13418

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Goalos	FECHA DE TOMA DE DATOS	12-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40.270.456
PRIMER NOMBRE	Elizabeth.	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Gosman	SEGUNDO APELLIDO	Hueso
FECHA DE NACIMIENTO	29-12-1962	EDAD	62
TELEFONO	3135823841	SEXO	Femenino
SISBEN	B4	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	100/60	FREC. CARDIACA	72
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 70	TALLA: 1.52	MASA CORPORAL: 30.314	
INTERPRETACIÓN:	paciente con sobrepeso, se recomienda una dieta saludable y acompañada de ejercicio		

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobrepeso, se recomienda una dieta saludable
ESTADO FISICO	conserva fuerza muscular y flexibilidad
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	con cambios fisicos normales de la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Elizabeth Guzman Hueso

BENEFICIARIO: Elizabeth Guzman Hueso

IDENTIFICACIÓN: 40.270.456

13419

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin Vda. Cuales	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Cuales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Goniá.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	17.350487.
PRIMER NOMBRE	Gustavo	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Sánchez	SEGUNDO APELLIDO	Jara.
FECHA DE NACIMIENTO	06-01-1952	EDAD	73
TELEFONO	3125864167	SEXO	Masculino
SISBEN	A4.	RH Y TIPO DE SANGRE	B+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	118/56	FREC. CARDIACA	88
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables sin dificultad respiratoria, afebril.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 60	TALLA: 1.68	MASA CORPORAL: 21.276
INTERPRETACIÓN:	Paciente con buena masa muscular se recomienda continuar con dieta	

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buen estado nutricional, tiene masa muscular conservada.
ESTADO FISICO	Bueno, tiene fuerza y Buen estado fisico.
ESTADO EMOCIONAL	emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	piel ajada, cabello sin pigmenta

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez.

IDENTIFICACIÓN: 40·419.006

BENEFICIARIO: Gustavo Sandoz O.

IDENTIFICACIÓN: 14350487

13420

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin vdo. Gualos	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualos.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Garcia.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	19454733
PRIMER NOMBRE	Gil	SEGUNDO NOMBRE	Angel.
PRIMER APELLIDO	Esquivel	SEGUNDO APELLIDO	Gómez
FECHA DE NACIMIENTO	20-04-1960	EDAD	65
TELEFONO	3173030095	SEXO	Masculino
SISBEN	A5	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	102/71	FREC. CARDIACA	100
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con tension arterial dentro de parametros normales. FC sin alteraciones FR sin dificultad..		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 86	TALLA: 1.73	MASA CORPORAL: 28.76271
INTERPRETACIÓN:	Paciente con sobre peso, se recomienda dieta saludable. rica en verduras y fruta	

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 arterial.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Atorvastatina 40mg V.O una diaria Apixavan. 5mg V.O una cada 12 horas. Enalopril 5mg V.O una diaria.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobre peso, se recomienda dieta saludable.
ESTADO FISICO	conserva la fuerza muscular, camina sin dificultad, realiza labores diarias del campo.
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable, se le facilita interactuar con los demas individuos.
APARIENCIA GENERAL	Paciente con piel ajada, sin pigmento en el cabello, arrugas en cara.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.
IDENTIFICACIÓN: 40.419 006.

BENEFICIARIO: J. Angel Esquivel gomez.
IDENTIFICACIÓN: 19454733.

13421

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín v/da. Cuales.	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Cuales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández García.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	17.352715
PRIMER NOMBRE	Jairo	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Almeida.	SEGUNDO APELLIDO	Olivares
FECHA DE NACIMIENTO	17-09-1961	EDAD	63
TELEFONO	3125531067	SEXO	Masculino
SISBEN	N5	RH Y TIPO DE SANGRE	O-

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/60	FREC. CARDIACA	89
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables sin dificultad respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 62.	TALLA: 1.70	MASA CORPORAL: 21.453	
INTERPRETACIÓN:	Paciente con peso y masa muscular dentro de parametros normales.		

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Se recomienda continuar dieta.
ESTADO FISICO	Bueno, tiene fuerza muscular conservada. y realiza labores del campo.
ESTADO EMOCIONAL	se le facilita interactuar con las personas Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Buena, se observa cabello sin pigmento. Piel ajada y arrugas en la cara.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

BENEFICIARIO: Jairo Almeida. O.

IDENTIFICACIÓN: 77352775.

13422

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin vda. Guales	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Cortés.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	4479385
PRIMER NOMBRE	Javier	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Gallego	SEGUNDO APELLIDO	ortiz
FECHA DE NACIMIENTO	16-04-1964	EDAD	60
TELEFONO	3206096093	SEXO	Masculino
SISBEN	B5	RH Y TIPO DE SANGRE	AB+.

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	82
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables sin signos de alteracions		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 58	TALLA: 1.64	MASA CORPORAL: 21.641	
INTERPRETACIÓN:	paciente con indice de Masa corporal que corresponde al peso y la talla. Se recomienda mantener dieta.		

	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):
N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno, su IMC corresponde al peso y talla adecuado.
ESTADO FISICO	Bueno, conserva fuerza y flexibilidad Muscular.
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Paciente con aspeto de una persona descuidada.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006

BENEFICIARIO: Javier Gallego Ortiz.

IDENTIFICACIÓN: 44.79385

13423

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin Vda. Guales	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Garcia.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	79300685
PRIMER NOMBRE	Jhon.	SEGUNDO NOMBRE	Nestor
PRIMER APELLIDO	Martinez	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	28-011-1963	EDAD	61
TELEFONO	3124350021	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH Y TIPO DE SANGRE	ot

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/60	FREC. CARDIACA	96.
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con frecuencia cardiaca entre parametros normales FR sin alteraciones. TA dentro de parametros normales		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 68	TALLA: 175	MASA CORPORAL: 22.734	
INTERPRETACIÓN:	paciente con IMC que corresponde al peso ideal que corresponde a la talla		

	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: Insolina 10 unidades en la noche

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con buen IMC. continuar dieta.
ESTADO FISICO	Buena, conserva fuerza y flexibilidad muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Cambios fisicos normales de la edad, Piel arrugada, ajada, cabello sin pigmento.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40·419 006

BENEFICIARIO: Jhon Nestor Martinez B.

IDENTIFICACIÓN: 79.300.685

13429

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	Cen Martin Vda. Cuales	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Cuales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Cortés.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO	17.352 580
PRIMER NOMBRE	Jorge	SEGUNDO NOMBRE	Alberto
PRIMER APELLIDO	Trujillo	SEGUNDO APELLIDO	Salcedo
FECHA DE NACIMIENTO	23-011-1958	EDAD	65
TELEFONO	311 507 73 01	SEXO	Masculino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	135/85	FREC. CARDIACA	78
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables con tension arterial dentro de parametros normales, frecuencia cardiaca estable		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 101	TALLA: 164	MASA CORPORAL: 37.686
INTERPRETACIÓN:	Paciente con sobre peso, se recomienda dieta saludable, acompañada de ejercicio	

	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 Arterial.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
Losartan de 50mg. V.O cada 12 horas. Nifedipino 25 mg V.O cada 24 horas.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobrepeso
ESTADO FISICO	paciente con disminucion de la marcha
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Paciente con sobre peso, sin pigmentoenel cabello, Piel ajada

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40 419.006.

BENEFICIARIO: Jorge trujillo

IDENTIFICACIÓN: 17352580.

13425

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín y la. Gualas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	17-35385
PRIMER NOMBRE	Jorge	SEGUNDO NOMBRE	Heli
PRIMER APELLIDO	Abril	SEGUNDO APELLIDO	García
FECHA DE NACIMIENTO	8-08-1959	EDAD	66
TELEFONO	313 387 1416	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	100/68	FREC. CARDIACA	82
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente estable con tension arterial dentro de los parametros normales con frecuencias cardiaca normal y sin dificultad Res.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 68	TALLA: 1.68	MASA CORPORAL: 24.1134
INTERPRETACIÓN:	Paciente con sobrepeso se recomienda una dieta saludable	

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

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): Hipertension arterial Artrosis de rodilla.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50mg V.O cada 12 horas.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobrepeso, se recomienda una dieta mas saludable.
ESTADO FISICO	Paciente con disminucion en la marcha debido a la artrosis de rodilla
ESTADO EMOCIONAL	emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	se observa piel alada, cabello sin pigmento arrugas en la piel y cara.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Jorge Abril

BENEFICIARIO: Jorge Heli Abril.

IDENTIFICACIÓN: 17.352.385

13426

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin vda. Guadas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guadas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández García.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	17-353493
PRIMER NOMBRE	José	SEGUNDO NOMBRE	Albeiro
PRIMER APELLIDO	Ríos	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	20-09-1964	EDAD	60
TELEFONO	3144260636	SEXO	Masculino
SISBEN	A3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/50	FREC. CARDIACA	94
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables sin signos de deterioro.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 76	TALLA: 165	MASA CORPORAL: 27.941
INTERPRETACIÓN:	Paciente con sobrepeso se recomienda una dieta saludable acompañada de ejercicio.	

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobrepeso, se recomienda una una dieta dieta saludable.
ESTADO FISICO	Bueno, conserva fuerza y flexibilidad Muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable
APARIENCIA GENERAL	Buena, es un paciente aseada, con signos de envejecimiento, arrugas en cara, piel ajada.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

BENEFICIARIO: Jose Albeiro Rios.

IDENTIFICACIÓN: 17.353.493

13427

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin vda- Gualas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Gorig.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	17.152 905
PRIMER NOMBRE	José	SEGUNDO NOMBRE	Andrés
PRIMER APELLIDO	Matías	SEGUNDO APELLIDO	Alfonso.
FECHA DE NACIMIENTO	18-oct-1945	EDAD	79.
TELEFONO	3223572067	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	140/90	FREC. CARDIACA	95
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con tension arterial elevada. se inicia seguimiento por 5 dias para Valoracion Medica. FC sin alteraciones FR sin alteraciones		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 70	TALLA: 1.70	MASA CORPORAL: 22.517
INTERPRETACIÓN:	se recomienda mantener dieta, para continuar con este IMC.	

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena. Se recomienda mantener dieta saludable.
ESTADO FISICO	Bueno conserva fuerza y flexibilidad muscular
ESTADO EMOCIONAL	emocionalmente estable
APARIENCIA GENERAL	Buena, Corresponde aun paciente aseado

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419006

BENEFICIARIO: Jose andres Macias.

IDENTIFICACIÓN: 17.152.905

13428

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin vda- Gualas	FECHA INGRESO	09- 06- 2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	11. 09. 2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Garcia.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	3283752
PRIMER NOMBRE	José	SEGUNDO NOMBRE	Ismael.
PRIMER APELLIDO	Lozano	SEGUNDO APELLIDO	Gonvito
FECHA DE NACIMIENTO	01-03-1958	EDAD	67
TELEFONO	3115791937	SEXO	Masculino
SISBEN	A4	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	114/60	FREC. CARDIACA	72
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con tension arterial dentro de parametros normales, FC. normal. paciente sin dificultad Respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 66	TALLA: 1.65	MASA CORPORAL: 24.2647
INTERPRETACIÓN:	paciente con masa muscular dentro de parametros normales	

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con buen estado nutricional
ESTADO FISICO	conserva fuerza muscular, Monta cicicleta 30 minutos diarios, realiza labores del campo.
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	cabello sin pigmento, con piel arrugado y ajada.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Irene Hernandez. G.

NOMBRE: Irene Hernandez Garcia

IDENTIFICACIÓN: 40.419 006.

Jose I Lozano

BENEFICIARIO: Jose Ismael Cozano

IDENTIFICACIÓN: 3.283.752.

13429

	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	Ecy Martin V de Guadas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guadas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández García.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	94953 33
PRIMER NOMBRE	José Luis	SEGUNDO NOMBRE	Hermógenes
PRIMER APELLIDO	Bustos	SEGUNDO APELLIDO	Bustos
FECHA DE NACIMIENTO	11-01-1946	EDAD	79
TELEFONO	3144125309	SEXO	Masculino.
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	B+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	100/60	FREC. CARDIACA	96
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables con tension arterial dentro de parametros normales FC. Sin alteraciones FR sin complicaciones		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 53	TALLA: 1.75	MASA CORPORAL: 17.320	
INTERPRETACIÓN:	Paciente con desnutrición, se recomienda una dieta rica en proteina, se le informa su estado nutricional		

	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): Anemia
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Hierro tabletas 3 al dia una en cada comida,

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con desnutricion se recomienda el aumento de proteinas.
ESTADO FISICO	Paciente con poca fuerza muscular, se ofixia y se cansa para hacer cualqar actividad fisica.
ESTADO EMOCIONAL	Paciente poco sociable, se le dificulta interactuar con las personas.
APARIENCIA GENERAL	Apariencia descuidada, se abservan y se marcan las costillas.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez Garcia

IDENTIFICACIÓN: 40.419006.

