Indicadores de calidad

CAL Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD Transformador	O1T12998	(VC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	99
(DIU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%A) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(CD) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

Vlr 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 $	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) (mensenio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+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

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$43,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-04-2025/01-05-2025	374542927	15-MAY-2025	$43,450

415770999800244980200374542927 8390000000043450

emsa Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012693 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2002. VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚ

Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.000.270-6. SNOE-EMSA

4 11890

ips
CLINICA MEDICO FAMILIAR
NIT. 900.602.060-0
CODIGO HABILITACION 500010150301

Calle 60 Sur No. 43-28 Tel.: 6848334
Email: ipsclinicamedicofamiliar@hotmail.com
Villavicencio - Meta

RECETARIO MEDICO

Fecha: 27-07-18

paciente: Jose Antonio Baquero de 20 Cedula 3285851

R/. Paciente con perdida parcial de la vision
y - Perdida total ojo izq.
se encuentra en estado de discapacidad.
Parcial

Jose Francisco Ospina Cossio
MEDICO CIRUJANO
TP 68-11234

NOTA: Presente este recetario en la próxima consulta

JOSE ANTONIO BAQUERO
18/01/19 3285851

USUARIO: CAJACOPI- SUBSIDIADO
DX: PSEUDOFAQUIA OD
LEUCOMA TOTAL OI

SE DA DISCAPACIDAD MODERADO DEL 25 AL 49% DE FUNCION DE AGUDEZA VISUAL CON CODIGO B2100.

Dr. Jorge A. Arrieta Diaz
Medico Oftalmologo
RM-5778-79

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Elvira Borda
Fecha y lugar de nacimiento:	04/10/1941 Boyaca
Edad: 83	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 31.006.403

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)	X			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		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	C17
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja Capi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Sm2 6 Mz 1 Cs 30				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La madrid
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3133254776

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Dayly Lopez		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		N/A	
Telefono:	3133254776	Correo:	N/A

	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		

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: María Elvia Borda

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

David Amaya

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: David Amaya Díaz

Cargo Abg - CPS

*11892



REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 31.006.403

BORDA

APELLIDOS

MARIA ELVIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1941

BOYACA

(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-NOV-1977 PUERTO LLERAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

A-5200100-01082384-F-0031006403-20190710 0080179808A 2 673510857

11893

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 26/05/2025

Ficha: 50001070745700003655

C17

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ELVIA

Apellidos: BORDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31006403

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/09/2019

Última actualización ciudadano: 16/09/2019

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	31006403
NOMBRES	MARIA ELVIA
APELLIDOS	BORDA
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	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/12/2004	09/05/2010	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/17/2024 08:42:50	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Observaciones
Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen de Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente.

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".

Cancelada Colpatria

11895

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.000.265 - 1

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
	0	2024-11-09T11:20:23 2024-11-09T13:29:38

CÓDIGO USUARIO	134461
FACTURA No.	32504544
PERÍODO FACTURADO:	01-10-2024 - 30-10-2024

DATOS DEL SUSCRIPTOR

BORDA MARIA ELVIA
222222222222
SMZ 6 MZ 1 CS 30
LA MADRID ZG - 30681

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		28-11-2024

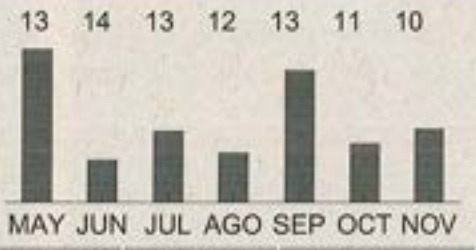
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4022 ORDEN 402210700000 229	1/2	1710475597	0042150

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 13

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
820	810	10	10

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.379,69	7.379,69	4.870,80	0	2.509,09
Consumo Basico	0 - 16	10	2.825,37	28.253,70	18.647,44	0	9.606,26
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.825,37	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.825,37	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					23.518,04	0	12.115,35
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.220,57	6.220,57	4.105,58	0	2.114,99
Consumo Basico	0 - 16	10	2.816,47	28.164,70	18.588,70	0	9.576,00
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.816,47	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.816,47	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				34.385,27	22.694,28	0	11.690,99
TOTAL MES				70.018,66	46.212,32	0	23.806,34

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	3,66
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-80,00
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	3,66

	0
CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COATIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.509,09	Cargo fijo AL	2.114,99
Consumo Básico AC	960,63	Consumo Básico AL	957,60
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT136986

AURA CRISTINA FLÓREZ MEDINA
GERENTE GENERAL

pague a tiempo

PAGUE HASTA
26-NOV-2024

TOTAL A PAGAR
23.730

Somos Autorretenedores Res DIAN 0570/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES9992024

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, según el art.154 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

CUFE ad802aa9ff81ff2fefd4678ea42de0450216e30c527b9a1af3dddc9f03338cf805b398f97c8aa46e6157a388d0c700b

Realiza tus trámites sin salir de casa
- PQR's
- Información general
- Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica

Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Corsuerte
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO
134461
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
32504544

(415)7709998000414(8020)32504544(3900)0000023730(96)20241126

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
26-NOV-2024	23.730

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 800.026.580-2 Software: factAMD

11896

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: la madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Jesus Jean Cortes Andrade					
Fecha y lugar de nacimiento:		25/12/1948					
Edad:	76	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		6655414			
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		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	A4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	cosalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:					
Municipio:		Estrato:		Barrio:	
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3135419083

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Hana otelia Hernandez		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
Telefono:	3115419083	Correo:	N/A

	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 _____

11897

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.655.414
CORTES ANDRADE
APELLIDOS
JESUS LEON
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1948
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-JUN-1971 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

I-1500100-0075917-M-0006655414-20151105 00473155A 2 44904861

11898
45

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 21/06/2025

Ficha: 500011691977400001819

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS LEON

Apellidos: CORTES ANDRADE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 6655414

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/10/2024

Última actualización ciudadano: 22/11/2024

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

11899

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	6655414
NOMBRES	JESUS LEON
APELLIDOS	CORTES ANDRADE
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:	06/21/2025 09:55:36	**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

9729 11900

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Esmeralda Villavicencio
Línea 115 (solo servicio Meta)
Línea gratuita nacional 018000915115
Desde cualquier operador 316 027 8055
WhatsApp: 316 555 5664

Dispón en tu agenda el electrónico - Dar clara palabra más diferente

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

363587722

1232 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".

6

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-03 14:36 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-03 14:51 | CUDE | df23a2e8cc2af1afc24783716f5a0f6e3cc88b9dd393c8ad1a8b915c149a0faba9cf74ed08e97495e43ee5e41ab018f1ab5

Suscriptor: ANDREA DEL PILAR CORTES HERNANDEZ

Dirección: MZ 5 CS 9 BRR LNA MADRID

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 15568
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 15725
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 128
Documento No.: DES2797306
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $74070 16-05-25
Período Facturado: 07-05-2025/31-05-2025
Ruta: 1-100041380

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15053427	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	03-JUN-2025 04:06				
[illegible]GO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	V0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T11253	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	140
(DIU) Duración en horas de interrupciones	0	(%I) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	0	(DI) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	26.92	(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 $	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) (moneda) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+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

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:	
396.12 (Valor kWh con SUBS) x 157 (Consumo en kWh)	$62,191
VALOR NETO:	$134,858
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-72,667
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$62,190
Impuesto AP	$1,349
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,349
DESCUENTOS:	

María otelia Hernandez
3115419083 esposa.

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $63,540

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
13-JUN-2025	14-JUN-2025	$63,540

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA 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

Electrificadora del Meta SA ,Nit: 892.002.210-6, SIVOE-EMSA

Datos Personales **Nombre del Paciente:** JESUS LEON CORTES ANDRADE **Identificación:** 6655414
Genero: Masculino **Fecha Nacimiento:** 25/12/1948 2:41:09 **Edad:** 76 Años \ 4 Meses \ 24 Días **Estado Civil:** Casado
Teléfono: 3123032964/3115419083 **Dirección Residencia:** mz 1 casa 9 barrio la Madrid etapa 1. Vill **Cama:**
Procedencia: VILLAVICENCIO **Ocupación:** **Religión:**
Datos de Afiliación **Entidad:** SBE118 - COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.-SUBSIDIADO
Tipo Régimen: Subsidiado **Nivel Estrato:** NIVEL 1 SUBSIDIADO
Datos del Ingreso: **Nombre del Acudiente:** **Teléfono del Acudiente:**
Dirección Acudiente: **Ingreso:** 6331429
Nombre del acompañante: **Telefono del acompañante:**
Fecha de Ingreso: 21/05/2025 7:29 **Causa Externa:** Enfermedad_general **Finalidad de Consulta:** Diagnostico
Historia Clinica: Primera Vez **Especialidad:** 41
Hemoclasificación: **El paciente tiene algún tipo de discapacidad ?** No

Motivo de consulta:

"TUVO UN AHEMORRAGIA INTERNA"

Enfermedad Actual:

RRELATAN EN NOVIEMBRE CUADRO DE DOLRO ABDOMINAL AL PARECER CON MELANEMESIS Y MELENAS POR LO QUE REALIZARON ESTUSIOD DE EVD AY COLONOSCOPIA. AL APRECER DX DE HVDA DN MANEJO MEDICO

ANTECEDENTES:
PAT: NIEGA
FARM: OMEPRAZOL, PEG, BISACODILO
QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA
TOXS: EX TABAQUISMO. CONSUMO DE ALCOHOL HASTA LOS 68 AÑOS
ALERGICOS: NIEGA
FAMALIARES: NIEGA CA GASTROINTESTINAL EN 1 GRADO

Revisión por sistema:

HABITO INTESTINAL DIARIO BRISTOL 5 CON PEG Y BISACODIL

Tratamiento que recibe (conciliación medicamentosa)

ltados de apoyo Diagnostico

21/11/2024
EVDA: GASTROPATIA HIPEREMICA ANTRAL

COLNOSCOPIA: ILEOSCOPIA DISTLA NORMAL. DIVERTICULOSIS DLE COLON DESCENDENTE. SANGRADO ANTIGUO ENDOLUMINAL. HEMORROIGRS GII

18/03/2025
HEMOGRAMA LEUC: 5300 HB: 14.4 PL: 227000
AST: 10 ALT: 16

Examen Fisico

Estado General: Bueno

Signos Vitales

Sistólica: 1 mmHg **Diastólica:** 1 mmHg **Media:** 1 **Frecuencia Cardiaca:** 70 L*m

11902

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

Fecha: 27 / 05 / 2025 **Centro Vida:** la madid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Asiebia Del socorro lopez Taboada					
Fecha y lugar de nacimiento:		07 / Sep / 1956 Cordoba					
Edad:	69	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**		50905082			
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	✓
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		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**	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	S. Total
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	SM27 M27 CS 39 la madrid.				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**		**Barrio:**	La madrid
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3172836446

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Selelia Pino		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	3175133318	**Correo:**	

ADRES

11903

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.905.082**
LOPEZ TABOADA

APELLIDOS
ASTEBIA DEL SOCORRO

NOMBRES

Asteria Lopez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1956**
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

13-ENE-1993 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5205000-00393618-F-0050905082-20120615 0030833109A 1 38071263

Talla
Reverso

11904

Sisbén

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 30/08/2022

Ficha: 50001070745700003517

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ASTEBIA DEL SOCORRO

Apellidos: LOPEZ TABOADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 50905082

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/09/2019

Última actualización ciudadano: 17/08/2022

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: OSCAR IVAN PLAZAS RODRIGUEZ

Dirección: Calle 37 No 29 - 57

Teléfono: 6829410 - 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

11905

12318

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

Calle 37A 45-51 Barrial Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (sin costo operador Movistar)
Líneas gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 316 555 7484

Suministro equivalente electrónico - Servicios Públicos Domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

398345954

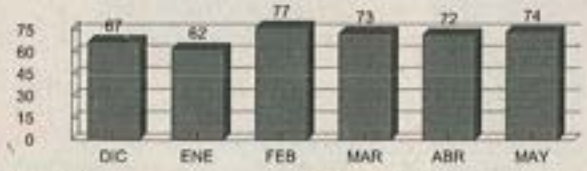
3817 1/1

"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 GENERACIÓN 2025-05-05 16:04 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-05-05 16:24 | CUDE 2a9cf90ac248c335e8aeb4f9d023a838565a8339140ed653f1be5a2887603247dca44865a01d9568457149d79be935b0

Suscriptor: CESAR AUGUSTO PINO LOPEZ
Dirección: SMZ 7 MZ 1 CS 39 URB LA MADRID ET V
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 3839
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 3913
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 70
Documento No.: DES2395101
Facturas Abrasadas :0

Ultimo Pago: $28850 07-04-25
Periodo Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100073795

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	170510327	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cod.Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD.Transformador	VIT15985	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	73
(DIU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(Dt) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(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) (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

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 74 (Consumo en kWh)	$29,121
VALOR NETO:	$65,330
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-36,209
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$29,121
Impuesto AP	$653
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$653
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$29,770

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$29,770

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-04-2025/01-05-2025	398345954	15-MAY-2025	$29,770

415770999800244980200398345954&39000000029770

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-6, SIWEB-EMSA

1906

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

Fecha: 29 | 05 | 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Rubenza del Socorro Restrepo de Molina					
Fecha y lugar de nacimiento:		06-Jul-1952 Venecia - antioquia					
Edad:	72	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		32.528.448			
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	✓
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	✓	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	caja copi eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	Mantova 13 casa 11						
Municipio:	Villavicencio		Estrato:	1	Barrio:	la Madrid	
Zona:	Rural		Urbano	✓	Telefono:	3118816707	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ricardo Alonso de Molina.		
Relacion con el adulto mayor:	HIJO		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
Telefono:	3123349049	Correo:	N/A

	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 veridica 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: Rubenza del Socorro Restrepo

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11907



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.528.448
RESTREPO De MOLINA
APELLIDOS
PUBENZA DEL SOCORRO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1952
VENECIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-ENE-1976 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

11907



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.528.448
RESTREPO De MOLINA
APELLIDOS
PUBENZA DEL SOCORRO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1952
VENECIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-ENE-1978 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

11908

Sisbén

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 26/05/2025

Ficha: 50001038745400002080

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PUBENZA DEL SOCORRO

Apellidos: RESTREPO DE MOLINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 32528448

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2019

Última actualización ciudadano: 09/02/2023

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

11909

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	32528448
NOMBRES	PUBENZA DEL SOCORRO
APELLIDOS	RESTREPO DE MOLINA
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	31/07/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 05/26/2025 10:38:19 | **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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

11910

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	125278
FACTURA No.	33303586
PERÍODO FACTURADO:	02-03-2025 - 01-04-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000031543000000000	0	2025-04-09T11:20:23 2025-04-09T11:53:22

DATOS DEL SUSCRIPTOR

MOLINA VELEZ RICARDO ANTONIO
222222222222
MZ 13 CS 11
LA MADRID ZG - 30415

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		29-04-2025

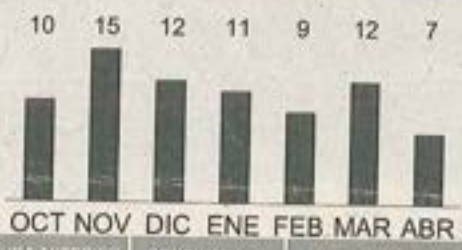
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4020 402045700000 ORDEN 471	1/2	2015462112	193747

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 12

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
1077	1070	7	7

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	7	2.920,14	20.440,98	13.491,05	0	6.949,93
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					18.525,30	0	9.543,33
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	7	2.905,78	20.340,46	13.424,70	0	6.915,76
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				26.770,04	17.668,23	0	9.101,81
TOTAL MES				54.838,67	36.193,52	0	18.645,15

Total Items 4

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-3,56
(-) Devolución e Inversiones ACU R287	-11,59
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-11,59
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	-3,56

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	982,85	Consumo Básico AL	987,97
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Número consecutivo FEV SETT962291

pague a tiempo

PAGUE HASTA
25-ABR-2025

TOTAL A PAGAR
18.630

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 0570/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES9992024

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, según el art.154 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

CUFE 15d48720cff8aaca4a1c8c2e22064fa5413fccbd87b23eb086d500b06efc27a369d4cac9da4aaa187e6c51c16f5e452

Realiza tus trámites sin salir de casa
• PQR's
• Información general
• Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica
Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Consuerte
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software Factu-el

11911

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

Fecha: 29 | 08 | 2025 **Centro Vida:** la madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Cecilia Diaz Cuyuna					
Fecha y lugar de nacimiento:		15-may-1956					
Edad:	69	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		30481862			
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	✓
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	✓	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	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	sura eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 2 etapa 3				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	la madrid
Zona:	Rural	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3134013323

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Asmed cabrera		
Relacion con el adulto mayor:	HIJO		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	N/A		
Telefono:	3134013335	**Correo:**	N/A

	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



Cecilia Diaz

Firma del adulto mayor

Nombre: Cecilia Diaz Curbina

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11912

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.981.862**

DIAZ CURBINA

APELLIDOS

CECILIA

NOMBRES

cecilia diaz curbina

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1956**

PUERTO GAITAN
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-AGO-1984 PUERTO GAITAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00785203-F-0030981862-20160203 0048197439A 1 6713759694

11913

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/05/2025

Ficha: 50001111745100001180

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CECILIA

Apellidos: DIAZ CURBINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30981862

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 29/05/2024

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 existe 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
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

[1] Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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	30981862
NOMBRES	CECILIA
APELLIDOS	DIAZ CURBINA
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.	CONTRIBUTIVO	01/10/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/27/2025 10:03:46	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

11915

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	121858
FACTURA No.	33306146
PERÍODO FACTURADO:	02-03-2025 - 01-04-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000032343000000000	0	2025-04-09T11:20:23 ~~2025-04-09T11:07:28~~

DATOS DEL SUSCRIPTOR

FIDECOMISO VILLAVICENCIO URBANIZACION LA MADRID
222222222222
T 4 AP 1023 ETAPA III
LA MADRID ZG - 33080

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		29-04-2025

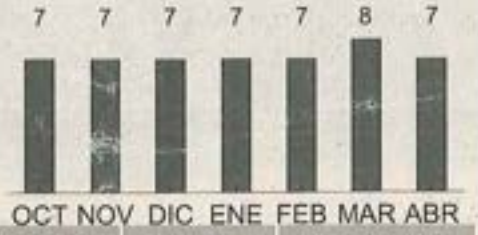
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4023 402300405123 ORDEN 338	1/2	2014424799	507160

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 7

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
859	852	7	7

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	7	2.920,14	20.440,98	13.491,05	0	6.949,93
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					18.525,30	0	9.543,33
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	7	2.905,78	20.340,46	13.424,70	0	6.915,76
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				26.770,04	17.668,22	0	9.101,81
TOTAL MES				54.838,67	36.193,52	0	18.645,15

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	4,85
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	4,85
CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0
	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	992,85	Consumo Básico AL	987,97
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT960471

pague a tiempo

PAGUE HASTA
25-ABR-2025

TOTAL A PAGAR
18.650

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 0070/2012

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, según el art.154 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

RES9992024

CUFE 9942bc0a3bf0c409d6e5eb1f475c09f435df523a60cee3306a9a2b6198955b317305d31e1120bad1ace8db54e2dbee50

Realiza tus trámites sin salir de casa
- PQR's
- Información general
- Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica

Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Consuerte
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

Pagos Seguros pse

BANCO

eaav

CÓDIGO USUARIO
121858
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
33306146

(415)7709998000414(8020)33306146(3900)0000018650(96)20250425

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
25-ABR-2025	18.650

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software factic

11916

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: LA MADELA

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		TERESA ESQUIVEL					
Fecha y lugar de nacimiento:							
Edad:	76	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		41508349			
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	✓
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	✓	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	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:					
Municipio:		Estrato: 1		Barrio:	la Madrid.
Zona:	Rural	Urbano ✓		Telefono:	NA

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Javier Andres esquivel		
Relacion con el adulto mayor:	ESPOSA – HIJO		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	3108824733 - 3208483499		
Telefono:	3208483499	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

Teresa Esquivel

Firma del adulto mayor



Nombre: Teresa esquivel

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 _____

11917-J



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 41.508.349
ESQUIVEL ROZO
APELLIDOS
TERESA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1948
PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
06-DIC-1972 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500107-47142833-F-0041508349-20051230 07126053830 02 203024544

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

11918

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

B4

Fecha de consulta: 25/07/2025

Ficha: 50001058745800003418

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: TERESA

Apellidos: ESQUIVEL ROZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41508349

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/05/2022

Última actualización ciudadano: 03/05/2022

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

11919

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	41508349
NOMBRES	TERESA
APELLIDOS	ESQUIVEL ROZO
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:	07/25/2025 14:33:03	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 q 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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

10071

11970

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892000230-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Apiay Villavicencio
PBX (608) 6616000
Para reporte de daños o emergencias marque 115
(desde cualquier Celular)
Línea gratuita Nacional: 018000919115
Línea emergencia 24 Horas 316 027 8035

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

110909902

1745 1/1

"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 inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-01-05 10:42 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-01-05 10:48 | CUDE 5ba76d103d0ee68a6d435de4d9a0beaca08e7409e2684e119416f950ec547b80a8693d60e2bbb268772a0153ad0634

Suscriptor: SARA JUDITH ZABALA MARIN

Dirección: MZ 59 CS 31 URB LA MADRID ET 2

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11397
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11500
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 118
Documento No.: DESE25480
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $43310 10-12-24
Período Facturado: 02-12-2024/30-12-2024
Ruta: 1-100044515

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	120507592	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 05-ENE-2025 11:01

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

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VIC602	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T12998	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	115
(DIU) Duración en horas de interrupciones	10.011	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FRU) Menores total de interrupciones	4	(DC) Cargo de Distribución	193.55
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIAD) 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 $	371.38	Pérdidas reconocidas	PR $	67.63
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	58.19	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	16.19
Transporte en el sistema de distribución local	D $	257.19	Costo de comercialización	C $	154.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R					925.25
					925.25

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

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: 381.73 (Valor kWh con SUBS) x 103 (Consumo en kWh)	$39,318
VALOR NETO:	$95,300
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-55,983
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$39,318
Impuesto AP	$953
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$953
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$40,270

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-ENE-2025	16-ENE-2025	$40,270

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-24-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta SA ,Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

11921

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 **Centro Vida:** La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Carlos Gustavo Fernandez Rocha
Fecha y lugar de nacimiento:	02-ene-1956
Edad: 69	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 19.297.258

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	✓
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		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	A4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	capital salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 17 Casa 16 etapa 1 Bosque de la Rivera				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	La Madrid
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3204486538

2. ACUDIENTE

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

ADRES sisben

	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

Gustavo Fernández

Firma del adulto mayor

Nombre: Carlos Gustavo Fernandez

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11922

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **19.297.258**

FERNANDEZ ROCHA

APELLIDOS

CARLOS GUSTAVO

NOMBRES



Gustavo Fernandez

FIRMA

Falta: Adrez Subden.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1956**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**A-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-DIC-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00954677-M-0019297258-20171115 0058471550Q 4 9902060658

emsa
NIT. 892002710-6

Ruta: 1-100061590 11923 1816

A
Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
487660311

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-04-04 14:12 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-04 14:13 | CUDE | 6330c18ca8ae56b915e661382410eb35424bce88ab34283184d600500e53c295d6095666e241422c12e878ee879c

Suscriptor: BLANCA AURORA VELASQUEZ PADILLA
Dirección: MZ 17 CA 16 ET 1 PISO 3 BRR BOSQUES DE LA RIVIERA
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
Autorretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 9053-67.00/268 del
16 de Junio de 2024
NIT 822.006.268-9
RÉGIMEN COMÚN

CÓDIGO USUARIO BIO:
999999220585
DOCUMENTO No:
040252181

DETALLE DE CONSUMO



(1) A S
Lectura Anterior 522
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 522
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 131
Documento No.: OES1888190
Facturas Atrasadas: 0

Último Pago: $48360 12-03-25
Período Facturado: 02-03-2025/01-04-2025
Ruta: 1-100061590

INFORMACIÓN MEDIDA

MARCA CONTADOR (ES)			NÚMERO (S)		FACTOR
HKG			23556382		1
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	04-ABR-2025 03:04				
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T14303	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	122
(DIU) Duración en horas de interrupciones	1.845	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(CD) Cargo de Distribución	199.27
(DIU/U) Meta por duración	28.92	(FIU/U) Meta por Frecuencia	25

VIr a Compensar $ 0

COSTOS PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LA TARIFA

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 conexión/atización	C $	149.04
Total Cuv Calculado(Creg 119-07)(monomio) Nivel (1)			CU=G+T+D+Cv+PR+R		920.8
					920.8

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

VALOR A FAVOR

SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

OTROS CONCEPTOS:

DESCUENTOS:
Ajuste A la Decena $-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $-2

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

LÍNEAS DE ATENCIÓN
(608) 6764567 323 2840888 — LÍNEA DIRECTA 110

DATOS GENERALES

Mes de facturación:	MARZO	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

HISTÓRICOS FACTURACIÓN

MES 1	MES 2	MES 3
26,247	26,383	26,528
MES 4	MES 5	MES 6
26,450	26,385	26,263

Resoluciones	Actual	Anterior
TRBL	0.002581	0.002968
TRLU	0.001471	0.001353
TRRA	0.000168	0.000160
TRA	0.024115	0.026431
TRNA	0.040449	0.039277
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS DEL SERVICIO

Costo Fijo Total:		25,203
Costo Variable no aprov:		190,762
Aprovechamiento:		4,147
Valor base aprovechamiento:		171,946

OTROS SERVICIOS

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

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo:	25,203
Cargo Variable:	12,668
Descuentos	-416
Subsidio/Contribucion	-10,634
Devoluciones(-):	1
Ajuste aprovechamiento:	106
Ajustes	1,486
TOTAL ASEO:	$28,412

FINANCIACIONES

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

Valores en reclamación 0

TOTAL FACTURA $28,412

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

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

**El tope de descuento corresponde a devoluciones y descuentos puesto a punto para los que aplique.

SC 9668-1 OS 111-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Fecha Límite de Pago	Fecha Corte Cobro	Total a Pagar
14-ABR-2025	15-ABR-2025	$28,410

GRAN CONTRIBUYENTE Res. No. 012535 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 034 - Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

11924

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

Fecha: 24 | 05 | 2025 Centro Vida: LA MADRID

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Angelica Gonzalez					
Fecha y lugar de nacimiento:							
Edad:	90	Identificación: X TI RC TE CE PP Número: 21206661					
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	✓
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		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	A3
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Sanitas
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	M214 #21 CS 72						
Municipio:	Villavicencio		Estrato:	1	Barrio:	LA Madrid.	
Zona:	Rural		Urbano	✓	Telefono:	3224047570	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	N/A		
Relacion con el adulto mayor:	N/A		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
Telefono:	3224647570	Correo:	N/A

	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: Alba A

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 _____

11925


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.206.661
GONZALEZ
APELLIDOS
ANA JULIA
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1935
CUNDAY
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-MAY-1957 SAN MARTIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5200100-00162442-F-0021206661-20090711
0013359037A 2
6750000140

11976

Sisbén

Régimen subsidiado

Fecha de consulta: 24/09/2024

Ficha: 500011011460000021616

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA JULIA

Apellidos: GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21206661

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/04/2024

Última actualización ciudadano: 24/04/2024

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: JULIA INES MOGOLLON MORALES

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

11927

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	21206661
NOMBRES	ANA JULIA
APELLIDOS	GONZALEZ
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/17/2025 18:44:38 | **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 553 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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

10150

1192B

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

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

110706927

1572

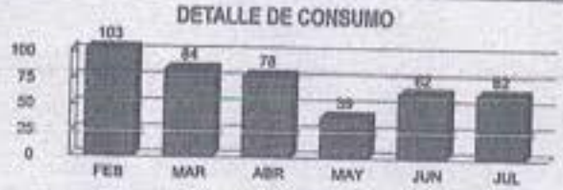
*"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la **Electrificadora 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 | 2025-07-04 11:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-07-04 11:41 | CUDE |

Suscriptor: FRANCY ANDREA LOZANO JIMENEZ
Dirección: MZ 56 CS 31 URB LA MADRID ET 2

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11990
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 12052
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 74
Documento No.: DES3211924
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $25090 07-06-25
Periodo Facturado: 01-06-2025/01-07-2025
Ruta: 1-100043410

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: 397.39 (Valor kWh con SUBS) x 62 (Consumo en kWh)	$24,638
VALOR NETO:	$56,267
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-31,629
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$24,638
Impuesto AP	$563
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$563
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$25,200