Jose Luis Hernogenes Bustos Bustal

BENEFICIARIO: Jose Luis Hernogenes B.

IDENTIFICACIÓN: 9.495.333

13430

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín Vda. Guadas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda. Guadas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Gomez.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	17.285.261
PRIMER NOMBRE	José	SEGUNDO NOMBRE	Sain.
PRIMER APELLIDO	Avila.	SEGUNDO APELLIDO	Bustos.
FECHA DE NACIMIENTO	01-09-1961	EDAD	64
TELEFONO	313 582 3841	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	92
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 60	TALLA: 1.68	MASA CORPORAL: 21.2765
INTERPRETACIÓN:	paciente con IMC que corresponde a un peso normal para la talla y la edad.	

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

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES):
N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena su indice de Masa corporal Corresponde a la talla y peso adecuado
ESTADO FISICO	muy buena, conserva fuerza y flexibilidad muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable
APARIENCIA GENERAL	paciente con arrugas en la cara, piel ajada cabello sin pigmento.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Jose San Avila

BENEFICIARIO: Jose San Avila B

IDENTIFICACIÓN: 17.285.261

13431

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin. - Vda Goals	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Goals	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	21.223312
PRIMER NOMBRE	leonilde	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Prieto.	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	12.02.1949	EDAD	76
TELEFONO	3118807117	SEXO	Femenino
SISBEN	B1	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	103/68	FREC. CARDIACA	67
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.
INTERPRETACIÓN	paciente con tension arterial dentro de parametros normales, sin dificultad respiratoria y con ritmo cardiaco estable.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 55	TALLA: 150	MASA CORPORAL: 24.44.17
INTERPRETACIÓN:	paciente con sobrepeso se recomienda una dieta saludable y acompañarla de ejercicio.	

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 Arterial.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan de 50mg V.O cada 12 horas. Anlodipino V.O al dia uno Asa de 100mg V.O una en la noche

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con Sobre peso.
ESTADO FISICO	Buen estado fisico, hace caminatas diarias
ESTADO EMOCIONAL	se relaciona facil con las otras usuarias emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Paciente sin pigmento en el cabello con piel ajado y arrugas en la cara.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez Garcia

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Leonilde Prieto

BENEFICIARIO: leonilde prieto.

IDENTIFICACIÓN: 21.223.312 V/cio

13432

	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	Scn Martin Vda-Cuales	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Cuales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Conde.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO	3246122
PRIMER NOMBRE	Luis	SEGUNDO NOMBRE	Antonio
PRIMER APELLIDO	Moreno	SEGUNDO APELLIDO	Amaya.
FECHA DE NACIMIENTO	11-Agost. 1956	EDAD	68
TELEFONO	3134128584	SEXO	Masculino
SISBEN	A4	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	76
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.7
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables. y sin signos de deterioro.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 54	TALLA: 1.60	MASA CORPORAL: 21096.	
INTERPRETACIÓN:	se recomienda mantener dieta ya que su IMC corresponde al peso y la talla normal		

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	se recomienda continuar con dieta su estado nutricional es bueno.
ESTADO FISICO	Conserva fuerza y flexibilidad muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	cambios fisicos normales de la edad Piel arrugada, ajada, cabello sin pigmento

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.
IDENTIFICACIÓN: 40.419006.

BENEFICIARIO: Luis Antonio Moreno A.
IDENTIFICACIÓN: 32466.22

13433

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Ocalas	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09 2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	17.307150
PRIMER NOMBRE	Luis	SEGUNDO NOMBRE	Abelardo
PRIMER APELLIDO	Muñoz	SEGUNDO APELLIDO	Peña.
FECHA DE NACIMIENTO	06.03.1952	EDAD	73
TELEFONO	3202413976	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/80	FREC. CARDIACA	76
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con tension A. dentro de parametros Normales, FC sin alteraccion sin dificultad Respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 57 K	TALLA: 1.68	MASA CORPORAL: 19.858	
INTERPRETACIÓN:	paciente sin riesgo de desnutricion se recomienda mantener dieta.		

	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):
N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno, se recomienda mantener dieta.
ESTADO FISICO	se observa fuerza muscular y masa conservadas.
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable
APARIENCIA GENERAL	de acorde a la edad, con piel asadas, arrugas en cara. Sin pigmento en cabello

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez C.

IDENTIFICACIÓN: 40.419006.

BENEFICIARIO: Luis Abelardo MUÑOZ P.

IDENTIFICACIÓN: 17.307.150

13434

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Guala.	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	21201716
PRIMER NOMBRE	Luz	SEGUNDO NOMBRE	Emma
PRIMER APELLIDO	Carranza	SEGUNDO APELLIDO	Zabala
FECHA DE NACIMIENTO	18 Mayo 1961	EDAD	63
TELEFONO	3134462043	SEXO	Femenino
SISBEN	B3	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	96.
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables sin signos de deterioro.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 54	TALLA: 1.60	MASA CORPORAL: 21.094	
INTERPRETACIÓN:	paciente con buen IMC que corresponde al peso ideal.		

	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):
N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno sin riesgos de desnutrición
ESTADO FISICO	camina 6. Kilometros diarios para ir al C.V
ESTADO EMOCIONAL	Bueno, sin signos de afectaciones emocionales
APARIENCIA GENERAL	con cambios fisicos normales por la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

BENEFICIARIO: Luz Emma Carranza Z.

IDENTIFICACIÓN: 21.201.716.

13455

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin de Guadas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guadas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández Cortes.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO	4172031
PRIMER NOMBRE	Marco	SEGUNDO NOMBRE	Tulio
PRIMER APELLIDO	Aguilar	SEGUNDO APELLIDO	Malagón
FECHA DE NACIMIENTO	02-06-1957	EDAD	68
TELEFONO	3227271806	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	85
FREC. RESPIRATORIA	19	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables. sin signos de deterioro.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 70	TALLA: 1.60	MASA CORPORAL: 28.125
INTERPRETACIÓN:	paciente con sobre peso, se recomienda una dieta saludable, acompañado de 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):
N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobre peso, se recomienda una dieta saludable.
ESTADO FISICO	Bueno, realiza sus actividades diarias sin dificultad
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Con signos y cambios fisicos normales de la edad

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419006

BENEFICIARIO: Marco Tulio Aguilar M

IDENTIFICACIÓN: 4172031

13436

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín vda - Guelas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guelas.	FECHA DE TOMA DE DATOS	10-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández García.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO	51607876.
PRIMER NOMBRE	María	SEGUNDO NOMBRE	Dolly
PRIMER APELLIDO	Cubides	SEGUNDO APELLIDO	N/A.
FECHA DE NACIMIENTO	17-012-1956	EDAD	68
TELEFONO	3228464930	SEXO	femenino
SISBEN	A5	RH Y TIPO DE SANGRE	ot

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	68
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 70	TALLA: 1.50	MASA CORPORAL: 31.26	
INTERPRETACIÓN:	paciente con obesidad, se recomienda una dieta saludable, baja en grasas y carbohidratos.		

	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 100 mg V.O una en la mañana.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	paciente con obesidad. se recomienda una dieta saludable
ESTADO FISICO	se le dificulta realizar las tareas diarias
ESTADO EMOCIONAL	se le dificulta integrarse con otros individuos.
APARIENCIA GENERAL	con signos y cambios fisicos normales por la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40·419006

Ma. Dolly Cubides

BENEFICIARIO: Maria Dolly cubides.

IDENTIFICACIÓN: 51.607.876

13437

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	28979893
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Dolores
PRIMER APELLIDO	Echeverry	SEGUNDO APELLIDO	Restepo
FECHA DE NACIMIENTO	9-Agosto 1947	EDAD	78
TELEFONO	3103041170	SEXO	Femenino
SISBEN	C7	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	124/60	FREC. CARDIACA	102
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con tension arterial dentro de parametros normales, con frecuenda cardica sin alteraciones. FC sin dificultad.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 60	TALLA: 1.58	MASA CORPORAL: 24.096	
INTERPRETACIÓN:	paciente con IMC que corresponde a la talla y peso normal. se recomienda mantener dieta.		

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 Arterial
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
Enalopril 20 mg V.O una diaria

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buen estado nutricional se recomienda continuar con la dieta saludable
ESTADO FISICO	conserva fuerza y flexibilidad muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Buena, se observa un pacente aseado, con cambios fisicos normales de la edad

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006

Maria Dolores Restrepo

BENEFICIARIO: Maria Dolores Restrepo E.

IDENTIFICACIÓN: 28.979.893

13438

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín vda. Gualas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas	FECHA DE TOMA DE DATOS	10.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández García.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO	30971737.
PRIMER NOMBRE	María	SEGUNDO NOMBRE	Manuela.
PRIMER APELLIDO	Moreno	SEGUNDO APELLIDO	Duque
FECHA DE NACIMIENTO	25. Julio 1964	EDAD	60
TELEFONO	3125864167	SEXO	femenino
SISBEN	A4	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	69
FREC. RESPIRATORIA	19	TEMPERATURA:	36
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables con tension Arterial dentro de parametros normales, sin dificultad respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 82	TALLA: 1.64	MASA CORPORAL: 30.597
INTERPRETACIÓN:	Paciente con sobre peso, se recomienda actividad fisica y dieta saludable.	

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobre peso, se recomienda ejercicio y dieta saludable.
ESTADO FISICO	paciente con fuerza muscular disminuida
ESTADO EMOCIONAL	emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	se observa paciente obesa con cabello sin pigmento

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez

IDENTIFICACIÓN: 40.419006.

BENEFICIARIO: Maria Manuela Moreno D

IDENTIFICACIÓN: 30971737

13439

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín vda-Gualas	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernández García.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO	21-219566
PRIMER NOMBRE	María	SEGUNDO NOMBRE	Oliva
PRIMER APELLIDO	Ortiz	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	01-12-1942	EDAD	82
TELEFONO	3202413976	SEXO	femenino
SISBEN	C7	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	125/78	FREC. CARDIACA	75
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables sin signos al deterioro		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 60	TALLA: 1.56.	MASA CORPORAL: 24.0024	
INTERPRETACIÓN:	paciente con IMC que corresponde a un peso dentro de parametros normales.		

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): Hipertension Arterial
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: Losartan 50 mg V.O una cada 12 horas.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con buen estado nutricional
ESTADO FISICO	realiza sus actividades diarias sin dificultad
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	con cambios fisicos normales por la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G
IDENTIFICACIÓN: 40.419006

Maria Dolores Restrepo

BENEFICIARIO: Maria Dolores restrepo
IDENTIFICACIÓN: 28.979.893

13440

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09-06-2025
DIRECCIÓN	Vereda Guaclas	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	20 546.134
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Rebeca
PRIMER APELLIDO	Barbosa	SEGUNDO APELLIDO	Garay
FECHA DE NACIMIENTO	14.NOV.1963	EDAD	61
TELEFONO	320 218 0872	SEXO	Femenino
SISBEN		RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	98/56	FREC. CARDIACA	61
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con signos vitales estables con tension dentro de parametros normales, sin dificultad respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 54	TALLA: 1.55	MASA CORPORAL: 22.55	
INTERPRETACIÓN:	se recomienda continuar con la dieta que lleva.		

	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):
Colesterol y Triglicericos.
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
Astorivastatina una vlo oral cada 24 /h.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno se recomienda continuar con la dieta que lleva.
ESTADO FISICO	Paciente con muy buena marcha caminq 5 Kilometros al dia.
ESTADO EMOCIONAL	Paciente emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	se observa el cabello sin pigmento en la cara tiene arrugas y piel ajada.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

María Rebeca Barbosa Garay

BENEFICIARIO: Maria Rebeca Barbosa Garay

IDENTIFICACIÓN: 20 546 134

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Guabal.	FECHA DE TOMA DE DATOS	09.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	17.324034
PRIMER NOMBRE	Mario	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Munar	SEGUNDO APELLIDO	Villanueva.
FECHA DE NACIMIENTO	23-Enero. 1958	EDAD	67
TELEFONO	3203742272	SEXO	Masculino
SISBEN	B1	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	129/71	FREC. CARDIACA	64
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables TA sin alteraciones. FC. Sin complicaciones.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 48	TALLA: 160	MASA CORPORAL: 18750
INTERPRETACIÓN:	Paciente con bajo peso, se recomienda una dieta saludable rica en proteinas.	