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	120710655	1

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

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

Indicadores de calidad

Circuito	VI0802	(NC) Horas Compensadas	0
Transformador	01T12885	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CDC) Consumo estimado a compensar	39
(DES) Duración en horas de interrupciones	0	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FRS) Número total de interrupciones	0	(DC) Cargo de Distribución	197.66
(MXD) Multa por duración	26.92	(PEAS) Multa 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 $	305.5	Pérdidas reconocidas	PR $	57.16
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	54.69	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	83.14
Transporte en el sistema de distribución local	D $	255.59	Costo de comercialización	C $	151.46
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda) Nivel (1)					907.54
Interés moratorio residencial		8,48%	Interés moratorio no residencial		1,68%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Interesa	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
14-JUL-2025	15-JUL-2025	$25,200

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO

Código del cliente

Fecha de vencimiento

Valor

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012695 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 6547 Enero-23-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Electrificadora del Meta SA Nit: 892 002 210-6 SNDE EMSA

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se considera aceptada a los diez días calendario

11929

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

Fecha: 29 | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Ines Guevara Guevara
Fecha y lugar de nacimiento:	05-oct-1938

Edad: 86 Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 24.801.931

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	✓
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	✓	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	C10
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 64 Casa 30				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3132543260

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	N/A
Relacion con el adulto mayor:	N/A
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A
Telefono: 3132543260	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

María Irene Guevara G

Firma del adulto mayor

Nombre: Maria Irene Guevara Guevara

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11930

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **24.801.931**

GUEVARA GUEVARA

APELLIDOS

MARIA IRENE

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-1938**

PIJAO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-JUL-1960 MONTENEGRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5200100-01136479-F-0024801931-20200305 **0070**446548A 1 8500382557

11931

Registro válido

C10

Fecha de consulta: 26/05/2025

Ficha: 50001111745100001068

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA IRENE

Apellidos: GUEVARA GUEVARA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24801931

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2019

Última actualización ciudadano: 25/10/2024

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

11932

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	24801931
NOMBRES	MARIA IRENE
APELLIDOS	GUEVARA GUEVARA
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	01/09/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 05/26/2025 18:56:53 | **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

11933

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.000.265 - 1

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000031126000000000	0	2025-05-09T11:20:23 2025-05-09T16:44:15

CÓDIGO USUARIO	100134
FACTURA No.	33463745
PERÍODO FACTURADO:	02-04-2025 - 30-04-2025

DATOS DEL SUSCRIPTOR

GUEVARA GUEVARA MARIA IRENE
222222222222
C 91B SUR 50 84 MZ 61 CS 30 ETAPA II
LA MADRID ZG - 30857

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		28-05-2025

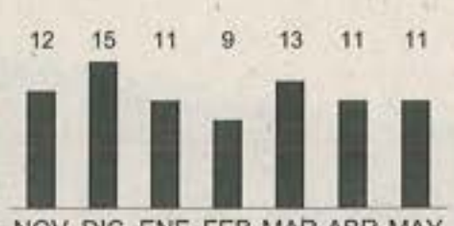
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4021 ORDEN 402145100000 54	1/2	2013302313	054426

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 12

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
822	811	11	11

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	11	2.920,14	32.121,54	21.200,22	0	10.921,32
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					26.234,47	0	13.514,72
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	11	2.905,78	31.963,58	21.095,96	0	10.867,62
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				38.393,16	25.339,49	0	13.053,67
TOTAL MES				78.142,35	51.573,95	0	26.568,40

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	,98
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-909,38
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-909,38
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	,98

	0
CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	992,85	Consumo Básico AL	987,97
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT1120959

pague a tiempo

PAGUE HASTA
26-MAY-2025

TOTAL A PAGAR
26.460

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZÓN
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 0570/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES0992024

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, según el art. 154 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

CUFE afb4d8bd280ec43bb754e3745095022bb59e665303d5170cbfa58f0b7a909cb1a262024680100ceef384c3f09f525784b54

Realiza tus trámites sin salir de casa
• PQR's
• Información general
• Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica
Llámanos **608 681 8080**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

· Banco de Occidente · Bancolombia · Banco de Bogotá · Cajeros ATH
· Banco BBVA · Consuerte · Itaú · COTREM
· Puntos Redeban · EFECTY · Banco de Popular · Banco Agrario

www.eaav.gov.co

PAGOS SEGUROS pse

eaav

CÓDIGO USUARIO 100134

Espacio para sello

Proveedor Tecnológico: Edipales S.A.S. - NIT 900.028.580-2 Software: fact-ec

ESE MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO IPS BARZAL
CARRERA 36 N 34A 15 - 17 BARRIO BARZAL - Tel:
Nit. 822002459-8
RESUMEN HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 20 de Septiembre de 2024 Hasta 20 de Septiembre de 2024
CC 24801931 - MARIA IRENE GUEVARA GUEVARA

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	05/10/1938 - 85 Año(s)
Género:	Femenino
Sexo:	Femenino
RH	A+
Discapacidad:	Ninguna
Nivel de escolaridad:	Basica Secundaria (b
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:	Mz 61 Casa 30 Etapa 2 La Madrid
Telefono:	3132543260 - 3132543260

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

Atención: 202409200087 - [500010054019] IPS BARZAL

Fecha y Hora de Ingreso: 20/09/2024 11:05:52
Identificación: CC 24801931
Administradora: CAPITAL SALUD EPS-S SAS
Poliza:
Servicio de Ingreso: Ambulatorios
Edad en la atención: 85 Ano(s)
Nombre: MARIA IRENE GUEVARA GUEVARA
Tipo de Usuario: Subsidiado Pos
Autorización:

Datos del acompañante
Tipo: Solo

CONSULTA EXTERNA

• Anamnesis

Fecha y Hora: **20/09/2024 11:06:35** **Profesional:** **Manuel Joaquin Barrios Muñoz.(medicina .)**
Tipo de Consulta: (890301A) CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL CRONICOS
Finalidad: Hipertension
Motivo de Consulta: otivo Enfermedad Actual Diagnosticos
Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL CON DX DE: 1. HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL HACE 18 AÑOS 2. ESTADO NUTRICIONAL OBESIDAD GII 3. RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO POR FRAMINGHAM. 4. TFG - 66 ERC ESTADIO 2 AL INTERROGAR BUSCANDO SÍNTOMAS DE ALARMA: NIEGA DOLOR TORACICO PALPITACIONES, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DISARTRIA NIEGA ALTERACION DE ESTADO DE CONCIENCIA.NIEGA INFECCION PREVIA O ACTUAL NIEGAPERDIDA DE PESO RECIENTE.TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICOS. AL CUAL ES ADHERENTE. NIEGA CEFALEA INTENSA, VERTIGO, VISION BORROSA, CALOR CEFALICO,DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIONES, POLIDPSIA, POLIURIA, POLIFAGIA,NIEGA SINTOMAS ASOCIADO CON USO DE LOS ANTIHIPERTENSIVOS NIEGA PACIENTE NIEGA CONSUMO DE MEDICAMENTOS QUE MODIFIQUEN LA TENSIÓN ARTERIAL COMO LOS AINES, ANTICONCEPTIVOS ORALES Y VASOCONSTRICTORES NASALES.LE ENTREGAN MEDICAMENTOS ASISTE A CONTROLES REGULARES NIEGA HOSPITALIZACIONES RECIENTES ACTIVIDAD FISICA CAMINATA A DIARIO APROX 1 HORA DIARIA ALIMENTACION NO BALACEADA CONSUMO DE DIETA HIPOSODICA, HIPLIPIDICA, HIPOGLUCIDA ESPECIALIDADES: MEDICINA INTERNANO VALORADO . NUTRICION: SI ACTITUD Y CREENCIAS DE SU SALUD (DIABETES, HTA) FAVORABLE APOYO PSICOSOCIAL OPTIMO STRESS PSICOSOCIAL AUSENTE AUTOMONITOREO: TRAE REGISTRO DE GLUCOMETRIAS: EN AYUNAS PLANIFICACION NO APLICA POR LA EDAD NIEGA SINTOMAS DEPRESIVOS, DESÓRDENES ALIMENTARIOS.

• Antecedentes

Fecha y Hora: **20/09/2024 11:06:38** **Profesional:** **Manuel Joaquin Barrios Muñoz.(medicina .)**

Planificación:	No	Metodo: Sin Metodo
Familiares:	Si	NIEGA
Personales:	Si	DENGUE GRAVE HACE 5 AÑOS , REFIERE ESTUVO EN UCI
Patológicos:	Si	HIPERTENSION ARTERIAL HACE 5 AÑOS
Obstétricos:	No	
Ginecológicos:	Si	G6P5V5M1
Quirúrgicos:	Si	NIEGA
Tóxico:	Si	NIEGA
Alérgicos:	Si	NIEGA
Fisiológicos:	Si	INMUNIZADA PARA SARS COV CON TERS DOSIS . NO RECUERDA LABORATORIO . YA RECIBIO DOSIS DE INFLUENZA
Alimentarios:	No	
Traumaticos:	No	
Farmacologicos:	Si	VALSARTAN X 1 . OMEPRAZOL , HIDROXIDO DE ALUMINIO

Cod: 990201 Nomb: EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL Cant: 1 Dosis: DXP: I10X DXR: K296 Orden: 0 Item:

Descripción:

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

99020114-99020414

1. Llevar una dieta variada con cereales, frutas y verduras.

2. Reducir el consumo de grasas, fritos, harinas, sal y dulces, (leche entera y derivados, huevo).

3. Disminuir el consumo de proteína especialmente la animal; preferir el pollo y el pescado.

4. Evitar los alimentos embutidos y/o encurtidos o condimentos, café o "colas" y otras bebidas estimulantes.

5. Realizar ejercicio de tipo aeróbico, caminata mínimo de 30 a 45 min/2-3 veces a la semana, si es posible trote suave con la misma duración y frecuencia, aeróbicos o nadar si es posible. "recuerde que el esfuerzo exagerado es peligroso para el paciente hipertenso".

6. Controlar el peso regularmente.

7. Evitar el consumo de alcohol y tabaco.

8. Seguir las indicaciones médicas en el tratamiento, órdenes y recomendaciones dadas por el médico tratante.

9. Nunca suspender medicación ni automedicarse.

10. Cuidados del pie si es diabético, secar bien los pies, cortarse la uñas de forma recta, usar medias blancas preferiblemente para notar si hay sangrado, no usar zapatos destapados ni de tacón.

11. Consulte con su médico antes de emprender un viaje en avión, si presenta dolor de cabeza, dolor en el pecho o ahogo, sed incontrolable consulte un servicio de urgencias inmediatamente.

12. Asista a sus controles médicos puntualmente.

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

Fecha y Hora: 20/09/2024 11:10:17 **Profesional:** Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina .)

Signos Vitales

Peso:	63.00 Kg	Talla:	150.0 Cm	Índice de Masa Corporal:	28.00 Kg/Mtr	Frecuencia Cardiaca:	58 Min
Frecuencia Respiratoria:	17 Min	Temperatura:	36.00 °C	Presion Arterial:	130 /80	Saturación:	99.00 %

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

Exámen Fisico

Estado General:	Normal	
Cabeza:	Normal	NORMACEFALA
Ojos:	Normal	
Oidos:	Normal	OTOSCOIA BILATERAL NORMAL
Nariz:	Normal	
Boca:	Normal	TAPABOCA
Cuello:	Normal	
Torax:	Normal	RSCSRS RSRSNS NO SOPLOS
Abdomen:	Normal	
G/U:	Normal	NO SE EXPLORA
Ano:	Normal	
Extremidades:	Normal	PULSO SIMETRICOS NO EDEMA
Neurológico:	Normal	
Osteomuscular:	Normal	NORMAL
Piel:	Normal	
Revisión por sistema:	Normal	
Sistemático Respiratoria:	No	
TBC Multidrogoresistente:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Lepra:	No	
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(70) Normal	

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

Fecha y Hora: 20/09/2024 11:10:40 **Profesional:** Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina .)

Signos Vitales

Peso:	63.00 Kg	Talla:	150.0 Cm	Índice de Masa Corporal:	28.00 Kg/Mtr	Frecuencia Cardiaca:	58 Min
Frecuencia Respiratoria:	17 Min	Temperatura:	36.00 °C	Presion Arterial:	120 /80	Saturación:	

- **Prescripcion**

No: 2024092000087-1 Fecha y Hora: 20/09/2024 11:13:42 Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina .)

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar

Obs: 1 TABLETA DIARIA AL MEDIO DIA

N02BA001011	Acetaminofen 500mg Tableta 500mg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 TAB.

Obs: 1-2 TABLETAS CADA 8 HORAS SI HAY DOLOR

A02AA018231	Hidroxido de aluminio + simeticona x 360 ml Suspension 6G/100ML SIN SIMET | **Suspension oral**	1.00 UNID	ORAL	Cada 8 HORA(S)	90 DIA(S)	6	6 FRA.

Obs: TOMAR UNA CUCHARADA DEPSUES DE CADA COMIDA

19931561	Valsartan Tableta 80mg Tableta 80mg | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 UNI.

Obs: TOMARA UNA TAB DIARIA

Observaciones: FORMULA VALIDA PARA 3 MESES

- **Laboratorios y Diagnosticos**

Fecha y Hora: **20/09/2024 11:06:35** **Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz. (medicina .)** **Identificación:CC 8661611**

Análisis de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas: 10/9/2024 HG GLICOSILDA 5.6 TSH 2.25 IONOGRAMA NORMAL MICROALBUMINURIA 67.89 RELACION ALBUMINURIA / CREATINURIA 8,7/12.83

Tipo de Diagnostico: Confirmado Repetido
Diag. Principal: (I10X) HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diag. Relacionado1: (K296) OTRAS GASTRITIS
Diag. Relacionado2:
Diag. Relacionado3:
Diag. Relacionado4:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: **20/09/2024 11:21:22** **Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina Identificacion:CC8661611 .)**

Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(903841)		GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	()
(903818)		COLESTEROL TOTAL	1	()
(903868)		TRIGLICERIDOS	1	()
(903895)		CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1	()
(907106)		UROANALISIS	1	()
(903815)		COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	1	()
(903816)		COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) ENZIMATICO	1	()
(902210)		HEMOGRAMA IV	1	()
(903856)		NITROGENO UREICO (BUN)	1	()

Observaciones: REALIZAR 5 DIAS ANTES DEL PROXIMO CONTROL 3 MESE S

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: **20/09/2024 11:22:05** **Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina Identificacion:CC8661611 .)**

Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(895100)		ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD +	1	()

Observaciones: REALIZAR 1 DIA ANTES DEL PROXIMO CONTROL 1 MES

Impreso Por:

Manuel J. Barrios M.
Medico Cirujano
RM. 9599-20

MANUEL JOAQUIN BARRIOS MUÑOZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 9599/20

11936

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

Fecha: 20 | Oct | 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Araminta Maria Gutierrez Alvarez					
Fecha y lugar de nacimiento:		20-May-1943 Villavicencio - Meta					
Edad:	78	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 21.222.588					
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	✓
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	✓	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	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Salud total
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 11 Casa 7				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	la Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3142860522

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	N/A		
Relacion con el adulto mayor:	N/A		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
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

Araminta de gutierrez

Firma del adulto mayor

Nombre: Araminta maria Gutierrez

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11937



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.222.588
GUTIERREZ ALVAREZ

APELLIDOS
ARAMINTA MARIA

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE



FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1947
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

03-NOV-1988 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-00273626-F-0021222588-20111027 0026315836A 1 34847015

11938

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/06/2025

Ficha: 50001045745000001457

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **ARAMINTA MARIA**

Apellidos: **GUTIERREZ ALVAREZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **21222588**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/08/2019

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

11939

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	21222588
NOMBRES	ARAMINTA MARIA
APELLIDOS	GUTIERREZ ALVAREZ
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/25/2025 09:33:05 | **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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

11940

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892052210-6

Calle 37A 45-13 Barrio Alto Vía La Arabia Villavicencio
Línea 115 (solo servicio residencial) Línea gratuita nacional 018000518115
Línea de atención al suscriptor 316 027 6035 WhatsApp 316 555 1464
www.electrificadoradelmeta.com

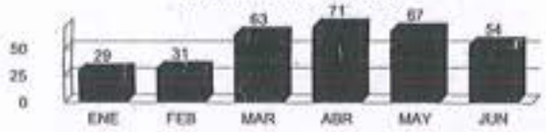
CÓDIGO DEL CLIENTE (CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO)
367000772

Ruta: 1-100070480 2429

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-03 14:19 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-03 14:25 | CUDE | e1363d12144d1ae15167ce05b9a36578bc852e20ea5c24bf95dbeb326bd638bc045c08f65a4d5796b1766875f53139a1a

Suscriptor: YINETH ALEJANDRA MANCERA CERQUERA
Dirección: MZ 11 CS 7 LA MADRID 1 ETAPA
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A S
Lectura Anterior 4053
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 4107
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 46
Documento No.: DES2700049
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $55610 12-05-25
Periodo Facturado: 02-05-2025 31-05-2025
Ruta: 1-100070480

INFORMACION TECNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
DIS	20112656	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 03-JUN-2025 04:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T11251	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	71
(DIU) Duración en horas de interrupciones	0	(%U) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	0	(Dt) Cargo de Distribución	165.32
(DIU/S) Meta por duración	26.92	(FIU/S) 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 $	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 $	230.37	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+R		826.87
					826.87

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 DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:

381.41 (Valor kWh con SUBS) x 54 (Consumo en kWh)	$20,598
VALOR NETO:	$44,650
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-24,055
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$20,598
Impuesto AP	$447
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$449
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$21,045

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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

Bioagrícola del Llano S.A.
Empresa de servicios públicos BIC
Responsable de IVA
Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Barzal
Villavicencio, Meta
Autorretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1653-67.07/168 del 26 de Junio de 2024
NIT 822.000.268-5
NUR 1-5000-1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO: 060586216007
DOCUMENTO No: 040652460

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784267 | 323 2640656 — Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada continua — LÍNEA DIRECTA 110

DATOS GENERALES

Mes de facturación:	MAYO	Est/Cat:	1/	Subsidio (%):	-35
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

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
24,656	24,878	22,969
MES 4	MES 5	MES 6
23,108	18,262	28,137

Toneladas	Actual	Anterior
TRDL	0.002581	0.002569
TRLU	0.001471	0.001353
TRRA	0.000168	0.000160
TRA	0.025477	0.026431
TRNA	0.037156	0.035080
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total:	25,677
Costo Variable no aprov:	190,509
Aprovechamiento:	4,361
Valor base aprovechamiento:	171,946

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo:	25,677
Cargo Variable:	12,267
Descuentos	-542
Subsidio/Contribucion	-13,241
Devoluciones(-):	65
Ajuste aprovechamiento:	429
TOTAL ASEO:	$24,525

OTROS SERVICIOS

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

FINANCIACIONES

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

Valores en reclamación 0

TOTAL Bioagrícola $24,525

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

*Puede cotejar la descripción de los conceptos de la liquidación al respaldo de esta factura.
*El ítem de descuento corresponde a devoluciones y descuentos puesta a puesta para los que aplicaron.

BC MBB-1 OS 117-1

DETALLE PORTAFOLIO

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

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
13-JUN-2025	14-JUN-2025	$45,570

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

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

Electrificadora del Meta SA_Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

2221 1/1

1941

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

Fecha: 20 05 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Maria eloisa ladino					
Fecha y lugar de nacimiento:		02-oct-1949					
Edad:	75	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		20440019			
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	✓
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	✓	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**	C1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 4 casa 26				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	la Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3137097766

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	N/A		
Relacion con el adulto mayor:	N/A		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
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

María Eloisa Ladino

Firma del adulto mayor

Nombre: María eloisa ladino

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Jhon

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Cristian Granados

Cargo CPS

11942


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
20.440.619
LADINO
MARIA ELOISA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1949
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
25-OCT-1976 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

11943
80

Sisbén

Fecha de consulta: 11/10/2022

Ficha: 50001101745900003212

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ELOISA

Apellidos: LADINO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20440019

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 05/03/2022

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: OSCAR IVAN PLAZAS RODRIGUEZ

Dirección: Calle 37 No 29 - 57

Teléfono: 6829410 - 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	20440019
NOMBRES	MARIA ELOISA
APELLIDOS	LADINO
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/30/2025 17:04:21	**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".

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

11945

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque 115
¡SOLO desde líneas Movistar!
Línea gratuita Nacional 018000818615
Línea emergencia
24 Horas 316 027 8038

Documento equivalente electrónico - Servicios públ

CÓDIGO DEL CLI

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSUI

-250429-08:35

*"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposic deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención despue: **Electrificadora del Meta SA ESP** dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la susp servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Publicos Domic. caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá re cualquier momento".*

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-04-04 14:32 FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-04-04 14:33 CUDE 21bd9675c160e96b2e512c09511

Suscriptor: **TITO ALONSO CANTOR LADINO**

Dirección: MZ 9 CS 26 BRR LA MADRID

Ciudad: Villavicencio

VALOR FINANCIACI	
SALDO FINANCIACI	
INTERESES %	
VALOR FI	

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque 115
¡SOLO desde líneas Movistar!
Línea gratuita Nacional 018000818615
Línea emergencia
24 Horas 316 027 8038

Documento equivalente electrónico - Servicios públ

CÓDIGO DEL CLI

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSUI

-250429-08:35

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposic deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención despue: Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la susp servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Publicos Domic. caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá re cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-04-04 14:32 FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-04-04 14:33 CUDE 21bd9675c160e96b2e512c09511

11946

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

Fecha: 07 | 05 | 2025 **Centro Vida:** la madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Ana rosa ladino Rodriguez					
Fecha y lugar de nacimiento:		29-Ago-1928 ubaque cundinamarca					
Edad:	97	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21.046.224					

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	✓
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	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	caja cupi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Manzana 4 casa 26				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	la madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	**Telefono:**	3137091766

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Elorsa ladino		
Relacion con el adulto mayor:	Hija Maria		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	3137091766		
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

Ana ROSA Ladino

Firma del adulto mayor

Nombre: Ana rosa ladino

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11947


FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1928
UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
AB+
G.S. RH
F
SEXO
21-ENE-1974 UBAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1530100-00155039-F-0021046224-20090423
0010982413A 1
17313511


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.046.224
LADINO RODRIGUEZ
APELLIDOS
ANA ROSA
NOMBRES
FIRMA

11948

Sisbén

Fecha de consulta: 11/10/2022

Ficha: 50001101745900003212

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA ROSA

Apellidos: LADINO RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21046224

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 22/02/2022

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: OSCAR IVAN PLAZAS RODRIGUEZ

Dirección: Calle 37 No 29 - 57

Teléfono: 6829410 - 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	21046224
NOMBRES	ANA ROSA
APELLIDOS	LADINO RODRIGUEZ
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	01/02/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/25/2025 10:00:19	**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

11950

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT 892000265 - 1

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000031494000000000	0	2025-06-11T11:26:23 2025-06-11T09:49:42

CÓDIGO USUARIO	125802
FACTURA No.	33635611
Periodo Facturado	01-05-2025 - 29-05-2025

DATOS DEL SUSCRIPTOR

CANTOR LADINO TITO ALONSO
222222222222
MZ 9 CS 26
LA MADRID ZG - 30715

USO DEL SERVICIO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		27-06-2025

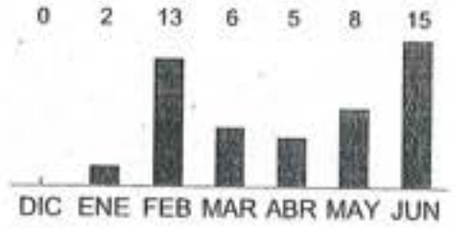
DATOS TECNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4020 402068000000 ORDEN 700	1/2	2015461538	050890

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO M3: 6

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



1676 1661 15 15

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	15	2.920,14	43.802,10	28.909,39	0	14.892,71
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					33.943,64	0	17.486,12
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	15	2.905,78	43.586,70	28.767,22	0	14.819,48
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				50.016,28	33.010,74	0	17.005,54
TOTAL MES				101.446,03	66.954,38	0	34.491,65
Total Items 6							

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-4,65
CUOTA CREDITO CAPITAL	41.644,00
INTERES CREDITO	13.419,00
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	55.058,35

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERES

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	962,85	Consumo Básico AL	887,07
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT1278734

pagos a tiempo

PAGUE HASTA
25-JUN-2025

TOTAL A PAGAR
89.550

Somos Autorretenedores Res DIAN 0537/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES960.2024

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y procederá cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, según el art.154 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

CUFE d7848fee77c65904bb278f4e03656d18ca1b4bc232b8314a2f92d06a4f03755cccba34cac33ee03c612619b28d9ea0f

Realiza tus trámites sin salir de casa
PQR´s
Línea de atención general
Reporte de daños y solicitudes de mantenimiento
Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago
- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Consuerte
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Cajeros ATH
- COTHEM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

11951

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

Fecha: 27a | 03 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alicia Londoño Botero
Fecha y lugar de nacimiento:	22-Nov-1951 Acacia-meta

Edad: 73 Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 1.122.124-777

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	✓
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		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**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Sanitas
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?	SI		

Dirección:	Manzana 13 Casa 22				
Municipio:	V. Hermoso	Estrato:	1	Barrio:	La Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	María Nasly Botero Alvarez
Relacion con el adulto mayor:	Artica

Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 21.177.010

Telefono:	3119747027	Correo:	N/A

	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: Alicia Calderon Botero

Relacion con el adulto mayor (si aplica) Acudiente (vecina)

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Cristian Granados

Cargo CPS

11952

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.129.177

LONDOÑO BOTERO

APELLIDOS

ALICIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1951

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-OCT-2009 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5200100-00215362-F-1122129177-20100216 0020988570A 1 30414856

11953

Sisbén

Fecha de consulta: 20/05/2025

Ficha: 500011772378600000043

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALICIA

Apellidos: LONDOÑO BOTERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1122129177

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/05/2025

Última actualización ciudadano: 15/05/2025

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1122129177
NOMBRES	ALICIA
APELLIDOS	LONDOÑO BOTERO
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/17/2024 10:38:10	**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"

11955

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

21.177.010
NUMERO

BOTERO ALVAREZ
APELLIDOS

MARIA NASLY
NOMBRES



Maria Nasly B. A.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1965
GRANADA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
A- G.S. RH
F SEXO

27-JUN-1985 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

1956

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ALICIA		LONDOÑO	BOTERO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X				

Número de documento de identidad: 1122129177

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
Grupo de inversión en sector servicios	2024	8	17

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	79.17
Movilidad	55.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b163.3 b240.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s250.378 s798.288

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d570.3 d598.2

11957

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YERALDIN BARBOSA MORENO	Psicologia	CC-1030586068
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

11958

ESE MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO IPS BARZAL
CARRERA 36 N 34A 15 - 17 BARRIO BARZAL - Tel:
Nit. 822002459-8
HISTORIA ELECTRONICA
Desde: 16 de Enero de 2025 Hasta 16 de Enero de 2025
CC 1122129177 - ALICIA LONDOÑO BOTERO

Datos del paciente

Identificación del paciente

Fecha de Nacimiento y Edad:	22/11/1951 - 73 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:	Felipegarcia.2@hotmail.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:	Mz 13 Casa 22 La Madrid
Telefono:	3118777027 - 3118777027

Administradora ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S Ô€" EN ...