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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con desnutricion, se recomienda una dieta rica en proteinas
ESTADO FISICO	Bueno, realiza las actividades diarios sin dificultad
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable
APARIENCIA GENERAL	se observa un paciente aseada, con piel ajada arrugada Normales por la edad.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419006

Mario Munar

BENEFICIARIO: Mario Munar Villanueva.

IDENTIFICACIÓN: 17.324.034

13442

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Cuales.	FECHA DE TOMA DE DATOS	09.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	21.200.945
PRIMER NOMBRE	Nasdelly	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Arbdeda	SEGUNDO APELLIDO	Fernandez.
FECHA DE NACIMIENTO	18.Julio.1958	EDAD	67
TELEFONO	3107583326	SEXO	Femenino
SISBEN	B7	RH Y TIPO DE SANGRE	AB+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/60	FREC. CARDIACA	78
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con tension arterial dentro de parametros normales, Fc sin alteraciones FR sin alteraciones.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 62	TALLA: 1.50	MASA CORPORAL: 21.6095
INTERPRETACIÓN:	Paciente con IMC que corresponde a la talla y el peso se recomienda mantener dieta.	

	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:
insulina cristalina 40 unidades en la noche

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena, se recomienda mantener dieta.
ESTADO FISICO	Buena, conserva la fuerza muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Paciente con piel ajada, arrugada, sin Pigmento en el cabello.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Nasdelly Arboleda

BENEFICIARIO: Nasdelly Arboleda Fernandez.

IDENTIFICACIÓN: 21.200.945

13443

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Guala	FECHA DE TOMA DE DATOS	09.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez 6		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	51 854.814
PRIMER NOMBRE	Nelly	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Almeida	SEGUNDO APELLIDO	Olivarez
FECHA DE NACIMIENTO	27.04.1963	EDAD	62
TELEFONO	312 553 1067	SEXO	Femenino
SISBEN		RH Y TIPO DE SANGRE	O−

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	100/65	FREC. CARDIACA	74
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con tension arterial dentro de parametros normales, sin alteracion en el ritmo cardiaco y sin dificultad respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 63	TALLA: 1.58	MASA CORPORAL: 25.30120
INTERPRETACIÓN:	Paciente con sobrepeso se recomiendo dieta saludable y acompañada de ejercicio	

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con sobrepeso de recomienda dieta Saludable.
ESTADO FISICO	Bueno, camina 4 kilometros diarid conserva fuerza muscular
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Paciente con sobrepeso, cabello sin pigmento con piel flacida.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419006.

BENEFICIARIO: Nelcy Almeida O

IDENTIFICACIÓN: 51854519

13449

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Goalas	FECHA DE TOMA DE DATOS	09.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40.355734
PRIMER NOMBRE	Nelly	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Leonas	SEGUNDO APELLIDO	Hernandez
FECHA DE NACIMIENTO	5 Julio 1965	EDAD	60
TELEFONO	320 4158005	SEXO	Femenino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	FREC. CARDIACA	74
FREC. RESPIRATORIA	19.	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables con tension arterial normal, Fc. sin alteraciones sin dificultad respiratoria.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: SI	TALLA: 1.61	MASA CORPORAL: 19.691
INTERPRETACIÓN:	Paciente con buena masa muscular y peso se recomienda continuar con la dieta.	

	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): Cardiomegalia. en estudio
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno. se recomienda continuar con Dieta.
ESTADO FISICO	Paciente con mal estado físico se afixia para la marcha.
ESTADO EMOCIONAL	Paciente que le le dificulta relacionarse con otros individuos, refiere tristeza por su estado de salud.
APARIENCIA GENERAL	Buena, se observa cabello sin pigmento

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.
IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Nelly Leónas

BENEFICIARIO: Nelly Leónas
IDENTIFICACIÓN: 40.355.734

13445

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martín	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Goalas	FECHA DE TOMA DE DATOS	09.09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	17.285.198
PRIMER NOMBRE	Nelson	SEGUNDO NOMBRE	Gil
PRIMER APELLIDO	Gallego	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	19 Enero 1958	EDAD	67
TELEFONO	320 467 07 40	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	A+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/68	FREC. CARDIACA	75
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con ritmo cardiaco estable con tension dentro de parametros normales y sin dificultad respiratoria		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 67	TALLA: 1.77	MASA CORPORAL: 21.40575
INTERPRETACIÓN:	paciente que subio de peso 2 Kilos. mejorando su indice de masa muscular	

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

5. ESTADO DE SALUD
5.1 ENFERMEDAD (ES) ACTUAL (ES): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con buen estado nutricional mejorado dentro del C.V.
ESTADO FISICO	Bueno. se le facilita la marcha caminq 2k
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable, se le facilita la comunicacion con los otros individuos
APARIENCIA GENERAL	Pacien con el cabello sin pigmento se observan arrugas en la cara.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40·419 006.

BENEFICIARIO: Nelson Gil Gallego

IDENTIFICACIÓN: 17·285·198·

13146

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Gualas	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC.	NÚMERO	17303030
PRIMER NOMBRE	Nicolas	SEGUNDO NOMBRE	N/A
PRIMER APELLIDO	Usecha	SEGUNDO APELLIDO	Diaz
FECHA DE NACIMIENTO	17-Nov. 1948	EDAD	77
TELEFONO	314.357.5386	SEXO	Masculino
SISBEN	A3	RH Y TIPO DE SANGRE	O-

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	110/60	FREC. CARDIACA	87
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	Paciente con tension arterial dentro de parametros normales, Fc sin alteraciones. F.R sin dificultad.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO: 72	TALLA: 1.68	MASA CORPORAL: 25.531
INTERPRETACIÓN:	Paciente con indice de masa muscular dentro de parametros normales.	

	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): N/A
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL: N/A

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno. Se recomienda continuar con la dieta.
ESTADO FISICO	conserva fuerza muscular, realiza labores del campo.
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Piel ajada y arrugada. sin pigmento en el cabello

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419006.

Nicolas recibe Dios

BENEFICIARIO: Nicolas Utreche

IDENTIFICACIÓN: 17.303.030

13447

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	0906.2025
DIRECCIÓN	Vereda Guala	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-09.2025
QUIEN ATIENDE	Irene Hernandez G		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	14484781
PRIMER NOMBRE	Pedro	SEGUNDO NOMBRE	Pablo
PRIMER APELLIDO	Castro	SEGUNDO APELLIDO	Rosero
FECHA DE NACIMIENTO	29-Junio 1964	EDAD	61
TELEFONO	3138328950	SEXO	Masculino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	O+

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	90/60	FREC. CARDIACA	82
FREC. RESPIRATORIA	21	TEMPERATURA:	36.
INTERPRETACIÓN	Paciente con signos vitales estables sin alteracion en ninguno de ellos.		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 55	TALLA: 1.80	MASA CORPORAL: 1875	
INTERPRETACIÓN:	paciente con bajo peso, se recomienda una dieta rica en proteinas		

	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):
Ulcera gastrica
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
Omeprazol 20 mg V.O una al dia.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con bajo peso, se recomienda una dieta rica en proteinas.
ESTADO FISICO	conserva fuerza muscular
ESTADO EMOCIONAL	emocionalmente estable
APARIENCIA GENERAL	con cambios fisicos normales por la edad

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.

IDENTIFICACIÓN: 40.419.006

BENEFICIARIO: Pedro Pablo castro Rosero

IDENTIFICACIÓN: 164.84781

13448

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

BITÁCORA SEGUIMIENTO

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	San Martin	FECHA INGRESO	09.06.2025
DIRECCIÓN	Vereda Guales	FECHA DE TOMA DE DATOS	09-09-2025
QUIEN ATIENDE	Irene. Hernandez G		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	27 202286
PRIMER NOMBRE	Sandra	SEGUNDO NOMBRE	Mercedes
PRIMER APELLIDO	Suarez	SEGUNDO APELLIDO	N/A
FECHA DE NACIMIENTO	07. Nov. 1964.	EDAD	60
TELEFONO	312 575 1628	SEXO	Femenino
SISBEN	B2	RH Y TIPO DE SANGRE	A+.

3. SIGNOS VITALES			
TENSIÓN ARTERIAL	120/70	FREC. CARDIACA	76.
FREC. RESPIRATORIA	20	TEMPERATURA:	36.5
INTERPRETACIÓN	paciente con tension arterial dentro de parametros normales. Fc sin complicaciones. FR sin dificultad		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
PESO: 84	TALLA: 1.64	MASA CORPORAL: 31.343	
INTERPRETACIÓN:	paciente con obesidad, se recomienda una dieta saludable acompañanda 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):
Hipertensión Arterial
5.2 TRATAMIENTO ACTUAL:
Losartan 50 mg V.O cada 12 horas.

6 VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Paciente con obesidad., se recomienda una dieta Saludable.
ESTADO FISICO	Paciente que se le dificulta realizar los actividades diarios
ESTADO EMOCIONAL	Emocionalmente estable.
APARIENCIA GENERAL	Paciente oscada, con arrugas en cara, piel ojada, y el cabello sin pigmento

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Irene Hernandez G.
IDENTIFICACIÓN: 40.419.006.

Sandra Mercedes

BENEFICIARIO: Sandra Mercedes Suarez
IDENTIFICACIÓN: 21.202.285

13449

	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 DE INFORME	23/09/2025
PERIODO INFORME	25 DE AGOSTO AL 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
CENTRO VIDA	PALMERAS
NOMBRE TECNICO	SIRLENY RIVERA BERNAL
CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL	contribuir a la atención general de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono social, mediante la ejecución de actividades asistenciales y de apoyo en la salud dentro de la modalidad Centro vida para el adulto Mayor del municipio de San Carlos de Guaroa vereda Palmeras Centro del departamento del Meta, promoviendo el bienestar fisico y emocional de los beneficiarios
OBJETIVOS ESPECIFICOS	✓ 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, 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 garantizado la trazabilidad de la atención prestada.

3. OBLIGACIOINES O FUNCIONES

OBLIGACION O FUNCIONES	**DESCRIPCION**
Dar apertura de la hoja de vida de los adultos mayores con la valoración inicial	La valoración inicial se llevó a cabo generalmente a través de una entrevista estructurada con el adulto mayor, con algunos adultos mayores se obtuvo información de terceros como: un familiar o cuidador, para asi diligenciar la totalidad de las hojas de vida con la información correcta. En el **Centro Vida de PALMERAS**, se obtuvo un ambiente cómodo, respetuoso y de confianza para el adulto mayor. **VER ACTIVIDAD 4.1**
Diligenciar las bitácoras de cada adulto mayor	Me permito comunicar que, durante el presente periodo contractual, en el **Centro Vida de PALMERAS** se diligenciaron las bitácoras de seguimiento conforme al cronograma, con una periodicidad de cada 30 días, registrando de manera detallada el estado actual y la evolución de cada uno de nuestros beneficiarios. **VER ACTIVIDAD 5.1**

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

Brindar atención básica en salud a los adultos mayores beneficiarios del programa.	Se realizó la atención básica en salud, donde la primera línea de defensa para el bienestar de los adultos mayores fue exitosa, permitiendo un seguimiento cercano y la intervención oportuna para preservar su salud y mejorar su calidad de vida en el marco del programa. **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 realizó todos los controles con equipos calibrados y por personal capacitado, asegurando la privacidad y comodidad del adulto mayor. Donde se obtuvo como resultados los registrados meticulosamente en las bitácoras individuales de cada beneficiario. **VER ACTIVIDAD 4.3**
Apoyar en actividades de autocuidado de los adultos mayores, asegurando condiciones de dignidad, respeto y bienestar.	Se brindó el apoyo en las actividades de autocuidado donde se centró en asistir a los adultos mayores en aquellas tareas, debido a limitaciones físicas o cognitivas, o que ya no pueden realizar por sí mismos o requieren ayuda. Esta asistencia se realizó guiada por los principios de dignidad, respeto y bienestar. **VER ACTIVIDAD 4.4, 4.5, y 4.6**
Llevar registros diarios y detallados de las atenciones prestadas, como alimentación y demás.	Se realizó los registros diarios y detallados de las atenciones prestadas, puesto que es una práctica indispensable en cualquier programa de cuidado de adultos mayores. Estos registros no solo documentan el trabajo realizado en el Centro Vida de PLAMERAS, sino que también son herramientas vitales para el seguimiento individualizado, la toma de decisiones informadas y la garantía de la calidad de la atención integral del programa como la entrega de: refrigerios, almuerzos. **[VER ANEXO 1]**
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	Se realizó en el presente periodo desarrolle las siguientes actividades las cuales les ayudan inmensamente a mejorar la calidad de vida de nuestros adultos mayores en temas relacionados con la promoción y la prevención de las enfermedades propias de la edad adulta. Tales como: 1 charla enfermedades respiratorias 2 charla de parasitosis 3 charla prevención caídas y accidentes del adulto mayor 4 charla salud oral 5 charla cardiovascular **VER ACTIVIDAD 4.7, 4.8, 4.9, 5, 5.2,**
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.	Me permito informar que, durante el presente periodo, en el **Centro Vida** de **PALMERAS** no se identificaron beneficiarios con signos de alerta o deterioro severo en su estado de salud que hayan requerido de la intervención directa por parte de los profesionales de salud asignado para ello.
Colaborar con el equipo interdisciplinario (psicólogos,	En el **Centro Vida** de **PALMERAS**, nos colaboramos y mantenemos una comunicación fluida con cada profesional contratado por la