Tipo de usuario Subsidiado POS

Atención: 202501160078 - [500010054019] IPS BARZAL

Fecha y Hora de Ingreso: 16/01/2025 13:25:50

Identificación:	CC 1122129177	Edad en la atención:	73 Ano(s)
Administradora:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S Ô€" EN INTERVENCIÃ"N BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESIÃ"N	Nombre:	ALICIA LONDOÑO BOTERO
		Tipo de Usuario:	Subsidiado Pos
Poliza:		Autorización:	
Servicio de Ingreso:	Ambulatorios		
Servicio de Egreso:	Ambulatorios		

Datos del acompañante
Tipo: Solo

Cierre Historia
Fecha y Hora: 16/01/2025 13:45:09

CONSULTA EXTERNA

• Anamnesis

Fecha y Hora: **16/01/2025 13:26:21** **Profesional:** **Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina .)**
Tipo de Consulta: (890301A) CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL CRONICOS
Finalidad: Hipertension
Motivo de Consulta: CONTROL
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 72 AÑOS DE EDAD CON DX 1.HTA CRONICA 2.. HIPOTIROIDISMO PRIMARIO 3. HOPOACUSIA - MUDA 4. DEFICIT COGNITIVO LEVE - MOEDADARO / MEDICACION: HCT 25MG DIA - LEVT 100MCG DI A- LOSARTAN 50MG/12H- ASA 100MG DIA - ESOMEPRAZOL 20MG DIA - ATORVASTATINA 40MG DIA - SULFATO FERROSO 300MG DIA - ACIDO FOLICO 1MG DIA / PACIENTE EN COMPAÑOA DE LA CUIDADORA MARI BOTERO PRIMA, QUIEN REFIERE QUE LA PACIENE SE ENCIUENTRA EN ANCIANATO Y DESEA SACARLA EN ESTUDI DE ANEMIA CON REPORTE DE HB SIN ANEMIA, CON TSH ELEVAD POR LO CUAL SE AJUSTO DOSIS DE LVT / PARACLINICOS 11-01-24: HBA1C 5.4 15-01-24: TSH 16.1 05-04-24: CT 101- LDL 52- HDL 33- TG 75- GLICMEIA 88- CREATININA 0.76- BUN 15.8-- HEMOGRAMA CON ANEMIA HB 10.6- HCTO 32.2 MACROCITICA NORMOCROMICA -UROANALSIIS NEGAITSO 12-06-24: ABT 0.51- BD 0.15- BI 0.36- FSP NORMAL- HEMOGRAMA HB 11.9- HCTO 37.4 LIGERA ANEMIA NO TORMBOCITIPOENIA - SANGRE OCUTLA EN HECES NEGATIVOS 27-06-24: TGO 19- TGP 14.18 11-07-24: HIERRO 75.58- TRSAFERRINA 2.35- TSH 5.35*- FERRITINA 337 12-07-24 CONTEO RETICULOCIUTOSIS 1.0 12-08-24: ECO DE ABDOMEN TOTAL: AORTOESCELROSIS , HIGADO NORMAL VESCISURELS BIALTRIA SIN CALCULOS

• Antecedentes

Fecha y Hora: **16/01/2025 13:26:23** **Profesional:** **Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina .)**

Planificación:	No	Metodo: Sin Metodo
Familiares:	Si	NIEGA
Personales:	Si	NIEGA
Patológicos:	Si	RETRASO COGNITIVO GLAUCOMA EN OJO DERECHO- HTA ARTROSIS, HIPOACUSIA
Obstétricos:	Si	NIEGA
Ginecológicos:	Si	POMEROY
Quirúrgicos:	Si	NIEGA
Tóxico:	Si	NIEGA
Alérgicos:	Si	NIEGA
Fisiológicos:	Si	NIEGA

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:27:12 **Profesional:** Manuel Joaquin Barrios Muñoz.(medicina .) **Identificación:** CC 8661611
Nº: 1
Cod: 990201 Nomb: EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD. POR MEDICINA GENERAL Cant: 1 Dosis: DXP: E039 DXR: I10X Orden: 0 Item:
Descripción:

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

99020114-99020414

1. Llevar una dieta variada con cereales, frutas y verduras.

2. Reducir el consumo de grasas, fritos, harinas, sal y dulces. (leche entera y derivados, huevo).

3. Disminuir el consumo de proteína especialmente la animal; preferir el pollo y el pescado.

4. Evitar los alimentos embutidos y/o encurtidos o condimentos, café o "colas" y otras bebidas estimulantes.

5. Realizar ejercicio de tipo aeróbico, caminata mínimo de 30 a 45 min/2-3 veces a la semana, si es posible trote suave con la misma duración y frecuencia, aeróbicos o nadar si es posible, "recuerde que el esfuerzo exagerado es peligroso para el paciente hipertenso".

6. Controlar el peso regularmente.

7. Evitar el consumo de alcohol y tabaco.

8. Seguir las indicaciones médicas en el tratamiento, órdenes y recomendaciones dadas por el médico tratante.

9. Nunca suspender medicación ni automedicarse.

10. Cuidados del pie si es diabético, secar bien los pies, cortarse la uñas de forma recta, usar medias blancas preferiblemente para notar si hay sangrado, no usar zapatos destapados ni de tacón.

11. Consulte con su médico antes de emprender un viaje en avión, si presenta dolor de cabeza, dolor en el pecho o ahogo, sed incontrolable consulte un servicio de urgencias inmediatamente.

12. Asista a sus controles médicos puntualmente.

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

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:28:23 **Profesional:** Manuel Joaquin Barrios Muñoz.(medicina .)
Signos Vitales

Peso:	47.00 Kg	Talla:	144.0 Cm	Índice de Masa Corporal:	22.67 Kg/Mtr	Frecuencia Cardiaca:	69 Min
Frecuencia Respiratoria:	18 Min	Temperatura:	36.00 °C	Presion Arterial:	120 /80	Saturación:	97.00 %

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

Exámen Fisico

Estado General:	BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL	
Cabeza:	Normal	NORMOCEFALA
Ojos:	Normal	
Oidos:	Normal	OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
Nariz:	Normal	
Boca:	Normal	MUCOSA HUMEDA NO FOCOS
Cuello:	Normal	
Torax:	Normal	RSCSRS BIEN TIMBRADOS, NO SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS
Abdomen:	Normal	
G/U:	Normal	NO EXPLORADO
Ano:	Normal	
Extremidades:	Normal	NO EDEMA
Neurológico:	Normal	
Osteomuscular:	Normal	SIN ALTERACIONES
Piel:	Normal	
Revisión por sistema:	Normal	
Sistemático Respiratorio:	No	
TBC Multidrogoresistente:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Lepra:	No	
Sintomático Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(70) Normal	

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

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:28:59 **Profesional:** Manuel Joaquin Barrios Muñoz.(medicina .)
Signos Vitales

Peso:	47.00 Kg	Talla:	144.0 Cm	Índice de Masa Corporal:	22.67 Kg/Mtr	Frecuencia Cardiaca:	69 Min
Frecuencia Respiratoria:	18 Min	Temperatura:	36.00 °C	Presion Arterial:	120 /80	Saturación:	97.00 %

- **Laboratorios y Diagnosticos**

Imágenes
Diagnósticas:
Tipo de Diagnostico: Confirmado Repetido
Diag. Principal: (E039) HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
Diag. Relacionado1: (I10X) HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diag. Relacionado2: (F067) TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE
Diag. Relacionado3:
Diag. Relacionado4:

- **Prescripcion**

No: 202501160078-1 Fecha y Hora: 16/01/2025 13:36:39 Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina .)

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
C03AH006011	Hidroclarotiazida 25mg Tableta Tableta 25mg | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 UNI.
Obs: 1 TAB CADA DIA							
206776	Levotiroxina Sodica 75mcg Tableta Levotiroxina Sodica 75mcg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	NO APLICA	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 TAB.
Obs: TOMAR 1 TAB DIARIA EN AYUNA							
C09CL021161	Losartan 50mg Tableta 50mg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 12 HORA(S)	90 DIA(S)	180	180 UNI.
Obs: 1 TAB CADA 12 HORAS							
C10AA051	Atorvastatina 40mg Tableta 40mg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 UNI.
Obs: 1 TAB CADA DIA							
N02BA003011	Acetil Salicilico Acido 100mg Tableta 100mg Tableta | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 TAB.
Obs: 1 TAB CADA DIA							
A02BC0502	Esomeprazol 40mg tableta Esomeprazol 40mg tableta |	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	90 DIA(S)	90	90 TAB.
Obs: 1 T DIARIA							

Observaciones:FORMULA POR 3 MESES

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:37:39 Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina Identificacion:CC8661611 .)
Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(903818)		COLESTEROL TOTAL	1	()
(903868)		TRIGLICERIDOS	1	()
(903841)		GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	()
(902210)		HEMOGRAMA IV	1	()
(907106)		UROANALISIS	1	()
(903815)		COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	1	()
(903816)		COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO	1	()
(903895)		CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1	()

Observaciones: REALIZAR 5 DIAS ANTES DEL PROXIMO CONTROL 3 MESES

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:40:47 Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina Identificacion:CC8661611 .)
Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(904902)		HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	1	()
(904921)		TIROXINA LIBRE T4L	1	()
(903605)		IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1	()

Observaciones: REALIZAR 20 DIAS ANTES DEL PROXIMO CONTROL 3 MESES

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:43:43 Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina Identificacion:CC8661611 .)
Orden: Ambulatoria **Sede:** IPS BARZAL

Cod CUPS.	Cod SOAT.	Nombre	Cant.	Nota
(903426)		HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	()
(903026)		MICROALBUMINURIA POR EIA	1	(RELACION ALBUMINURIA/CREATINURIA)

Observaciones:

- **Ordenacion**

Fecha y Hora: 16/01/2025 13:44:52 Profesional:Manuel Joaquin Barrios MuÑoz.(medicina Identificacion:CC8661611

(903026) MICROALBUMINURIA POR ELA 1 ()

Observaciones: REALIZAR 20 DIAS ANTES DEL PROXIMO CONTROL 3 MESES

Atendido Por:

Manuel J. Barrios M.
Medico Cirujano
RM. 9599-90

MANUEL JOAQUIN BARRIOS MUÑOZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 9599/20

Impreso Por:

Manuel J. Barrios M.
Medico Cirujano
RM. 9599-90

MANUEL JOAQUIN BARRIOS MUÑOZ
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 9599/20

78 11960

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

Fecha: 29 05 2025 Centro Vida: La madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alvaro lozano
Fecha y lugar de nacimiento:	02-Jul-1940

Edad: 84 Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 5418244

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	✓
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	✓	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**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	nueva eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 56 casa 31				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	la madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3103344556

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Francia Andrea Jimenez
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A
Telefono: 3103344556	Correo: N/A

	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: Alvaro Lozano

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: Cristian Granados

Cargo CPS

11961

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5918244

LOZANO
APELLIDOS

ALVARO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1940
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

18-DIC-1961 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2911500-63085472-M-0005918244-20010626 01989 01173D 01 096034573

11962

Sisbén

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 30/01/2022

Ficha: 50001057746200002826

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO

Apellidos: LOZANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5918244

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2019

Última actualización ciudadano: 12/09/2019

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: OSCAR IVAN PLAZAS RODRIGUEZ

Dirección: Calle 37 No 29 - 57

Teléfono: 6829410 - 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

11963
10

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	5918244
NOMBRES	ALVARO
APELLIDOS	LOZANO
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. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/27/2025 11:57:43	**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

11964

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT 892000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	128683
FACTURA No.	33463125
PERIODO FACTURADO:	02-04-2025 - 30-04-2025

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESION
50001000400000003155400000000	0	2025-05-09T11:20:23 2025-05-09T16:05:53

DATOS DEL SUSCRIPTOR

BOTERO ALVAREZ MARIA NASLY
222222222222
MZ 13 CS 22 ZG - 30231
LA MADRID

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		28-05-2025

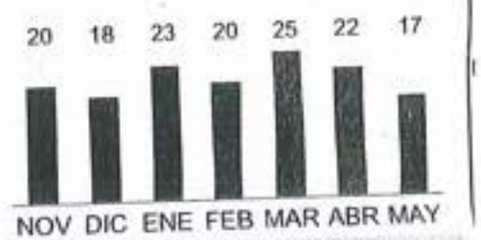
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA		DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4020 402026000003	ORDEN 269	1/2	2015434667	205473

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 21

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO FACTURADO	PROMEDIO CONSUMO
1578	1561	17	17

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	16	2.920,14	46.722,24	30.936,68	0	15.885,56
Consumo Complementario	17 - 32	1	2.920,14	2.920,14	0	0	2.920,14
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					35.870,93	0	21.399,10
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	16	2.905,78	46.492,48	30.605,04	0	15.607,44
Consumo Complementario	17 - 32	1	2.905,78	2.905,78	0	0	2.905,78
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				55.827,84	34.928,56	0	20.699,28
TOTAL MES				113.097,87	70.799,49	0	42.298,38

Total Items 7

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	3,63
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-3.382,52
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	3,63
CARTERA INVESTIGACIÓN	
PROCESO COACTIVO	

INFORMACION DE INTERES

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	992,65	Consumo Básico AL	897,01
Consumo Complementario AC	2.920,14	Consumo Complementario AL	2.905,78
Consumo Suntuario AC	2.920,14	Consumo Suntuario AL	2.905,78

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993).

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT1118773

pague a tiempo

PAGUE HASTA
26-MAY-2025

TOTAL A PAGAR
38.920

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZÓN
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 057/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES.599/2024

CUFE 7fc0e224c45944c5bf626fbefb3710b4733fa22c32842f94532ff9b2326f4a0506552 1f4da22038a4890e32ea31808d

Realiza tus trámites sin salir de casa
- PQR's
- Información general
- Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica

Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago
- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Consuerte
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.[illegible].gov.co

11965

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

Fecha: 17 05 2025 Centro Vida: la merced

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Gloria Stella Moreno					
Fecha y lugar de nacimiento:		17/11/1949					
Edad:	75	Identificación: ~~CC~~ TI RC TE CE PP		Número: 38220170			
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		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**	B2
Otro	x	Indigena		Psicosocial		**EPS**	Militar
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Mz 38 Cs 28 La Marina				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La Marina
Zona:	Rural	Urbano	/	Telefono:	3207227258

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Elizabeth Saavedra.		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: ~~CC~~ TI RC TE CE PP	Número:	35260471	
Telefono:	3027312679	Correo:	Paparbenu@hotmail.com

	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: Gloria Muñoz

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 _____

11966


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.220.170
MORENO Viuda de SASTRE
APELLIDOS
GLORIA STELLA
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1949
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-JUL-1972 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-00212290-F-0038220170-20100202 0020560815A 1 3040000

Falda:
Adres
Sben

10530

11967

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
114821243

1500 1/1

"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 | 2025-07-04 11:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-07-04 11:42 | CUDE | c59c366e87850d58e1485b7d4aa4153b71a6ab1353955787e3070224f2506e0c76db3b09ab88ad435e1ada4668

Suscriptor: ELIZABETH SASTRE MORENO
Dirección: MZ 30 CS 28 URB LA MADRID ET 1
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 22715
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 23077
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 244
Documento No.: DES3212298
Facturas Atrasadas :0
Ultimo Pago: $211000 17-06-25
Periodo Facturado: 01-06-2025/01-07-2025
Ruta: 1-100045510

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:	
362.63 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$66,195
875.76 (Valor kWh) x 189 (Consumo en kWh)	$165,519
VALOR NETO:	$317,025
Porcentaje de SUBSIDIO (58%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-85,311
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$231,713
Impuesto AP	$3,170
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$3,170
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$234,880

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	12099660	1

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

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIC802	(HC) Horas Compensadas	0
[illegible] transformador	O1111247	(VC) Valor a compensar	0
[illegible] de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	359
(tvs$) Duración en horas de interrupciones	0	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FES) Número total de interrupciones	0	(D) Cargo de Distribución	165.66
(DRVS) Meta por duración	26.92	(FEAS) 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 $	305.5	Pérdidas reconocidas	PR $	57.16
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	54.69	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	83.14
Transporte en el sistema de distribución local	D $	223.81	Costo de comercialización	C $	151.46
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CUv=G+T+D+C+PR+R					875.76
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidios FSSRI

Consumo kWh	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	Si paga después de	TOTAL A PAGAR
14-JUL-2025	15-JUL-2025	$234,880

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-06-2025/01-07-2025	Ruta: 1-100045510	114821243	14-JUL-2025	$234,880

...NTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
...UPON CONTRIBUYENTE, RES No. 012935 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTO...
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
...ElectroSuperior del Meta SA, Nit. 892.002.210-6, SIPSE-EMSA

11968

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 **Centro Vida:** LA MACHO

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Yaira Elena Pardo Cruz					
Fecha y lugar de nacimiento:		22-01-1934					
Edad:	92	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21044210					

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	
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	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	CD92A 3B53 - M720					
Municipio:		**Estrato:** 1	1	**Barrio:**	Madrid	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:			
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	3175133348	**Correo:**	

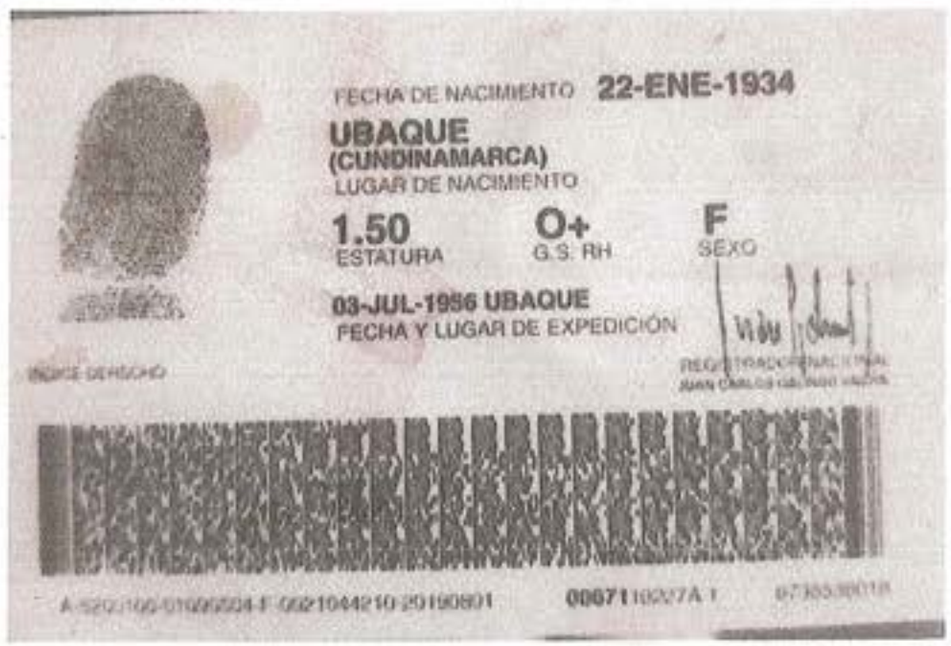
Fosyga

11969


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.044.210
PARDO CRUZ
APELLIDOS
MARIA ELENA
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1934
UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-JUL-1956 UBAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-5202100-01000504-F-0021044210-20190801
00071

11970

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: S0001118651300000256

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ELENA

Apellidos: PARDO CRUZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21044210

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/12/2019

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

11710 1197

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

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

435488258

3198 1/2

"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 | 2025-06-03 14:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-03 14:58 | CUDE | 67084fe6e8f64778e8815bc0e1b0c2064b0b6606ed8537deb39a88939e4480be7c4928e0a05457ad8fd3d3060942d1

Suscriptor: FLOR MERIS HERRERA PARDO

Dirección: C 92A SUR 53 52 PS 2 MZ 20 CS 24 BRR CIUDADELA LA MAD

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 6493
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 6674
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 145
Documento No.: DES2799220
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $64780 14-05-25
Periodo Facturado: 02-05-2025/31-05-2025
Ruta: 1-100070145

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:	
396.12 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$68,529
858.97 (Valor kWh) x 8 (Consumo en kWh)	$6,872
VALOR NETO:	$155,473
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-80,073
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$76,400
Impuesto AP	$1,555
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$1,559

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $76,960

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MAX	30264561	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 03-JUN-2025 04:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de Calidad

Cód. Circuito	VI2602	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	01111249	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	160
(DU) Duración en horas de interrupciones	0	(Tx) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FU) Número total de interrupciones	0	(D) Cargo de Distribución	197.35
(DU-G) Meta por duración	26.92	(FU-G) 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) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					858.97
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FCES

Consumo kWh	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
13-JUN-2025	14-JUN-2025	$76,960

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 8 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
02-05-2025/31-05-2025	Ruta: 1-100070145	435488258	13-JUN-2025	$76,960

GRAN CONTRIBUYENTE Res No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Artículo Ley 142 de 1994) y para todos los efectos ... Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

11972

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: la madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maldonado Parra
Fecha y lugar de nacimiento:	20/11/1936 Gachetá (Cundinamarca)
Edad: 88	Identificación: ~~CC~~ TI RC TE CE PP Número: 3.290.977

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	X	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	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	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Mz 7 Mz 4 Cs 57				
Municipio:		Estrato:	1	Barrio:	La madrid Etapa 5
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	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		

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: Mardoqueo Parra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

David Amaya.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: David Amaya Diaz

Cargo Abg-CPS

11973 40


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.290.977

PARRA

APELLIDOS

MARDOQUEO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1936

GACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-NOV-1965 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

11974

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 27/05/2025

Ficha: 50001067645000000267

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARDOQUEO

Apellidos: PARRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3290977

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/09/2019

Última actualización ciudadano: 13/09/2019

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

11975

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	3290977
NOMBRES	MARDOQUEO
APELLIDOS	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	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/08/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 05/27/2025 14:26:33 **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

11976

12836

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Asotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Meta)
Línea gratuita nacional
018000916615
Desde cualquier operador
316 027 8215
WhatsApp: 316 553 1464

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
384047764

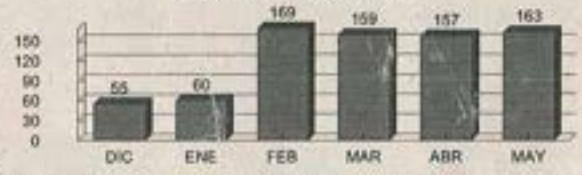
4335 1/1

"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 GENERACIÓN | 2025-05-05 16:05 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-05 16:48 | CUDE | 4a139f8f95cab2cc57ca46c90bfc1e765eae36b858500ffc1a3f575b1f16e6d3caa44d734a73487b6037774fe68ed

Suscriptor: MARDOQUEO PARRA
Dirección: SMZ 7 MZ 4 CS 57 BRR LA MADRID ET V
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 5948
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 6111
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 108
Documento No.: DES2395607
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $62910 15-04-25
Período Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100076875

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
LNY	180043104	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

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

Indicadores de calidad

Circuito	V60802	(HC) Horas Compensadas	0
C.D. Transformador	VIT15988	(VC) Vivas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	159
(DIU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%I) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(DU) Cargo de Distribución	202.55
(DIUG) Meta por duración	26.92	(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) (monomio) 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

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 163 (Consumo en kWh)	$64,145
VALOR NETO:	$143,902
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-79,758
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$64,145
Impuesto AP	$1,439
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,439
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$65,580

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$65,580

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-04-2025/01-05-2025	384047764	15-MAY-2025	$65,580

415770999800244980200384047764539000000065580

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC.14-2018 DIAN / AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.002.210-6. SIVIGE-EMSA

La empresa factura precios medios de energía (Art.126 Ley 142 de 1994) y como todos los demás, Vd. debería ser subsidiado por el Estado

11977

ips
CLINICA MEDICO FAMILIAR
NIT. 900.602.060-0

EVOLUCIÓN HISTORIA CLÍNICA GENERAL
La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente
ARTICULO 31 LEY 23 DE 1981

Calle 60 Sur No. 43-28 Tel.: 6848334 Email: ipsclinicamedicofamiliar@hotmail.com Villavicencio - Meta

FAVOR DILIGENCIAR EN TINTA NEGRA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES DEL PACIENTE: Marcolino Parra.

EPS: Coosalud
A LA CUAL ESTA VINCULADO EL USUARIO

TIPO DE DOCUMENTO: TI | CC | RC | NSI | CE | PA | ASI

No. DE DOCUMENTO: 3 2 9 0 9 7 7

No. DE AFILIACIÓN:

Diligencie con letra imprenta o a máquina, como mínimo, los siguientes datos: Fecha y hora, Motivo de consulta y enfermedad actual, Datos positivos en el examen clínico, Impresión diagnóstica, Diagnóstico definitivo, Exámenes paraclínicos solicitados, Plan de tratamiento y Fecha de próximo control si lo hay.

13/Junio/2025 edad: 88 años.

MC: Tengo dificultad para la visión, y somnolencia.

ENF Actual: Paciente Masculino de 88 años, refiere cuadro Clinico de 6 meses de evolución constante, en Moreo ocasional asociado a somnolencia, refiere adicional disminución de la agudeza visual, en el momento en compañia de amiga.

examen fisico:
TA: 143/83 mmHg FC: 70' FR: 17' SAT 98% T: 36,5 °C.

C/Normocefalo
Cpl rítmicos sin soplos, sin agregados.
Abd/ blando depresible no doloroso.
EXT/ eutroficas sin edema.
Neu/ sin deficit Aparente

IDx: R42X Mareo. y desvanecimiento
H526 Otros trastornos de la refraccion

Plan: Se solicitan examenes Prontanos.
SS/ valoracion Oftalmologia Prontana.
SS/ Valoracion Por optometria Prontana.

Arly Fair Sanchez G.
MEDICO GENERAL
C.C. 1.125.732.106

11978

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

Fecha: 29 | 05 | 2025 Centro Vida: Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Maria Peña					
Fecha y lugar de nacimiento:							
Edad:	74	Identificación: CC TI RC TE CE PP		Número:	40218911		
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	✓
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		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**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Coosalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Mz N 16 C 5 6				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	
Zona:	Rural		Urbano ✓	Telefono:	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ana Rosalba Alcazon Peña		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:	3204101537	
Telefono: 3204101537	Correo:	N/A	

	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: María leopoldina Peña tajardo

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 _____

11979



FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1949
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
31-ENE-2001 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5200150-00758262-F-0040218911-20151028 0047209025A 1 1663586727



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.218.911
PEÑA FAJARDO
APELLIDOS
MARIA LEOPOLDINA
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA

Falta saber.

11980

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	40218911
NOMBRES	MARIA LEOPOLDINA
APELLIDOS	PEÑA FAJARDO
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:	06/24/2025 16:59:41	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

11981

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	102079
FACTURA No.	33635399
PERIODO FACTURADO	01-05-2025 - 29-05-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
50001000400000003162500000000	0	2025-06-11T11:20:23 2025-06-11T10:13:04

DATOS DEL SUSCRIPTOR

ALAYON PEDA ANA ROSALBA
222222222222
MZ 16 CS 6 ETAPA I
LA MADRID
ZG - 30249

ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1	27-06-2025

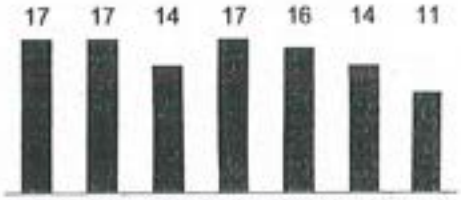
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4020 ORDEN 402022960000 237	1/2	2013312474	015928

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO M³
16

NOVEDAD LECTURA
NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO M³	CONSUMO PROMEDIO M³
1937	1926	11	11

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	BIENES SUBSIDIO	BIENES APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	11	2.920,14	32.121,54	21.200,22	0	10.921,32
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					26.234,47	0	13.514,72
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	11	2.905,78	31.963,58	21.095,96	0	10.867,62
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				38.393,16	25.339,49	0	13.053,67
TOTAL MES				78.142,35	51.573,95	0	26.568,40

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	3,79
(-) Devolución x Inversiones ACU R267	-362,19
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-362,19
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	3,79

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	992,85	Consumo Básico AL	987,93
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZÓN
GERENTE GENERAL

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993)

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT1261260

pague a tiempo

PAGUE HASTA

25-JUN-2025

TOTAL A PAGAR

26.210

Somos Autorretenedores Res DIAN 0512/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES0002024

CUFE 8384baee16b5f3a23ad5def868b47194cc9ea2e1f6b25553ad22760816a16c244da0a4e0cb0d19b12ebbe6688697d9

Realiza tus trámites sin salir de casa
Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Bancolombia
- Banco de Bogotá
- Cajeros ATH
- Banco BBVA
- Corresponsal
- Davivienda
- COTREM
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Popular
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

eaav

(415)7709998000414(8020)33635399(3900)0000026210(96)20250625

BANCO

CÓDIGO USUARIO
102079
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
33635399

FECHA LÍMITE	VALOR CANCELADO
25-JUN-2025	26.210

11982

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: la madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Nestor Fabio Peñaloza Gonzalez					
Fecha y lugar de nacimiento:		26/07/1948					
Edad:	76	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		17.300.716			
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)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	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	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja Copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	SM7 15 Mz 1 Cs 4						
Municipio:	Villavicencio		Estrato:	1	Barrio:	la madrid Etapa 5	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3135722787	

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		

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: Nestor Fabio Peñaloza G.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

David Amaya.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: David Amaya Diaz

Cargo Abg - CPS

1198350



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 17.300.716
PEÑALOZA GONZALEZ
APELLIDOS
NESTOR FABIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1948
JESUS MARIA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-FEB-1971 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

11984

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/06/2025

Ficha: 50001038745400002080

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **NESTOR FABIO**

Apellidos: **PEÑALOZA GONZALEZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **17300716**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2019

Última actualización ciudadano: 17/09/2019

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

11985

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	17300716
NOMBRES	NESTOR FABIO
APELLIDOS	PEÑALOZA GONZALEZ
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	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	20/12/2006	14/04/2013	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/25/2025 09:40:39	**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

10734 11986

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIt. 892302210-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (sólo servicio Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8055
WhatsApp: 316 555 7464

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

375253241

2236 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".