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

nutricionistas, manipuladoras, instructores) para garantizar una atención integral a los beneficiarios.	Unión Temporal, donde contribuimos a que el equipo interdisciplinario tenga una visión completa de las necesidades de cada adulto mayor.
Cumplir con el horario y cronograma de actividades definido por la Unión Temporal y asistir de manera puntual a los encuentros programados.	Cumplí con el horario según mi contrato laboral, siendo puntual diariamente y también cumplí con el cronograma puesto que es una responsabilidad profesional directa que impacta la calidad y la efectividad del programa para mejorar la vida de los adultos mayores.
Guardar estricta confidencialidad respecto a la información personal, médica y social de los adultos mayores atendidos.	Durante la ejecución del contrato hubo confidencialidad, respeto a la información obtenida, ya que un acto de profundo respeto hacia la dignidad y los derechos de cada adulto mayor que atendí. Es esencial para construir un ambiente de seguridad y confianza.
Mantener una conducta ética, respetuosa y profesional, fomentando un ambiente de trato digno, cordial y empático con los beneficiarios.	Se mantuvo una buena conducta con los adultos mayores del programa, ofreciéndoles un buen bienestar emocional y psicológico, también un ambiente de respeto y empatía.
Rendir informes periódicos de ejecución, incluyendo evidencias del servicio prestado, según lo solicite la Unión Temporal.	Se elaboró informes periódicos cumpliendo con lo requerido por la Unión Temporal, puesto que es una mera formalidad, sino un componente vital para la gestión, donde se mejora continua y sostenibilidad del programa de atención a adultos mayores.
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 rigurosamente las normas de la Unión Temporal, cumpliendo con mis obligaciones contractuales, siendo un profesional responsable que asegura la eficacia, la seguridad y la ética en la labor que desempeñas, garantizando el bienestar de los adultos mayores.
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.	Durante la ejecución del contrato se guardó la absoluta reserva, puesto que es una manifestación directa de la ética como profesional y de respeto por la intimidad y la dignidad de los adultos mayores que atiendo, asegurando un ambiente de confianza y seguridad fundamental para su bienestar.
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.	Se ejecutó en el **Centro Vida** de **PALMERAS** bajo el marco de las instrucciones y la supervisión de la Unión Temporal todas mis funciones asignadas. Captando las directrices con precisión es fundamental para la coherencia y el éxito del programa de atención a adultos mayores
Cuidar permanentemente los intereses de la Unión Temporal.	Cumplí con la responsabilidad y pertenencia de mantener bajo reserva los intereses de la Unión Temporal, logrando el éxito colectivo del programa de atención a adulto mayor, y donde mi compromiso contribuyo a la solidez y eficacia de la organización en su misión social.
Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones.	Realice la totalidad de la jornada a mis funciones, cumpliendo con a cabalidad, puesto que es un compromiso de enfoque, calidad y eficiencia que aseguro el éxito de la prestación que brinde al adulto mayor y el impacto fue positivo del programa en la vida de los adultos mayores.

13452

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

Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que efectúe la Unión Temporal a las cuales hubiere sido citado.	Durante la ejecución del contrato programe diariamente la organización del servicio de auxiliar de enfermería, donde pueden constatar con mis demás compañeros, la asistencia puntual al **Centro Vida** de **PALMERAS**, también cumplí con toda la dirección de la Unión Temporal para brindar la mejor atención a los adultos mayores.
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.	Durante la ejecución del contrato brinde un entorno de trabajo positivo y eficiente que, en última instancia, se traduce en una atención de mayor calidad y un bienestar integral para los adultos mayores.
Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con la Unión Temporal.	Cumplí con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina comprometido y proactivo de la Unión Temporal, donde directamente brinde un servicio de alta calidad y un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores.
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 DE ACTIVIDADES

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.

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

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ACTIVIDAD 4.1

ACTIVIDAD	ORACION DEL DIA
FECHA DE DESARROLLO	26 DE AGOSTO DEL 2025
OBJETIVO	Promover la vivencia integral de la oración como experiencia cotidiana de encuentro con Dios, cultivando una relación íntima y transformadora que nutra la fe, inspire gratitud, fortalezca el discernimiento espiritual y abra espacio para el silencio, la escucha y la adoración como actos de confianza y entrega.
RECURSOS UTILIADOS	Biblia y la fe de cada participante
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Se realizo la oración diaria dando gracias a Dios, esta oración sirvió para estar mas unidos espiritualmente
CONCLUCIONES	La jornada de oración se vivió con profunda fe y gratitud, guiada por la Palabra y fortalecida por la participación de los abuelos, quienes expresaron su sentido de pertenencia y compromiso espiritual. Este encuentro no solo reafirmó la importancia de agradecer, sino que también consolidó la oración como un espacio comunitario de escucha, adoración y confianza en Dios.
EVIDENCIA FOTOGRAFICA	





13454

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

ACTIVIDAD 4.2

ACTIVIDAD	TOMA DE SIGNOS VITALES
FECHA DE DESARROLLO	3 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
OBJETIVO	La actividad permitió que los adultos mayores se acercaran con confianza al monitoreo de sus signos vitales, reconociendo esta práctica como una herramienta accesible para cuidar su bienestar. En un ambiente de respeto y afecto, se fortaleció su autonomía y se promovió el aprendizaje compartido, dejando sembrada la importancia de estar atentos a las señales del cuerpo como acto de amor propio y prevención.
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.
CONCLUCIONES	Gracias a la atención ofrecida, fue posible identificar señales tempranas que requerían seguimiento, brindar orientación preventiva oportuna y fortalecer el compromiso de los beneficiarios con su propio cuidado. Este proceso no solo aportó a la salud física, sino que también promovió una cultura de autocuidado y confianza, donde cada persona se reconoce como protagonista activa de su bienestar.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





13455

	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

ACTIIVDAD	Decoración del centro vida mes de amor y amistad
FECHAS DE DESARROLLO	10 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
OBJETIVO	Fortalecer los vínculos afectivos y el sentido de pertenencia entre los adultos mayores mediante la decoración colaborativa del Centro Vida, celebrando el mes de amor y amistad como una oportunidad para expresar cariño, compartir memorias y crear un ambiente cálido, alegre y significativo que refleje el valor de cada persona en la comunidad.
RECURSOS UTILIZADOS	Sillas, cartón, tijeras, temperas, marcadores
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Los adultos mayores decoraron el Centro Vida con corazones, mensajes y flores hechas a mano, compartiendo recuerdos y expresiones de cariño en un ambiente alegre y participativo.
CONCLUCIONES	La decoración del Centro Vida se convirtió en una expresión colectiva de afecto y alegría, fortaleciendo los lazos entre los adultos mayores y creando un ambiente cálido que celebró el valor de la amistad y el amor en comunidad.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





13456

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

ACTIVIDAD 4.5

ACTIVIDAD	CAMINATA LUDO RECREATIVA
FECHA DE DESARRRLLO	19 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
OBJETIVO	Fortalecer la autoestima y el sentido de pertenencia, generando espacios de interacción afectiva que promuevan el respeto, la alegría compartida y el vínculo comunitario entre los adultos mayores.
RECURSOS UTILIZADOS	Agua para hidratación
ACTIVIDAD DESARROLLADA	Breve calentamiento físico y recordatorio de los mensajes clave sobre la charla cardiovascular
CONCLUCIONES	La caminata fortaleció el bienestar físico y emocional de los adultos mayores, promoviendo la socialización en un entorno natural y saludable que reafirmó el valor de compartir, moverse y disfrutar en comunidad.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





13457

	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	DESARROLLO DE MANUELIDADES EN FOMI
FECHA DESARROLLO	17 DE SEPTIEMBRE DEL 2025
OBJETIVO	Estimular la creatividad y la motricidad fina de los adultos mayores mediante la elaboración de carteras en fomi, promoviendo la expresión personal y el disfrute colectivo.
RECURSOS UTILIZADOS	Fomi, colbón, tijeras imaginación
ACTIVIDAD DESARROLLADA	La actividad se llevó a cabo en un ambiente alegre y participativo, donde los adultos mayores recibieron materiales como fomi, tijeras, pegante y moldes sencillos. Con apoyo del equipo facilitador, cada participante diseñó y armó su propia cartera, eligiendo colores y decoraciones a su gusto. Durante el proceso, se compartieron ideas, risas y elogios, fortaleciendo la creatividad, la motricidad fina y el compañerismo. Al finalizar, se realizó una pequeña exposición para celebrar el trabajo de todos.
CONCLUCIONES	La creación de carteras en fomi permitió a los adultos mayores expresar su creatividad, fortalecer su motricidad fina y disfrutar de un espacio de convivencia alegre, donde el arte se convirtió en vehículo de afecto y participación.

ECIDENCIA FOTOGRAFICA





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

ACTIVIDAD 4.7

ACTIVIDAD	CHARLA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
FECHA DE DESARROLLO	25 / AGOSTO / 2025
OBJETIVOS	Brindar información clara y preventiva sobre las enfermedades respiratorias, promoviendo el reconocimiento de síntomas, el autocuidado y la adopción de hábitos saludables entre los participantes.
RECURSOS UTILIZADOS	Participación de abuelos y preguntas
ACTIVIDAD DESARROLLADA	La charla se realizó en un espacio cómodo y participativo, donde los adultos mayores recibieron información sobre las principales enfermedades respiratorias, sus síntomas, factores de riesgo y medidas preventivas. Se utilizaron láminas ilustrativas y ejemplos cotidianos para facilitar la comprensión. Los participantes hicieron preguntas, compartieron experiencias y recibieron recomendaciones prácticas sobre el uso adecuado del tapabocas, la ventilación de espacios y la importancia de acudir al médico ante señales de alerta.
CONCLUSIONES	La charla permitió a los adultos mayores comprender mejor las enfermedades respiratorias, identificar señales de alerta y adoptar medidas preventivas, fortaleciendo así su autocuidado y empoderamiento en salud.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





13459

	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 PARASITOSIS
FECHA DE DESARROLLO	05 / SEPTIEMBRE / 2025
OBJETIVO	Informar y sensibilizar a los participantes sobre la parasitosis, sus causas, síntomas y medidas de prevención, promoviendo hábitos de higiene y autocuidado para mejorar la salud individual y comunitaria.
RECURSOS UTILIZADOS	Cartelera, lápiz, marcadores
ACTIVIDAD DESARROLLADA	La charla se llevó a cabo en un espacio participativo y educativo, donde los adultos mayores recibieron información sobre qué es la parasitosis, sus síntomas, formas de contagio y medidas de prevención. Se utilizaron ejemplos cotidianos, material visual y dinámicas de preguntas para facilitar la comprensión. Los participantes compartieron experiencias, resolvieron dudas y recibieron recomendaciones prácticas sobre higiene personal, manejo de alimentos y cuidado del entorno.
CONLUCIONES	La charla permitió a los adultos mayores comprender la importancia de la higiene y la prevención frente a la parasitosis, fortaleciendo su conocimiento y compromiso con prácticas saludables que protegen su bienestar y el de su entorno.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