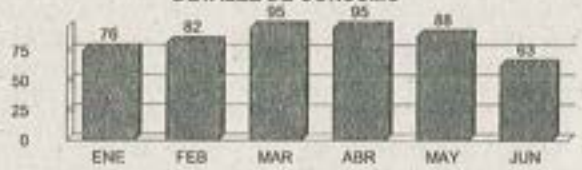
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-03 14:36 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-03 14:55 | CUDE | 16a1e8e851f4dfc762b933d09b1260a101a7415a7ae66fe74f33c88ada9dd18224843000324b9009839a57cb84c0d2eb

Suscriptor: LUCIA VERA LOZANO

Dirección: SMZ 15 MZ 1 CS 4 URB LA MADRID ET V

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(7) A-S
Lectura Anterior 8495
Tipo de Lectura: Con Lectura
Lectura Actual 8558
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 84
Documento No.: DES2708289
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $34090 09-05-25
Período Facturado: 02-05-2025/31-05-2025
Ruta: 1-100047195

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15053127	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 03-JUN-2025 04:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
USO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cdnd. Circuito	VI0802	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT15311	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	95
(DIU) Duración en horas de interrupciones	0	(%V) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	0	(DI) Carga de Distribución	165.32
(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 $	230.37	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) monomio Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					826.87

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

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	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 381.41 (Valor kWh con SUBS) x 63 (Consumo en kWh)	$24,029
VALOR NETO:	$52,092
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-28,064
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$24,028
Impuesto AP	$521
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$521
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$24,550

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
13-JUN-2025	14-JUN-2025	$24,550

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2015 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.302.210-6. SVNDE-EMSA

11987

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Carmen Emilia Perez Rojas
Fecha y lugar de nacimiento:	28/06/1949
Edad: 75	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 41.791.592

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	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	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Mz 7 CS 5				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La madrid
Zona: Rural		Urbano	X	Telefono:	3213521264

2. ACUDIENTE

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

	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		

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

Carmen Perez

Firma del adulto mayor

Nombre: Carmen Emilia Perez Rojas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



David Amaya

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: David Amaya Diaz

Cargo Abg - CPS

11988



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.791.592
PEREZ ROJAS
APELLIDOS
CARMEN EMILIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1949
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.42
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
11-OCT-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

32135212 64

11989

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2024

Ficha: 50001101745900003198

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARMEN EMILIA

Apellidos: PEREZ ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41791592

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2019

Última actualización ciudadano: 12/09/2019

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: JULIA INES MOGOLLON MORALES

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	41791592
NOMBRES	CARMEN EMILIA
APELLIDOS	PEREZ ROJAS
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/16/2024 17:56:32	**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

11991

9827

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Reserva Villavicencio
Línea 115 (solo operador Tricolmo)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 606 027 8055
WhatsApp: 310 585 7468

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

370129984

1339 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 GENERACIÓN | 2025-05-05 15:59 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-05 16:15 | CUDE | 6cc8522a71c37271e74f9026e69c4788f243a9645edfe643b2b6668427335143bfac060cbe889c02504c5712ce05c6dff

Suscriptor: CARMEN EMILIA PEREZ ROJAS
Dirección: MZ 7 CS 5 URB LA MADRID

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 6538
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 6607
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 78
Documento No.: DES2392698
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $31650 16-04-25
Periodo Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100041980

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO ($)	FACTOR
MET	15056045	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	V0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T11252	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	76
(DFU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%C) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FFU) Número total de interrupciones	1	(DC) Cargo de Distribución	202.56
(DFUG) Meta por duración	26.92	(FFUG) 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) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+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

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 69 (Consumo en kWh)	$27,154
VALOR NETO:	$60,915
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-33,762
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$27,153
Impuesto AP	$609
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$609
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$27,760

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$27,760

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Electrificadora del Meta SA Nit: 892.002.210-8, SWDE-EMSA

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

11993

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.572.056

PINO POSADA
APELLIDOS

RAMON CESAR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1946
SAN ANDRES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

21-SEP-1967 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-69163441-M-0003572056-20080114 02269 08014A 02 247987806

11994

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: S0001070745700003517

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAMON CESAR

Apellidos: PINO POSADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 3572056

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/09/2019

Última actualización ciudadano: 17/08/2022

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

11995

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

Fecha: 29 | 08 | 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Franscina Rivera Romero					
Fecha y lugar de nacimiento:		10-AGO-1962 Tibacuy (Cundinamarca)					
Edad:	62	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		39-723 605			
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	✓
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	✓	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	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja Copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	K 50 91 Sur 04 M2 2 to 17 Ap 2099				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	la Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	317 649 6134

2. ACUDIENTE

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

	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

Franguelina RiverosR

Firma del adulto mayor



Nombre: Fraguelina Riveros 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: Cristian Granados

Cargo CPS

11996

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.723.605**
RIVEROS ROMERO

APELLIDOS
FRANQUELINA

NOMBRES

Franquelina Riveros

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1962**
TIBACUY
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

18-JUL-1984 SIBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00549029-F-0039723605-20140222 0037339545A 1 6732754599

11997

Sisbén

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 26/06/2024

Ficha: 500010981459800020041

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FRANQUELINA

Apellidos: RIVEROS ROMERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 39723605

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/04/2023

Última actualización ciudadano: 28/04/2023

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: JULIA INES MOGOLLON MORALES

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

11998

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	39723605
NOMBRES	FRANQUELINA
APELLIDOS	RIVEROS 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	19/07/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/27/2025 10:25:30	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

11609 + 11999

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

Calle 37A #5-53 Barrio Alto Vía La Andrea Villavicencio
Línea TIS (personas sordas) Línea gratuita nacional 018000518515 Desde cualquier operador 316 527 6535 WhatsApp: 316 535 7484

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
359760616

1/2
3109

"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 | 2025-05-05 18:02 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-05 18:21 | CUDE | a4f6a05da9e3323f34ada58e44a86dc87171f3d6c3e37a6035005f05213eca68a218c7ed8116d71215a6870184e23631e

Suscriptor: PAOLA ANDREA EVANGELISTA

Dirección: K 50 91 SUR 04 MZ 2 TO 17 AP 2099 UR LA MADRID ET 3

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 5097
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 5168
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:	
378.91 (Valor kWh con SUBS) x 71 (Consumo en kWh)	$26,603
VALOR NETO:	$60,407
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-33,505
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$26,902
Impuesto AP	$604
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$607

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 31
Documento No.: DES2394408
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $25000 07-04-25
Periodo Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100166880

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
TECUM	4876841	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIL802	(BQ) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T15127	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CIC) Consumo estimado a compensar	35
(DUI) Duración en horas de interrupciones	8.073	(Dd) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FMI) Número total de interrupciones	1	(DI) Cargo de Distribución	169.58
(DUG) Mota por duración	26.92	(FMG) Mota por Frecuencia	25

Vlra Componsar $ 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 $	237.58	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+P|R					850.81

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$27,510

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$27,510

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-04-2025/01-05-2025	359760616	15-MAY-2025	$27,510

4157709998002449802003597606161390000000027510

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero-25-2022
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

12000

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

Fecha: 27 05 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Alfonso Rodriguez					
Fecha y lugar de nacimiento:		13/11/1944 Puerto Lopez (Meta)					
Edad:	80	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		17.120.284			
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		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**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Mz 7 CS 5				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La madrid
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3115508462

2. ACUDIENTE

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

	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

Firma del adulto mayor

Nombre: Alfonso Rodriguez

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: David Amaya Diaz

Cargo CPS – Abg

12001





3115508462

12002 19

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/05/2024

Ficha: 50001101745900003198

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALFONSO

Apellidos: RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17120284

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2019

Última actualización ciudadano: 12/09/2019

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: JULIA INES MOGOLLON MORALES

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	17120284
NOMBRES	ALFONSO
APELLIDOS	RODRIGUEZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/16/2024 17:55:54	**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

12004

9827

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

Calle 37A 45-51 Barrio Alto Vista La Azotea Villavicencio
Línea 115 (con operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000315515
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 316 555 9464

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

370129984

1339 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 GENERACIÓN | 2025-05-05 15:59 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-05 16:15 | CUDE | 6cc8522a71c3727fe749028ed0cf788243a6645adfaf643b2b66684273351418fdc0bbcba88b02504c5712ea65c6dff

Suscriptor: CARMEN EMILIA PEREZ ROJAS

Dirección: MZ 7 CS 5 URB LA MADRID

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 6538
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 6607
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 78
Documento No.: DES2392698
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $31650 16-04-25
Período Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100041980

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 69 (Consumo en kWh)	$27,154
VALOR NETO:	$60,915
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-33,762
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$27,153
Impuesto AP	$609
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$609
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$27,760

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15056045	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIC802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T11252	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	78
(DIU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(D) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(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) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					882.84
Interés moratorio residencial		0.49%	Interés moratorio no residencial		1.56%

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

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$27,760

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC.14-2018 (ICA) - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Electrificadora del Meta SA./Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

La presente factura presta mérito ejecutivo (art. 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se entiende a una letra de cambio

12005

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

Fecha: 29 | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Cesar Augusto Romero Gonzalez
Fecha y lugar de nacimiento:	17-Jun-1963 . Espina Tolima
Edad: 61	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 79.277.647

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	✓
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	✓	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	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	caja copi eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 1 Casa 20				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3022060802

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Florencia Romero
Relacion con el adulto mayor:	Tia
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	32289080918
Telefono: 3102436335	Correo: N/A

	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

Cesar Augusto Romero



Firma del adulto mayor

Nombre: Cesar Augusto 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: Cristian Granados

Cargo CPS

17006



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.277.647
ROMERO GONGORA

APELLIDOS

CESAR AUGUSTO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1963
ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

30-SEP-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1500100-00143049-M-0079237041-20081123 0080810305A 1 6730016660

12007

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta:	27/05/2025
Ficha:	50001053650200000166

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CESAR AUGUSTO

Apellidos: ROMERO GONGORA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 79277647

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	11/07/2019
Última actualización ciudadano:	10/11/2023

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

12008

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	79277647
NOMBRES	CESAR AUGUSTO
APELLIDOS	ROMERO GONGORA
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/27/2025 07:42:14	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".

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

12210

17009

3709 1/1

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

Calle 37A 65-53 Barrio Alto Vista La Arenosa, Villavicencio
Línea 115 (solo opción Movistar)
Línea gratuita nacional 018000918115
Desde cualquier operador: 315 027 6015
WhatsApp: 310 555 7464

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

384087350

"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".

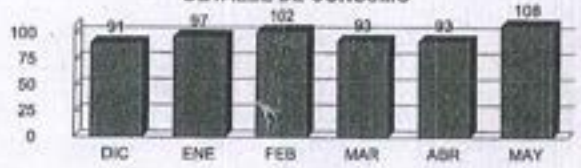
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-05 18:04 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-05 18:23 | CUDE | 2993cd1b144ea7b0e127d1e19e51d2e92c0d33ca842e4564fc4b285e1f6d68792659a855758a0bdf5e3373ae6531964d

Suscriptor: FLORENCIA ROMERO ORTEGON

Dirección: SM 6 MZ 1 CS 20 URB LA MADRID ET V

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 3226
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 3334
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 96
Documento No.: DES2394993
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $37260 14-04-25
Periodo Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100073205

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:	$95,346
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-52,845
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$42,501
Impuesto AP	$953
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$953
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,450

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
DIS	21141409	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT15984	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CBC) Consumo estimado a compensar	93
(DIU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%V) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(DI) Cargo de Distribución	202.58
(DIU/G) Meta por duración	26.92	(FIU/G) 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 $	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 1,59%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$43,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
01-04-2025/01-05-2025

Código del cliente 384087350 | Fecha de vencimiento 15-MAY-2025 | Valor a pagar $43,450

4157709998002449802003840873509390000000043450

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012935 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-28-2022
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

Electrificadora del Meta S.A. E.S.P. NIT 892.002.210-6 SIGMA-REVISA

SUSALUD
INTEGRAL EFICIENTE IPS

SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS
901545021
HISTORIA CLINICA

Imprime: EFBV 2024-09-20 13:56

FECHA INGRESO:	20-09-2024 - 13:46		
PACIENTE:	ROMERO GONGORA CESAR AUGUSTO	IDENTIFICACIÓN:	CC 79,277,647
EDAD: 61 Años	SEXO: Masc NACIM: 17-06-1963	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:		FOLIO: 01 - 000004	TELEFONO: 3106212978
ENTIDAD:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	GRP SANG : O	RH: -
DIRECCIÓN:	LOS ROSALES	BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VILLAVICENCIO

ACOMPAÑANTE:
SOLO

MOTIVO DE CONSULTA:
- SE ME REVIENTA LA BOCA -

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD ENTRA POR SUS PROPIOS MEDIOS A CONSULTA MEDICA POR PRESENTAR RESEQUEDAD EN LABIOS - PACIENTE ESTA EN AMNEJO POR NUTRICION POR BAJO PESO - EN CONSULTAS ANTERIORES LE ORDENARON PARACLINICOS Y NO SE LOS REALIZO

ANTECEDENTES:
DM2 (HERMANO) - CA PIEL (HERMANO) - HPB (HERMANO)

FAMILIARES:
DM2 (HERMANO) - CA PIEL (HERMANO) - HPB (HERMANO)

MEDICOS:
RM MODERADO

QUIRURGICOS:
NO REFIERE

FARMACOLOGICOS:
NO REFIERE

ALERGICOS:
PENICILINA

TRAUMATOLOGICOS:
NO REFIERE

OCUPACIONALES:
NO REFIERE

OTROS ANTECEDENTES:
NO REFIERE

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO: SI
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES: NO

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
110/070	083	078 lmp	017 rpm	35.90°	000%	00	56.0 kl	179 cm	17.47	1.75 m2		82.0		15/15