13460

	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 CAIDAS Y ACCIDENTES ADULTO
FECHA DE DESARROLLO	11 / SEPTIEMBRE / 2025
OBJETIVO	Sensibilizar a los adultos mayores sobre los factores de riesgo asociados a caídas y accidentes, promoviendo prácticas de prevención que fortalezcan su autonomía, seguridad y calidad de vida.
RECURSOS UTILIZADOS	Cartelera, esferos marcadores
ACTIVIDAD DESARROLLADA	La charla se llevó a cabo en un ambiente participativo y respetuoso, donde se abordaron las causas más comunes de caídas en adultos mayores, como la debilidad muscular, el uso de medicamentos, la iluminación deficiente y los obstáculos en el hogar. Se utilizaron recursos visuales, ejemplos cotidianos y dinámicas interactivas para facilitar la comprensión. Los participantes compartieron experiencias personales, resolvieron dudas y recibieron recomendaciones prácticas sobre cómo adaptar sus espacios, mejorar el equilibrio y prevenir accidentes en su vida diaria.
CONCLUCIONES	La actividad permitió a los adultos mayores identificar riesgos y adoptar medidas preventivas para evitar caídas y accidentes, fortaleciendo su confianza, autonomía y compromiso con el autocuidado. Además, se promovió un entorno de aprendizaje colectivo que reforzó el valor de cuidarse mutuamente en comunidad.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





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

INFORME DE ACTIVIDADES

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

5. LISTADO DE USUARIOS

	NOMBRE	CEDULA	DIRECCIÓN	BARRIO	MUNICIPIO	CELULAR	SISBEN	EDAD	FECHA NAC	EPS	CAMISA	PANTALON	CALZADO
1	ALIRIO LIMA	3.287.450	CL 3 01	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3212207633	B4	83	01/03/1941	CAPITAL SALUD	M	M	42
2	ANA DOLORES OLIVEROS	21.173.312	CL 3 3	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3158660039	A4	70	15/04/1954	CAPITAL SALUD	S	S	34
3	ANA GLORIA SANCHEZ OREJUELA	21.239.734	CR 1 08	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3182774755	B7	70	03/05/1954	CAPITAL SALUD	M	M	35
4	ANCIZAR TORRES RAMIREZ	12.100.225	CR12 16	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3154903456	B3	76	12/09/1948	CAPITAL SALUD	L	L	42
5	ANUNCIACION MELO	28.795.638	CL 3 15	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3184526677	B3	78	25/03/1946	CAPITAL SALUD	M	M	36
5	BENJAMIN SANCHEZ ARIAS	3,270, 153	SALIDA MORICHAL	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3168324145	A5	82	12/08/1942	CAPITAL SALUD	L	L	40
7	BERNARDA DE LOS ANGELES DUQUE	24.999.476	CL 3 5	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3125396815	B1	64	28/04/1960	CAPITAL SALUD	XL	XL	38
8	BLANCA EVELIA MONTENEGRO HERNANDEZ	40.315.040	CS 28	VILLA MARIA	SAN CARLOS DE GUAROA META	3160747226	B1	79	04/04/1945	CAPITAL SALUD	L	L	37
9	BLANCA INES LOPEZ VALVUENA	21, 052,178		PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3106564516	A4	88	25/08/1936	CAPITL SALUD	L	L	35
10	ELVIA MARIA CORDOBA	21.198.901	CR 3 09	PALMERAS	SAN CARLOS .DE GUAROA META	3160707396	B7	91	18/09/1933	CAPITAL SALUD	L	L	37
11	ESTEBAN CANDIA CANDIA	2.311.196	CL 2 5	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3168324145	B7	89	15/06/1935	CAPITAL SALUD	L	L	42
12	EYSENHOVER CARDENAS RODRIGUEZ	17.290.203	CL 5 31	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3104834873	A5	78	21/10/1946	CAPITAL SALUD	XL	XL	42
13	HILDA MARIA FRANCO TUNJANO	20.749.975	CR 5 28	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3156936040	B7	67	25/11/1957	CAPITAL SALUD	L	L	36
14	IGNACIO MEDINA MORALES	7.060.225	CL 3 5 02	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3172303004	A5	62	26/01/1962	CAPITAL SLUD	L	L	42
15	JOSE ARTURO HERNANDEZ SALGADO	6.493.218	MZ 5 CS 2	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3161723584	A3	81	05/02/1944	NUEVA EPS	L	L	40
16	JOSE CELESTINO VARGAS SIERRA	3.290.612	CR 1 11	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3183507767	C10	81	23/01/1943	NUEVA EPS	M	M	41
17	JOSE ORLANDO GONZALEZ	17,304, 215	LT BAMBU	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3172557306	C10	82	23/03/1943	NUEVA EPS	L	L	42
18	JOSE ORLANDO ROJAS	1,026, 576,327	TRNS VERA L 2	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3102707005	C2	60	15/04/1969	NUEVA EPS	L	L	40
19	LUIS ALEJANDRO PARRA MERCHAN	4.084.857	CR 12 16	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3212606070	B3	69	26/12/1955	CAPITAL SALUD	L	L	38
20	MARGARITA GUTIERREZ	40.438.861	MZ D CS 21	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3178803060	C5	67	17/06/1957	CAPITAL SLAUD	M	M	35
21	MARIA AMPARO AMAYA	40.437.046	CR5 50	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	31877130	B2	62	15/02/1962	CAPITL SALUD	M	M	37
22	MARIA DEL CARMEN MONTAÑEZ LOPEZ	21.225.839	CL 2 CR 5	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3177223661	B7	75	15/01/1949	CAPITAL SALUD	XL	XL	39
23	MARIA GILMA SANCHEZ SAICEDO	30.996.067	CL 3 CR 4	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3175403670	B6	78	02/12/1946	CAPITAL SALUD	L	L	37

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

INFORME DE ACTIVIDADES

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

24	MARIA LILIA VELASQUEZ HERRERA	40.350.003	SALIDA MORICHAL	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3168324145	A5	74	11/01/1950	CAPITAL SALUD	L	L	37
25	MARIA OFELIA MAPE YAIMA	28.647.514	LT 6	BAMBU	SAN CARLOS DE GUAROA META	3146662856	B2	67	22/12/1957	CAPITAL SALUD	L	L	36
26	MARIA SUNILDA GONZALEZ LIMA	30.996.068	CL3 S2	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3169522979	A4	73	05/10/1951	CAPITAL SALUD	L	L	37
27	MERCEDES MARTINEZ CIPRIAN	21.188.906	CL3 32	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3160497725	C3	64	25/09/1960	CAPITAL SALUD	M	M	36
28	MIRIAN CARDONA HERNANDEZ	38.862.359	MZ E LT 5	TRIUNFO	SAN CARLOS DE GUAROA META	3161723584	B2	65	16/09/1959	CAPITAL SALUD	M	M	36
29	NOHEMI CABRERA	25.633.210	CL 3 17	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3102707070	A3	81	21/01/1943	NUEVA EPS	S	S	36
30	OTONIEL HERACLIO DUQUE MONCADA	4.527.188	CL 3 20	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3182803620	B4	71	09/08/1952	CAPITAL SLAUD	S	S	36
31	PEDRO PABLO AGUILERA RODRIGUEZ	323.346	CR 5 28	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3156936040	B7	80	15/06/1944	CAPITAL SALUD	L	L	40
32	RAFAEL ANTONIO PARRA RAMIREZ	18.220.567	CSA 64	VILLA MARIA	SAN CARLOS DE GUAROA META	3182607020	B3	73	25/09/1951	CAJA COPI	M	M	39
33	REINULFO MEDINA LOPEZ	4.894.245	CL 9	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3144427066	A3	71	09/02/1952	CAPITAL SALUD	M		40
34	RODRIGO DE JESUS MEJIA LOPEZ	473.968	CL 31 C 41	CENTRO	SAN CARLOS DE GUAROA META	3142077345	B7	82	19/10/1942	CAPITAL SALUD	L	L	42
35	ROSALBA RINCON	21.207.683		PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3183741866	A5	66	20/03/1959	CAPITAL SALUD	L	L	36
36	ROSALVA VARGAS	63.313.419	CR 5 13	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3161723584	B4	71	19/05/1953	NUEVA EPS	M	M	39
37	ROSANA GONZALEZ FLOREZ	40.375.784	CL 3 03	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3184526677	B2	70	11/12/1953	CAPITAL SALUD	M	M	35
38	ROSARIO CLAVIJO GUZMAN	21.232.526	CL4 35	PALMERAS	SAN CARLOSDE GUAROA META	3155605667	B2	68	03/03/1956	CAJA COPI	M	M	37
39	SAUL CASTRO CASTRO	4.177.635	CL3 02	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3186737564	B6	86	30/05/1938	CAPITAL SALUD	XL	XL	42
40	TERESA MEDINA CASTRO	36.148.285	CL 1 18	PALMERAS	SAN CARLOS DE GUAROA META	3102808824	B4	75	06/06/1949	CAPITAL SALUD	M	M	36

6. NOVEDADES PRESENTADAS

7. N°	FECHA NOVEDAD	DESARROLLO NOVEDAD
1	23/09/2025	se deja como novedad la entrega de los documentos en físico como listado de beneficiarios, inscripciones, valoraciones iniciales y bitácoras del mes de julio, agosto y septiembre los cuales reposan en un az en la oficina de la unión temporal adulto mayor

13463

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

ACTIVIDAD 5

ACTIVIDAD	CHARLA SALUD ORAL
FECHA DE DESARROLLO	18 / SEPTIEMBRE / 2025
OBJETIVO	Promover el cuidado de la salud oral en los adultos mayores, brindando información preventiva y práctica que contribuya a mejorar su calidad de vida y bienestar general.
RECURSOS UTILIZADOS	Carteleras, lápiz, marcadores
ACTIVIDAD DESARROLLADA	La charla se realizó en un espacio cómodo y participativo, donde los adultos mayores recibieron información sobre higiene bucal, enfermedades comunes como caries, gingivitis y pérdida dental, y su impacto en la alimentación y la salud general. Se utilizaron láminas ilustrativas, modelos dentales y dinámicas de preguntas para facilitar la comprensión. Los participantes compartieron experiencias, resolvieron dudas y aprendieron técnicas adecuadas de cepillado, uso de prótesis y cuidado de encías. También se reforzó la importancia de las visitas periódicas al odontólogo.
CONCLUSIONES	La actividad fortaleció el conocimiento de los adultos mayores sobre su salud oral, promoviendo hábitos de higiene y prevención que les permiten conservar su autonomía, mejorar su nutrición y disfrutar de una mejor calidad de vida. Además, se generó un espacio de confianza y aprendizaje colectivo que valoró la experiencia y el cuidado mutuo.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





13469

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

ACTIVIDAD 5.1

ACTIVIDAD	CHARLA CARDIOVASCULAR
FECHA DE DESARROLLO	19 / SEPTIEMBRE / 2025
OBJETIVO	Concientizar a los adultos mayores sobre la importancia del cuidado cardiovascular, brindando información preventiva y promoviendo hábitos saludables que fortalezcan su bienestar físico y emocional.
RECURSOS UTILIZADOS	Polideportivo, movimientos corporales
ACTIVIDAD DESARROLLADA	La charla se llevó a cabo en un ambiente tranquilo y participativo, iniciando con una explicación sencilla sobre el funcionamiento del sistema cardiovascular, los factores de riesgo más comunes (como hipertensión, sedentarismo y mala alimentación) y las señales de alerta. Se utilizaron recursos visuales, ejemplos cotidianos y se promovió el diálogo entre los participantes. Como parte práctica, se realizaron ejercicios suaves de movilidad y respiración
CONCLUSIONES	La charla permitió a los adultos mayores comprender cómo cuidar su salud cardiovascular de forma accesible y cotidiana. Los ejercicios prácticos fortalecieron su confianza y demostraron que el movimiento, por sencillo que sea, puede ser una herramienta poderosa para mejorar la calidad de vida. Además, se generó un espacio de aprendizaje colectivo que valoró el autocuidado, la prevención y el acompañamiento mutuo.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA





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

8. EVIDENCIA FOTOGRAFICA





DESCRIPCION ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: LA ACTIVIDAD CONSISTIO EN DAR UNOS MINUTOS DEL TIEMPO DE LOS ABUELOS AL INICIAR EL DIA PARA DAR GRACIAS A DIOS POR LA SALUD, LOS ALIMENTOS Y SE REALIZO LA LECTURA DE LA PALABRA DE DIOS





DESCRIPCION ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: SE LLEVO A CABO UNA JORNADA DE MONITOREO DE PRECION ARTERIAL PARA TODOS LOS ADULTOS MAYORES. LAS MEDICIONES FUERON

13466

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

REALIZADAS DE FORMA INDIVIDUAL Y REGISTRADAS, PERMITIENDO HACER SEGUIMIENTO A POCIBLES ALTERACIONES





DESCRIPCION ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: LA DECORACIÓN DEL CENTRO VIDA SE CONVIRTIÓ EN UNA EXPRESIÓN COLECTIVA DE AFECTO Y ALEGRÍA, FORTALECIENDO LOS LAZOS ENTRE LOS ADULTOS MAYORES Y CREANDO UN AMBIENTE CÁLIDO QUE CELEBRÓ EL VALOR DE LA AMISTAD Y EL AMOR EN COMUNIDAD.





DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DE LAS FOTOS: SE REALIZO UNA CAMINATA LUDO RECREATIVA DONDE SE REFORSO LO EXPLICADO DE LA CHARLA DE LA Y SE REALIZARON EJERCIOS DE RESPIRACION

13467

	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: LA CREACIÓN DE CARTERAS EN FOMI PERMITIÓ A LOS ADULTOS MAYORES EXPRESAR SU CREATIVIDAD, FORTALECER SU MOTRICIDAD FINA Y DISFRUTAR DE UN ESPACIO DE CONVIVENCIA ALEGRE, DONDE EL ARTE SE CONVIRTIÓ EN VEHÍCULO DE AFECTO Y PARTICIPACIÓN.

Sirleny Rivera Bernal.

SIRLENY RIVERA BERNAL.
NOMBRE QUIEN REALIZA INFORME
C.C. 1.121.856.784
CARGO: Auxiliar en enfermería

REVISO Y APROBO:
JORGE ENRIQUE RUIZ
COORDINADOR CENTRO VIDA

13468

INSCRIPCIÓN A CENTRO VIDA

13469

1

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

Fecha:	06	06	2025	Centro Vida:	Inspeccion Palmero

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alicia Lima.
Fecha y lugar de nacimiento:	01-3-1941 Nata Garma (Tolima).
Edad: 83 AÑOS	Identificación: CC X TI RC TE CE PP Número:

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

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia		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**	B 4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	c/salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cll 3 4-62					
Municipio:	San Carlos G.	Estrato:	B 4	Barrio:	— o — o	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3178610541

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maria Lima		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP Número:	31031856		
Telefono:	3212207633	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: Alcira Lima

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sidney Rios Bent

Cargo Aux Enfermera

13470


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3.287.450
LIMA
APELLIDOS
ALIRIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1941
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
22-SEP-1962 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-5205500-00156572-M-0003287450-20090518 0011522721A 1 24832099

13471

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 5068000454510000177 3

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALIRIO

Apellidos: LIMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3287450

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/10/2019

Última actualización ciudadano: 10/10/2019

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	3287450
NOMBRES	ALIRIO
APELLIDOS	LIMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/04/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:30:04	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Apiolaza Villavicencio
PBX: (608) 6624000
Línea de emergencias 24 Horas: 316 027 8070

8537

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258847316

"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 | 2025-04-11 10:54 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-11 11:46 | CUDE | 9e76c1f76c308864cd23bd0337d74105d5e239ac74d1b334a465d3771485b25753d1eb8b2a266ed5e60db3726360d2

Suscriptor: ALIRIO LIMA

Dirección: CL 3 4 62 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-5
Lectura Anterior 32773
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 32870
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 153
Documento No.: DES2220687
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $83510 25-03-25
Periodo Facturado: 08-03-2025/06-04-2025
Ruta: 89-8900700545

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: 499.34 (Valor kWh con SUBS) x 97 (Consumo en kWh)	$47,466
VALOR NETO:	$89,317
Porcentaje de SUBSIDIO (47%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-41,852
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$47,465
Impuesto AP	$9,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$9,004

INFORMACION TECNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	421538	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 11-ABR-2025 02:04

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1T45	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	138
(DIU) Duración en horas de interrupciones	59.656	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	40	(CU) Cargo de Distribución	186.27
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	59

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) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					920.8
					920.8

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $56,470

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
25-ABR-2025	26-ABR-2025	$56,470

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

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

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-03-2025/06-04-2025	Ruta: 89-8900700545	258847316	25-ABR-2025	$56,470

(415)7709998002449(8020)0258847316(3900)0000056470

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC/14 2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES 0047 Enero-26-2002
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
VIGILADA SUPERSERVICIOS

13474
2

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 Centro Vida: Inspección Palmeras

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Dolores Olivero
Fecha y lugar de nacimiento:	15-04-1954 Acacias (Meta).
Edad: 71 Años	Identificación: CC X TI RC TE CE PP Número: 21173312

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

Estado Civil		Sexo		Identidad de Genero		Orientación Sexual	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		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:	C11 3-3-14				
Municipio:	San Carlos G.	Estrato:	A4	Barrio:	— — —
Zona:	Rural	Urbano	X	Telefono:	3151115561

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Paula Olivero		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP Número:	1137436		
Telefono:	3158660039	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: Ana Dolors Alvarez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Rico Bernal

Cargo Auxiliar de Enfermeria

13475



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 21.173.312
OLIVEROS
APELLIDOS
ANA DOLORES
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1954
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-NOV-1975 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-00943434-F-0021173013-20171005 0057840577A 1 6734643909

13476

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 26/07/2023

Ficha: 50680004545100001737

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA DOLORES

Apellidos: OLIVEROS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21173312

Municipio: San Carlos de Guaroa

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/07/2023

Última actualización ciudadano: 19/07/2023

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:

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	21173312
NOMBRES	ANA DOLORES
APELLIDOS	OLIVEROS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/06/2002	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:11:18	**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"

8770 13478

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259392900

"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 | 2025-06-10 10:25 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-10 10:40 | CUDE | 504cf306aa8d3932e007e8ecde4bfc2f0b878bd0130dd7777cb48aec7e9ebc77e64f8b288a5f918cc6f2ca6f2e8c38

Suscriptor: ANA DOLORES OLIVEROS

Dirección: CL 3 3 14 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 6673
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 6730
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:
366.12 (Valor kWh con SUBS) x 57 (Consumo en kWh) $22.579

VALOR NETO: $ 21
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)
Valor porcentaje de SUBSIDIO $-16.683
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $22.579
Impuesto AP $7.000
OTROS CONCEPTOS:
Ajuste a la Decena $1

SUBTOTAL VALOR OTROS $7.091
DESCUENTOS:

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 82
Documento No.: DE53022166
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $39660 16-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900701375

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
DIS	19133587	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	ACD401	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1T46	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	69
(DUI) Duración en horas de interrupciones	74.121	(Fut) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FUI) Número total de interrupciones	63	(DE) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kW-h)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Pérdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporta 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 FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $22.579

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuot

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes del	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$29,580

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900701375

Código del cliente
259392900

Fecha de vencimiento
20-JUN-2025

Valor a pagar
$29,580

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE VIGILADA POR LA SIC

ES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 00 NO-20-00002

INTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

13479

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Ana Gloria Sanchez Orjuela					
Fecha y lugar de nacimiento:		03-05-1954 Cupi Cauca					
Edad:	71 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21239734					
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	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**	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Palmas					
Municipio:	San Carlos de G.	**Estrato:**	D7	**Barrio:**	—	—
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3103108100

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Sofia Sanchez		
Relacion con el adulto mayor:	Sobrina		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	5850960		
Telefono:	3182774755	**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: Ana Gloria Sanchez Ospina.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal.

Cargo Aux. Enfermeria

13480

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 21.239.734
SANCHEZ OREJUELA
APELLIDOS
ANA GLORIA
NOMBRES

Ana Gloria Sanchez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1954
GUAPI
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
11-JUN-1979 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0220100-00089713-F-0021239734-20110928 0067907060A 1 6735649227

13481

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/07/2025

Ficha: 50680004545100001778

C3

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA GLORIA

Apellidos: SANCHEZ OREJUELA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21239734

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/03/2025

Última actualización ciudadano: 11/03/2025

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	21239734
NOMBRES	ANA GLORIA
APELLIDOS	SANCHEZ OREJUELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/04/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/07/2025 13:19:16	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en

13483

115a1

emsa
Trabajamos con energía
NIT: 8920022l0-6

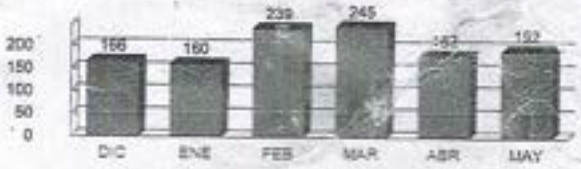
CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
259277200

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

259300295
16152539
11590

Suscriptor: "LUIS ANTONIO RODRIGUEZ GONZALEZ"
Dirección: "CR 1 3 08 VDA PALMERAS"
Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-B
Lectura Anterior 30747
Tipo de Lectura Con Lectura
Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 191
Factura No.: 2024052259277200
Facturas Atrasadas :0

Lectura Actual 30939
Anomalía 0
Ultimo Pago: $79610 04-05-24
Periodo Facturado: 11-04-2024/11-05-2024
Ruta: 55-5500700290

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:	
374.47 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$64,783
911.13 (Valor kWh) x 19 (Consumo en kWh)	$17,311
VALOR NETO:	$174,93
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-42,1
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$8
Impuesto AP	$7
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,205
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$89,100

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (S)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	12118081	1

FACTURACIÓN DE 16-MAY-2024

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	29
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AC0451	%C Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1T45	%C Horas Compensar	0
Grupo de calidad	32	%C Consumo estimado a compensar	245
(DIU) Duración en horas de interrupciones	23.952	%E Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	63	CU Cargo de Distribución	201.43
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	89

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	396.01	Pérdidas reconocidas	PR $	71.47
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	54.27	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	7.51
Transporte en el sistema de distribución local	D $	252.51	Costo de comercialización	C $	129.36
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel ( ) CU=G+T+D+C+PR+R					911.13
					911.13

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

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de:	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
28-MAY-2024	29-MAY-2024	$89,100

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 55-5500700290	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
11-04-2024/11-05-2024		259277200	28-MAY-2024	$89,100

(415)7709998002449(8020)0259277200(3900)0000089100

emsa
Trabajamos con energía
NIT: 8920022l0-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE Res. 012635 de DIC/14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES. 147 Enero-25-2002
VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

13484

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

Fecha: 06 | 06 | 25 **Centro Vida:** Inspeccion Palmeras

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Aaciron Torres Ramirez
Fecha y lugar de nacimiento:	12-09-1948 Cagua (Neiva).

Edad: 76 AÑOS **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 12 100 225

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador	X	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**	C/salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cr 12-16				
Municipio:	San Carlos	**Estrato:**	B3	**Barrio:**	— — — —
Zona:	Rural	**Urbano**	X	**Telefono:**	3173142544

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Juan Torres
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1177627140
Telefono: 3154903456	**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: Anaizar Torres

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bond

Cargo Aux. Enfermeria

13485



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.100.225

APELLIDOS TORRES RAMIREZ

NOMBRES ANCIZAR

Ancizar Torres

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-1948
CAGUAN-NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-MAR-1971 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5205500-69146371-M-0012100225-20060518 05595 0613TA 02 188407995

13486

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/07/2025

Ficha: 50680084544500001058

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANCIZAR

Apellidos: TORRES RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 12100225

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/03/2023

Última actualización ciudadano: 17/03/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	12100225
NOMBRES	ANCIZAR
APELLIDOS	TORRES RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/12/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/07/2025 10:29:33	**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

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

Calle 37A 40-13 Barrio Alto
Línea [illegible]
Línea [illegible]
Línea [illegible]
Whatsapp 320 000 7464

8492 13488

Suscripción, agendamiento electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
DITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259367108

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

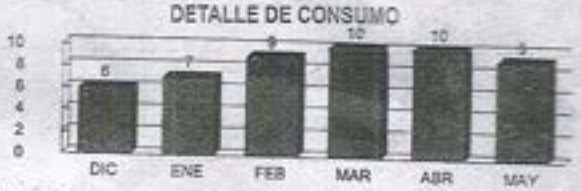
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 12:07 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 12:07 | CUFE

Suscriptor: SULINDE MERCHAN DULCEY

Dirección: CR 12 16 INSPECCION PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 15401
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 15410
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 9
Documento No.: DES2494169
Facturas Anexadas :0

Último Pago: $10920 19-04-25
Ramos Facturado: 07-04-2025/07-05-2025
Ruta: 89-8900700200

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	421550	1

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

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1745	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	10
(DIU) Duración en horas de interrupciones	84.17	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	41	Cnt Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

Viva 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	CUnD=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 9 (Consumo en kWh)	$3,542
VALOR NETO:	$7,945
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-4,404
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$3,541
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$7,000
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$10,540

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$10,540

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero 25 2002
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
VIGILADA SUPERSERVICIOS

PERIODO FACTURADO
07-04-2025/07-05-2025

Ruta: 89-8900700200

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
259367108	23-MAY-2025	$10,540

(415)7709998002449(8020)025936710B(3900)0000010540

emsa
VIGILADO SUPERSERVICIOS

13489

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Almeyda

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Anunciacion Mejia lozano
Fecha y lugar de nacimiento:	25-03-1946 Purificacion (Tolima).
Edad: 79 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 28795638.

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	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	1
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cisalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll. 3 - 2 - 4				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B3	**Barrio:**	— — —
Zona:	Rural	**Urbano**	X	**Telefono:**	3187437260

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Raul Melo
Relacion con el adulto mayor:	Sobrino
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	7876721
Telefono: 3184526677	**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: Ancracion Mch Lorena

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal

Cargo Aux Enfermeria

13490

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
28.795.638

APELLIDOS / NOMBRES
MELO LOZANO
ANUNCIACION

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
25-MAR-1946
PURIFICACION - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICIÓN
11-FEB-1971

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
SAN CARLOS DE GUAROA - SAN CARLOS DE GUAROA

OFICINA DE ENTREGA
SAN CARLOS DE GUAROA - SAN CARLOS DE GUAROA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 10-DIC-2025

8515625290
10-JUN-2025

13491

Sisbén

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 50680002544900090660

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **ANUNCIACION**

Apellidos: **MELO LOZANO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **28795638**

Municipio: **San Carlos de Guaroa**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/03/2025

Última actualización ciudadano: 25/03/2025

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORDON

Dirección: Calle 5 No 8 - 81

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	28795638
NOMBRES	ANUNCIACION
APELLIDOS	MELO LOZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/04/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/04/2025 14:00:03 **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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la

13493

emsa E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT: 892002210-6

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
PBX (608) 6634000
Para reporte de daños o emergencias marque 115
(SOLO desde fijos Meta)
Línea gratuita Nacional 018000115115
Línea emergencia
24 Horas 318 027 8035

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259297058

-240806-09:19

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

Espacio para sello

Suscriptor: **JOSE DE JESUS MENDOSA**
Dirección: CL 3 5 15 VDA PALMERAS
Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 14456 Lectura Actual 14550
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 98
Factura No.: 202407259297058
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $43160 06-07-24
Periodo: 11-06-2024/09-07-2024
Ruta: 89-8900700235

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	140818910	1

FACTURACIÓN DE 15-JUL-2024

ESTRATO	1	CLASE	Rural	CICLO	89
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Rural	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	S1T45	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CDC) Consumo estimado a compensar	105
(DIU) Duración en horas de interrupciones	27.439	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FMI) Número total de interrupciones	58	(Cr) Carga de Distribución	194.12
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	366.92	Pérdidas reconocidas	PR $	66.93
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.84	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	26.29
Transporte en el sistema de distribución local	D $	244.1	Costo de comercialización	C $	128.47
Total Cuv Calculado (Creg 119-07) (nonomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					885.55

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 DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía: 378.28 (Valor kWh con SUBS) x 94 (Consumo en kWh)	$35,558
VALOR NETO:	$83,242
Porcentaje de SUBSIDIO (57%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-47,683
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$35,558
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$7,000
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,002
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$42,560

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-JUL-2024	27-JUL-2024	$42,560

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
11-06-2024/09-07-2024	259297058	26-JUL-2024	$42,560

4157709998002449802002592970583900000000042560

emsa E.S.P. Trabajamos con energía 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

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

www.electrificadoradelmeta.com

13494

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

Fecha: 06 | 08 | 25 **Centro Vida:** Inspeccion Palmira.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Benjamin Sanchez Arias
Fecha y lugar de nacimiento:	12-08-1942 Purificacion (Tolima
Edad: 82 años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 3270153

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cosalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Salida mariachal				
Municipio:	San Carlos C.	**Estrato:**	A3	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3112606070

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ramon Sanchez		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	3425540		
Telefono:	3168327445	**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: Benjamin Sanchez.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal

Cargo Aux. Enfermera.

13495



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.270.153
SANCHEZ ARIAS
APELLIDOS
BENJAMIN
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1942
PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-JUN-1964 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-5205500-00258948-M-0003278153-20100922 0024056754A 1 28483236

13496

Sisbén

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de vivienda

Fecha de consulta: 09/07/2025

Ficha: 50680002544900000620

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BENJAMIN

Apellidos: SANCHEZ ARIAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3270153

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/11/2023

Última actualización ciudadano: 28/11/2023

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	3270153
NOMBRES	BENJAMIN
APELLIDOS	SANCHEZ ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	13/07/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/10/2025 11:11:13	Estación de origen:	192.168.70.220

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

7832 13498

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

Calle 37A #6-22 Barrio La Azotea Villavicencio
Línea 123 (solo operador nacional)
Línea gratuita nacional
018000 [illegible]
Línea gratuita operador
316 027 [illegible]
WhatsApp: 316 515 7444

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

275693056

www.electrificadoradelmeta.com.co

7216 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".

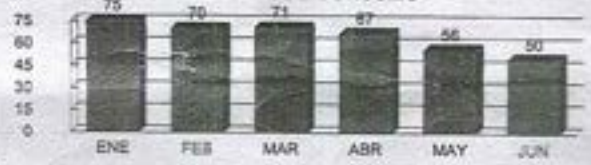
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-10 10:23 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-10 10:37 | CUDE | e48a2254603ac60bc8a18e06d9f913ab63eb3725b941e3752b52021c7639a19ee4a01835a69487456807 5e26531d73

Suscriptor: BENJAMIN SANCHEZ ARIAS

Dirección: SALIDA MORICHAL INSPECCION PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 21814
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 21864
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:

398.12 (Valor kWh con SUBS) x 50 (Consumo en kWh)	$19,806
VALOR NETO:	$42,948
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23,143
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$19,806
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,004

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 68
Documento No.: DES3021232
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $29040 06-06-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900500260

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-37414031	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	ACD401	(NC) Horas Compensadas	0
(TD) Transformador	S1T47	(VC) Horas a compensar	0
(ICA) Indice de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	67
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.12'	(%C) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(CD) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

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 1.52%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $26,810

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$26,810

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900500260

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
275693056	20-JUN-2025	$26,810

(415)7709998002449(8020)0275693056(3900)0000026810

emsa
NIt. 892000210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

13499

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

Fecha: 06 | 06 | 25 **Centro Vida:** Inspección Almira

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Bernardo de los Angeles Duque Menard
Fecha y lugar de nacimiento:	28-04-1960 Pablo Rico (Cuaveldo).
Edad: 64 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 24999476

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		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**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cosalud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cll 3 -5-38				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B1	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3125396815

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Rene Duque		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	31031625		
Telefono:	3125396815	**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: Bernarda de los Angeles Duque

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Silvey Ruiz Bernal

Cargo Aux. Enfermeria

13500

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.999.476**

DUQUE MONCADA

APELLIDOS

BERNARDA DE LOS ANGELES

NOMBRES

Bernarda Duque

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1960**

PUEBLO RICO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-ENE-1979 PUEBLO RICO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00162441-F-0024999476-20090711 0013358835A 2 4990014855

13501

Sisbén

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 506800855445000007987

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BERNARDA DE LOS ANGELES

Apellidos: DUQUE MONCADA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24999476

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 31/05/2024

Última actualización vía registros administrativos: 31/05/2024

*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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaros-meta.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	24999476
NOMBRES	BERNARDA DE LOS ANGELES
APELLIDOS	DUQUE MONCADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/04/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/03/2025 09:34:58	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

13503

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258838224

7500 1/1

...o pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

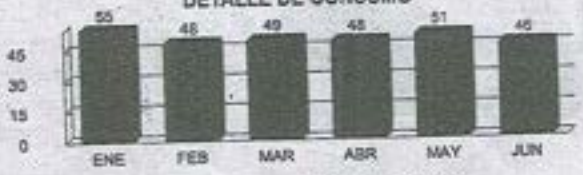
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN: 2025-05-10 10:24 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN: 2025-05-10 10:38 | CUDE: 866ca2a08ed9c947b8388ef11ef9540aaa4388d7f39d12e9e0387485624e1d00e19dcabaaf7341d29d029dec31217e6b6e

Suscriptor: BERNARDA DE LOS ANGELES DUQUE MONCADA

Dirección: CL 3 5 38 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 14253
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 14299
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 FACTURACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
495.16 (Valor kWh con SUBS) x 46 (Consumo en kWh)	$22,777
	$39,512
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	$-16,735
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$22,777
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$9,000
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	$3
Ajuste a la Decena	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$9,003

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 49
Documento No.: DES3021521
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $34090 15-05-25
Período Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-6900501685

Información técnica		
MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	421560	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad			
Mal. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
(ID) Transformador	S1T11288	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	48
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(Pvd) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(Cc) Cargo de Distribución	197.35
(DIU) Meta por duración	75.97	(FIU) Meta por Frecuencia	69

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 a 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] C$=G+T+D+C+PR+R					858.97
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES				
Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $31,780

Detalle portafolio				
Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$31,780

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-6900501685

Código del cliente: 258838224

Fecha de vencimiento: 20-JUN-2025

Valor a pagar: $31,780

(415)7709998002449(8020)0258838224(3900)0000031780

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC. 14-2018 (IVA) - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0041 de 2016 (ICA) - SUJETO A RETENCIÓN EN LA FUENTE POR RENTA
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA ESP NIT 892 000 210-6, SWDE-EMSA

13504

Inspección la palmera 16/06/2025

Señores:

Centro vida inspección palmeras

Por medio del presente yo **BERNARDA DE LOS ANGELES DUQUE MONCADA** con cedula de ciudadanía N° 24.999.476 me dirijo a ustedes con el fin de darles a conocer que soy una trabajadora de del área de reciclaje de la inspección de palmeras del municipio de San Carlos de Guaroa – meta desde hace ya 13 años y de esta forma es que me estoy ayudando con los gastos básicos de vida, se los hago saber para que ustedes tengan plena constancia de mi ausencia en las horas de la mañana, ya que es ese mi horario de trabajo, por lo cual solo podría estar en las horas del almuerzo para recibirlo y así ustedes me permitan seguir siendo una beneficiaria del programa de alimentación para adultos mayores CENTRO VIDA

Gracias por su atención, Sin otro particular

Bernarda Duque

BERNARDA DE LOS ANGELES DUQUE MONCADA

CC. 24.999.476

13505

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

Fecha: 05 | 06 | 25 **Centro Vida:** Inglaterra Almes

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Blanca Evelia Montenegro Hernandez
Fecha y lugar de nacimiento:	4-04-1945 Sutatausa (Cundinamarca).
Edad: 80 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 46 315040

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Colsalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Villa marina CA 28				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B1	**Barrio:**	
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3160747126

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Sofia Montenegro		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1226277630		
Telefono:	3160747226	**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: Blanca Ovelia Martinez

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: Silvey Ruiz Baez

Cargo Aux. Enfermeria

13506



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.315.040

Apellidos
MONTENEGRO HERNANDEZ

Nombres
BLANCA EVELIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 ABR 1945

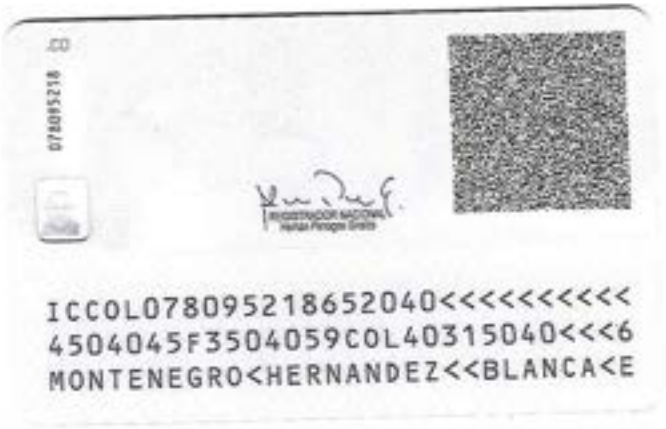
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUPATA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
29 SEPT 1980, GUAMAL

Fecha de expiración
05 ABR 2035

Firma



CO

0780952 18

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0780952186520 40<<<<<<<<<<
4504045F3504059COL40315040<<<6
MONTENEGRO<HERNANDEZ<<BLANCA<E

13507

Sisbén

Fecha de consulta: 11/10/2024

Ficha: 50680004545100001764

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA EVELIA

Apellidos: MONTENEGRO HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40315040

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2019

Última actualización ciudadano: 09/06/2021

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	40315040
NOMBRES	BLANCA EVELIA
APELLIDOS	MONTENEGRO HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/08/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:03:59	**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