OBESIDAD CENTRAL: NO

CLASIFICACIÓN IMC: DELGADEZ

- INSPECCION GENERAL: BUEN ESTADO GENERAL
- CABEZA: NORMOCEFALO, ESCLERAS Y CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, NARIZ NORMOIMPLANTADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ERITEMA O SECRECIONES
- CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO, NO MASAS O MEGALIAS
- CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, SIN SOPLOS O AGREGADOS
- PULMONAR: RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS
- ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS PERISTALTICOS PRESENTES, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS O MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
- GENITOURINARIOS: NO EXPLORADO
- EXTREMIDADES: SIMETRICAS, EUTROFICAS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, NO EDEMAS, PULSOS DISATALES PRESENTES, LLENADO

FECHA INGRESO:	20-09-2024 - 13:46		
PACIENTE:	ROMERO GONGORA CESAR AUGUSTO	IDENTIFICACIÓN:	CC 79,277,647
EDAD: 61 Años	SEXO: Masc NACIM: 17-06-1963	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:		FOLIO: 01 - 000004	TELEFONO: 3106212978
ENTIDAD:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	GRP SANG : O	RH: -
DIRECCIÓN:	LOS ROSALES	BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

CAPILAR DISTAL INMEDIATO
- OSTEOMUSCULAR: ARCOS DE MOVIMENTO CONSERVADOS
- NEUROLOGICO: CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO

DIAGNOSTICO: R634 - PERDIDA ANORMAL DE PESO

ANALISIS: PACIENTE CON BAJO PESO

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

AN: SE ORDENAN NUEVOS PARACLINICOS
CONTROL CON RESULTADOS
SE DAN RECOMENDACIOENES Y SIGNOS DE ALARMA

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS:	BEJARANO VELANDIA EDGAR FABIAN	Fav'an Bejarano M.D. C.C. R.M. 8563/2014
ESPECIALIDAD:	MEDICINA FAMILIAR	
REGISTRO No:	8563	

FIRMA PACIENTE:

Sep. 20/2024 13:46 evoluciono BEJARANO VELANDIA EDGAR FABIAN MEDICINA FAMILIAR folio: 01 - 000004

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITA - 902210		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO - 906610		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - 903841		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES - 904902		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	COLESTEROL TOTAL - 903818		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - 903815		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO - 903817		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	TRIGLICERIDOS - 903868		1.0 (UN) AMB

FECHA INGRESO:	20-09-2024 - 13:46		
PACIENTE:	ROMERO GONGORA CESAR AUGUSTO	IDENTIFICACIÓN:	CC 79,277,647
EDAD: 61 Años	SEXO: Masc NACIM: 17-06-1963	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:		FOLIO:	01 - 000004 TELEFONO: 3106212978
ENTIDAD:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	GRP SANG :	O RH: -
DIRECCIÓN:	LOS ROSALES	BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

Laboratorio	UROANALISIS - 907106		1.0 (UN) AMB
Laboratorio	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 903895		1.0 (UN) AMB

Dx/ R634

2409201346591647

NRO FORMULA 2409201346591647

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: BEJARANO VELANDIA EDGAR FABIAN	
ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR	
REGISTRO No: 8563	Favian Bejarano M.D. C.C. [illegible]2014

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

12013

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

Fecha: 29 | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Florencia Romero Ortegon					
Fecha y lugar de nacimiento:		29-abril-1944					
Edad:	80	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número: 21.219.489					
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	✓
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	✓	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	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 6 Casa 20				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La Madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3102436335

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: Florenca Romero Ortebon

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: Cristian Granados

Cargo CPS

12014





Falta recibo..

12015

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/02/2025

Ficha: 50001053650200000166

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FLORENCIA

Apellidos: ROMERO ORTEGON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21219989

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/07/2019

Última actualización ciudadano: 10/11/2023

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: JULIA INES MOGOLLON MORALES

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

12016

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	21219989
NOMBRES	FLORENCIA
APELLIDOS	ROMERO ORTEGON
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/05/2025 08:13:32	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

12017

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

Fecha: 27 / 05 / 2025 Centro Vida: la madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Rosalba Aponte Blanco					
Fecha y lugar de nacimiento:		21-ene-1946 nilo / cundi					
Edad:	79	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		40 275 227			
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	✓
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	✓	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	B2
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	caja copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	K 50 99 Sur 04 Mz 2 to 4 AP 3023				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	la madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	314 2626 559

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Roberto Buitago		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
Telefono:	3214700336	Correo:	N/A

	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

Rosalba Aponte

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosalba Aponte Blanco

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: Cristian Granados

Cargo CPS

12018

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.275.227**

APONTE BLANCO

APELLIDOS

ROSALBA

NOMBRES

Rosalba Aponte

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-1946**

NILO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ENE-1974 VISTA HERMOSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204400-00592152-F-0040275227-20140619 0039064865A 1 41288671

12019

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 26/05/2025

Ficha: 5000109414557000001407

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSALBA

Apellidos: APONTE BLANCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40275227

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/11/2024

Última actualización ciudadano: 15/11/2024

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

12070

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	40275227
NOMBRES	ROSALBA
APELLIDOS	APONTE BLANCO
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	07/08/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/26/2025 11:00:53	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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

11222

12021

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alta Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo servidor Meta)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

Descuento siguiente factura electrónico - Ver notas pie/hoja diario factura

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

358387926

2722 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".

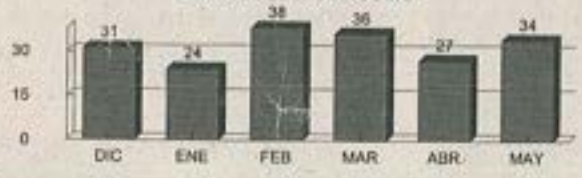
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-05 16:02 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-05 16:20 | CUDE | 963209e2a169c69b91dae1ac3e6859cd33a880dc65be1f25d2647e2ec1589bc96ca0a0637453c230a17005aa4ee5bbb

Suscriptor: ROSALBA APONTE BLANCA

Dirección: K 50 91 SUR 04 MZ 2 TO 4 AP 3023 UR LA MADRID ET 3

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(Z) A-5
Lectura Anterior 5497
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 5531
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 31
Documento No.: OE52394040
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $10420 07-04-25
Periodo Facturado: 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 1-100064900

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	14048597	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-MAY-2025 07:05

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIC802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	O1T14718	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	36
(DIU) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%f) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	1	(DE) Cargo de Distribución	169.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(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 $	237.58	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+R		850.81

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

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	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
378.91 (Valor kWh con SUBS) x 34 (Consumo en kWh)	$12,883
VALOR NETO:	$28,927
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-16,045
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$12,882
Impuesto AP	$289
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$289
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$13,170

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$13,170

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-04-2025/01-05-2025	358387926	15-MAY-2025	$13,170

4157709998002449802003583879266390000000013170

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC-14-2015 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-26-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y podrá ser cedida en garantía a favor de entidades financieras

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

17027

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

Fecha: 29 | Mar | 2025 Centro Vida: la Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Rosa Maria Sanabria de Torres					
Fecha y lugar de nacimiento:		29-Mar-1953					
Edad:	72	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:		21.235.051			
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	✓
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	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Lider Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Caja cop. eps
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Manzana 3 Casa 50				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	la madrid
Zona:	Rural	Urbano	✓	Telefono:	3208446756

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Janeth Torres Sanabria		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	N/A		
Telefono:	3157149753	Correo:	N/A

	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 veridica y ha sido entregada voluntariamente.
2. Autorizo el uso de los datos personales para los fines anteriormente descritos.

5. FIRMAS

Rosa Maria Sanabria de T

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosa maria Sanabria de torres

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: Cristian Granados

Cargo CPS

12023 90

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.235.051

SANABRIA DE TORRES
APELLIDOS

ROSA MARIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1953
GUTIERREZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-SEP-1977 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-80148791-F-0021235051-20060511 0541206131A 02 100570459

17024

Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 26/05/2025

Ficha: 500011001148400001549

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSA MARIA

Apellidos: SANABRIA DE TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21235051

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/12/2021

Última actualización ciudadano: 28/02/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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

17025

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	21235051
NOMBRES	ROSA MARIA
APELLIDOS	SANABRIA DE TORRES
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	31/07/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/26/2025 13:46:45	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

12616 17026

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

Calle 51A 45-33 Barrio Alto Vía La Apiay Villavicencio
Línea emergencia 24 Horas 316 027 4035
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

401365245

4177 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 dispuestas 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".

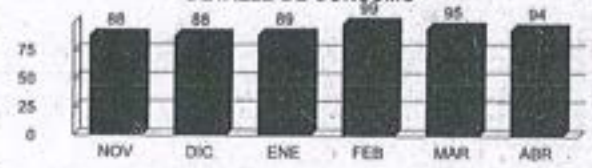
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-04-04 14:34 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-04 14:35 | CUDE | 526d524deee9b7062b940182362891786e2400870a5c5b67d2ad1e6084d3bf0ef2d5419da8735803c1c50026b59

Suscriptor: CLARENA HERNANDEZ LEMUS

Dirección: SM 6 MZ 3 CS 50 BRR LA MADRID ET

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 8431
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 8525
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 92
Documento No.: DES1998856
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $37660 16-03-25
Periodo Facturado: 02-03-2025/31-03-2025
Ruta: 1-100075840

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	170500868	1

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

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VI	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0602	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT15814	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	99
*(HLE) Duración en horas de interrupciones	8.073	(%A) Porcentaje de descuento del cargo	20
Número total de interrupciones	1	(DE) Cargo de Distribución	199.27
*(CG) Meta por duración	26.92	(FRUG) 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 $	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) (mnemonic) Nivel (1) CU=G+T+D+CV+PR+R					920.8
					920.8

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	1,58%

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: 391.47 (Valor kWh con SUBS) x 94 (Consumo en kWh)	$36,798
VALOR NETO:	$86,555
Porcentaje de SUBSIDIO (57%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-49,757
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$36,798
Impuesto AP	$866
OTROS CONCEPTOS!	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$866
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$37,660

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
14-ABR-2025	15-ABR-2025	$37,660

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 1-100075840	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
02-03-2025/31-03-2025		401365245	14-ABR-2025	$37,660

(415)7709998002449(8020)0401365245(3900)0000037660

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2015 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta E.A. Nit. 892002210-6 SWC-6940

12027

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

Fecha: 27 | 05 | 2025 Centro Vida: La Madrid

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Fanny Cecilia Silva						
Fecha y lugar de nacimiento:	24/12/1956 Tobui (Boyaca)						
Edad:	69	Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número: 21.238.733				

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		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	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Mz 30 Cs 18 Etapa 1				
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	La madrid
Zona:	Rural	Urbano	x	Telefono:	3143236093

2. ACUDIENTE

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

	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		

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

Fanny Cecilia Silva

Firma del adulto mayor

Nombre: Fanny Cecilia Silva

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

David Amaya.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: David Amaya Díaz

Cargo Abg - CPS

12078

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.238.733

SILVA
APELLIDOS

FANNY CECILIA
NOMBRES



Fanny Cecilia Silva
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1956
TOGUI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-MAR-1979 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5204000-69143071-F-0021238733-20060111 08042 06010C 02 188565613

12029

Sisbén

Registro válido **B1**

GRUPO SISBÉN
Pobreza moderada

Fecha de Consulta 06/08/2021

Ficha 5031800846890000000184

DATOS PERSONALES

Nombres FANNY CECILIA

Apellidos SILVA

Tipo de documento Cédula de ciudadanía

Número de documento 21238733

Municipio Guamal

Departamento Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 11/06/2021

Última actualización del ciudadano 11/06/2021

Última actualización vía registros administrativos

* Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén más cercana

A1→A5 B1→B7 C1→C18 D1→D21

12030

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	21238733
NOMBRES	FANNY CECILIA
APELLIDOS	SILVA
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	01/07/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/27/2025 08:11:12	**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

12031

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.000.265 -1

CÓDIGO USUARIO	100727
FACTURA No.	33303370
PERIODO FACTURADO	02-03-2025 - 01-04-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000032165000000000	0	2025-04-09T11:20:23 2025-04-09T11:33:13

DATOS DEL SUSCRIPTOR

ISAZA ROMAN LUDOVIA
222222222222
MZ 30 CS 18 ETAPA I
LA MADRID ZG - 30506

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		29-04-2025

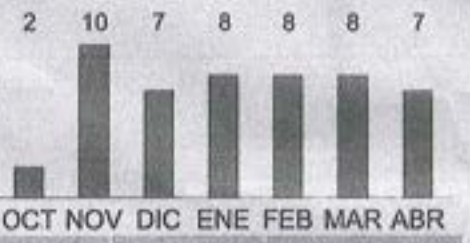
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
40	4020 402054900000 ORDEN 552	1/2	2013300834	100018

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 7

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
1777	1770	7	7

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	7	2.920,14	20.440,98	13.491,05	0	6.949,93
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					18.525,30	0	9.543,33
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	7	2.905,78	20.340,46	13.424,70	0	6.915,76
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				26.770,04	17.668,23	0	9.101,81
TOTAL MES				54.838,57	36.193,52	0	18.645,15

Total Items 4

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-3,36
(-) Devolución x Inconsistencias ACU R267	-281,79
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-281,79
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	-3,36

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC.	2.593,40	Cargo fijo AL.	2.186,06
Consumo Básico AC	992,55	Consumo Básico AL	987,97
Consumo Complem. / Lujo AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE FINZON
GERENTE GENERAL

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,84
Alcantarilado (Tasa retributiva)	$ 158,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT961101

pague a tiempo

PAGUE HASTA
25-ABR-2025

TOTAL A PAGAR
18.360

Somos Autorretenedores Res DIAN 0570/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES0092024

SEÑOR USUARIO: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro conforme al art. 96 de la Ley 142 de 1994. Asimismo, según el art.134 de la Ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse personalmente en el mismo acto ante EAAV dentro de los cinco días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

CUFE 03f5cab5cafbd64b9ef20843c912e8c16b62860346866e1041bbed9fc5043168568834f665755fdfb76abf2525a6da4

Realiza tus trámites sin salir de casa
• POR :
• Información general
• Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica
Llámanos **608 681 8080**

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago
· Banco de Occidente · Bancolombia · Banco de Bogotá · Cajeros ATH
· Banco BBVA · Consuerte · Itaú · COTREM
· Puntos Redeban · EFECTY · Banco de Popular · Banco Agrario
www.eaav.gov.co

BANCO

CÓDIGO USUARIO
100727
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
33303370

(415)7709998000414(8020)33303370(3900)00001836O(96)20250425

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
25-ABR-2025	18.360

Proveedor Tecnológico: duquales S.A.S. NIT 800.033.190-2 Software 1+1=3