6969 13509

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892000210-8

Calle 37A 40-33 Barrio Alto Vía La Reforma Villavicencio
Línea 123 (con operador Movistar, Línea gratuita nacional) 018000918123
Desde cualquier operador 310 827 8000
WhatsApp: 316 510 7844

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

475449527

"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 | 2025-05-06 15:42 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-06 15:47 | CUDE | 74d81b1596150334 3e2561935b2b9ce0821269a [illegible]

Suscriptor: BLANCA NIDIA MENDEZ MONTENEGRO

Dirección: VILLA MARIA CA 28

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 697
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 795
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 97
Documento TD : 7[illegible]
Facturas Anuladas 0

Último Pago: $43410 10-04-25
Periodo Facturado 01-04-2025/01-05-2025
Ruta: 38 [illegible]

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 98 (Consumo en kWh)	$38.566
VALOR NETO:	$86.518
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-47.952
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$38.565
Impuesto AP	$7.000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7.004
	-

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
UNI	2000127700	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	06-MAY-2025 04:05				
ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	38
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	$1T16515	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	99
(DU) Duración en horas de interrupciones	29.899	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FU) Número total de interrupciones	40	(CU) Cargo de Distribución	202.58
(DUG) Meta por duración	75.57	(FUG) Meta por Frecuencia	69

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.80
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 (G+T+D+O+PR+R					882.84

Interés moratorio residencial 0.49% | Interés moratorio no residencial 1.33%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $45.570

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pago antes de	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
15-MAY-2025	16-MAY-2025	$45,570

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE ®

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-04-2025/01-05-2025	475449527	15-MAY-2025	$45,570

(415)7709998002449(8020)0475449527(3900)0000045570

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892000210-8

VIGILADO SUPERSERVICIOS

DIAN CONTRIBUY... VIGILADA POR L... ERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS ... RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. ... Enero-25-2002

13510

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

Fecha: 05 | 06 | 25 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Blanca Ines Lopez Valbuena
Fecha y lugar de nacimiento:	23-08-1936 Ubate (Cundinamarca).
Edad:	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		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**	Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	M2 C54					
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	A4	**Barrio:**	— — —	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3106374516

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ana Lopez
Relacion con el adulto mayor:	Sobrina
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1006655420
Telefono: 3106564516 **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: Blanca Inés López

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SK.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Shirley Ruiz Bernal

Cargo Aux. Enfermería

13511

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21052178

LOPEZ VALBUENA
APELLIDOS

BLANCA INES
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1936
UBATE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-NOV-1961 UBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-5204800-69098311-F-0021052178-20020210 06677 026408 01 101323670

135 12

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 17/06/2025

Ficha: 50680084544500001056

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA INES

Apellidos: LOPEZ VALBUENA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21052178

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/03/2025

Última actualización ciudadano: 04/03/2025

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	21052178
NOMBRES	BLANCA INES
APELLIDOS	LOPEZ VALBUENA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	17/03/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/03/2025 09:52:31	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

7840 13514

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

Calle 37A 4C-01 Barrio Alt...
Vía La Azotea Villavicencio
Línea TD (exclusivo Movistar)
Línea gratuita servicio al...
Desde cualquier operador:
Bta. 6076555
WhatsApp: 318 7557464

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259056051

7224 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 2025-06-10 10:23 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:37 | CUDE 855231cb6fb36c27e1cdf688e89b7449f679d8054f2c80c468ee7b8754362c329b813cc079ea971365dca6e2b6206824

Suscriptor: ANA CECILIA GONZALEZ GONZALEZ

Dirección: MZ C CS 4 EL TRIUNFO VDA PALMERA

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 18837
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 18919
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:

396.12 (Valor kWh con SUBS) x 82 (Consumo en kWh)	$32,482
VALOR NETO:	$70,435
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-37,954
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$32,481
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$7,000
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 74
Documento No.: DES3021240
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $36120 21-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900500300

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071037270	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	S1T48	(VC) Veces a compensar	0
...ugo de calidad	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	67
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74,121	(Pw) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(CU) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75,97	(FIUG) Meta por Frecuencia	89

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) (monomio) Nivel (1) CUv=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

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$39,480

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$39,480

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900500300

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
259056051	20-JUN-2025	$39,480

(415)7709998002449(8020)0259056051(3900)0000039480

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
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

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, SWDE-EMSA

13515

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

Fecha: 05 (Día) 05 (Mes) 25 (Año) **Centro Vida:** inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Esteban Candia Candia
Fecha y lugar de nacimiento:	15-06-1935 Guama (Tolima).
Edad: 90 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 2311196.

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**	B7.
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 25-27					
Municipio:	San Carlos G.		**Estrato:**	B7	**Barrio:**	— e — .
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3168324145

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Fernando Candia		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1121627567		
Telefono:	3168324145	**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: Esteban Cuadra Cuadra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SK.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Shirley Rivas Bonilla

Cargo Aux. Enfermería.

13516



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.311.196
CANDIA CANDIA
APELLIDOS
ESTEBAN
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1935
GUAMO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-NOV-1955 GUAMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

13517

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/07/2025

Ficha: 50680005545200000776

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ESTEBAN

Apellidos: CANDIA CANDIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 2311196

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/10/2019

Última actualización ciudadano: 08/10/2019

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	2311196
NOMBRES	ESTEBAN
APELLIDOS	CANDIA CANDIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	04/10/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/11/2025 13:16:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Calle 37A #6-33 Barrio Alto Vista La Azotea, Villavicencio
Línea PQR (para usuarios Hogares) Línea gratuita nacional 018000999470
Desde cualquier operador 3165 027 8000
WhatsApp 316 550 7400

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259314392 13519

7535 1/1

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

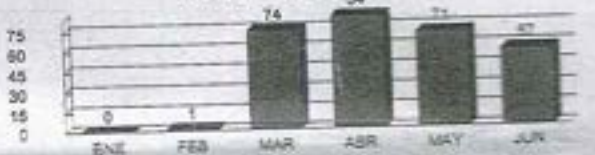
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-06-10 10:34 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:36 | CUDE

Suscriptor: ESTEBAN CANDIA CANDIA

Dirección: CL 2 5 27 INSPECCION PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaros

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 7866
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 7923
Anomalía C

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 495.15 (Valor kWh con SUBS) x 57 (Consumo en kWh)	$28.224
	$48.961
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	$-20.737
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$28.224
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$8.000
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	
	$9.000
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS:	$-4
Ajuste A la Decena	

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 38
Documento No.: DE539121550
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $43930 31-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900501820

Información técnica

MARCA CONTADOR (S)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060305970	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	61T45	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	84
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%a) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	93	(Cfo) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.57	(FIUG) Meta por Frecuencia	89

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
Transporta en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel (1					858.97

Interés moratorio residencial 0.49% | Interés moratorio no residencial 1,50%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$37,220

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$37,220

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-05-2025/06-06-2025	Ruta: 89-8900501820	259314392	20-JUN-2025	$37,220

(415)7709998002449(8020)0259314392(3900)0000037220

emsa
VIGILADO SUPERSERVICI

RES No. 012835 de DIC. 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES 1
A SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
GRAN CONT. VIGILADA P.
7 Enero-25-2022

13520

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

Fecha: 05 05 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Filmer 3

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Eysenhower Cardenas Rodriguez.
Fecha y lugar de nacimiento:	21-11-1946 Tuquilla Valle
Edad: 78 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 17290203

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**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Clinical
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 2-8-31					
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	A1	**Barrio:**	— — —	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3227850 7020

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Sara Cardenas
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1122640880
Telefono: 3104834873	**Correo:** NA

	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: Eyzenhower Cardenas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal

Cargo Aux. Enfer

13521



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.290.203
CARDENAS RODRIGUEZ

APELLIDOS
EYSENHOVER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1945
TRUJILLO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-SEP-1973 VISTA HERMOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

13522

Sisbén

Resultado válido

A5

Fecha de consulta: 26/08/2022

Ficha: 50680084544500001061

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EYSENHOVER**

Apellidos: **CARDENAS RODRIGUEZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **17290203**

Municipio: **San Carlos de Guaroa**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **19/08/2021**

Última actualización ciudadano: **19/08/2021**

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: **CRISTIAN ALEXANDER GARAVITO ROMERO**

Dirección: **Calle 5 No 8 - 04**

Teléfono: **6557128 - 3113341655**

Correo Electrónico: **sisben@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co**

13523

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	17290203
NOMBRES	EYSENHOVER
APELLIDOS	CARDENAS RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	02/12/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:11:14	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,

emsa
Nit. 892000260-5

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

286543420

1352

7534

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

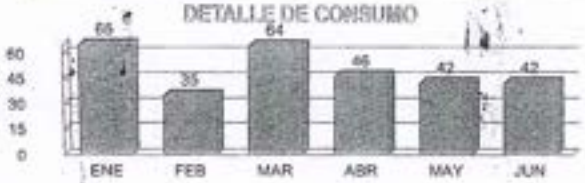
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-06-10 10:24 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:38 | CUDE [illegible]

Suscriptor: EYSENHOVER CARDENAS RODRIGUEZ

Dirección: CL 2 5 31 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-5
Lectura Anterior 11767
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11809
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 56
Documento No.: DES3021549
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $29660 15-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900501815

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8294452	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

[illegible]	AC0401	[illegible]	0
[illegible]	S1145	[illegible]	0
[illegible]	32	[illegible]	46
[illegible]	74.121	[illegible]	20
[illegible]	63	[illegible]	197.35
[illegible]	75.97	[illegible]	69

Vr a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Pérdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.76	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.92
Transporte en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					858.97
Interés moratorio residencial		0,48%	Interés moratorio no residencial		1,58%

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:	
495.16 (Valor kWh con SUBS) x 42 (Consumo en kWh)	$20,797
VALOR NETO:	$36,076
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-15,280
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$20,796
Impuesto AP	$9,000
OTROS CONCEPTOS	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$9,003
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$29,800

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

20-JUN-2025	21-JUN-2025	$29,800

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900501815

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
286543420	20-JUN-2025	$29,800

(415)7709998002449(8020)0286543420(3900)0000029800

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.784 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se entiende a una letra de cambio. Electrificadora del Meta SA. NIT. 892.000.260-5, SIVIDE-EMSA

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

13525

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmeras

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Hilda Maria Franco Tunjano
Fecha y lugar de nacimiento:	25-11-1957 Medina (Cundinamarca).
Edad: 67 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 20749975

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		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Asalud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 4-78				
Municipio:	Sincelejo	**Estrato:**	A3	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3156936040

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Benjamin franco
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1084559
Telefono: 3156936040	**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: Hilda María Franco

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sibley Rey Bent

Cargo Aux. Enfer

13526

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.749.975

FRANCO TUNJANO
APELLIDOS

HILDA MARIA
NOMBRES

Hilda Maria Franco
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1957

MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-SEP-1992 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1516600-43156800-F-0020749975-20070313 02863 07072A 02 229556412

13527

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 50680003545000001923

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HILDA MARIA

Apellidos: FRANCO TUNJANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20749975

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/03/2025

Última actualización ciudadano: 11/03/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	20749975
NOMBRES	HILDA MARIA
APELLIDOS	FRANCO TUNJANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	09/05/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:32:39	**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

13529

8035

7419 1/1

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

Calle 37A 40-55 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo servidor Montería)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8033
WhatsApp: 318 555 7464

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

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258829132

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

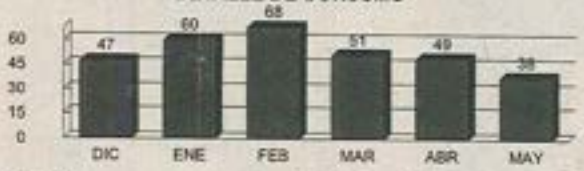
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 12:08 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 12:08 | CUDE | a6e696b12a1429969cd8772113898b7fb065d683c86ca66eab04b835e3ec247abadbdecfc258edc410c59637ee63b

Suscriptor: HILDA MARIA FRANCO TUNJANO

Dirección: CR 5 4 28 CALLEJON INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 849
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 887
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 55
Documento No.: DES2624732
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $32980 22-04-25
Periodo Facturado: 07-04-2025/07-05-2025
Ruta: 89-8900501475

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	2305102757	1

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

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

I. Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
(T) Transformador	S1T11288	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	51
(DIU) Duración en horas de interrupciones	64.17	(Tvi) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	41	(CD) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (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:	
491.92 (Valor kWh con SUBS) x 38 (Consumo en kWh)	$18,693
VALOR NETO:	$33,547
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-14,855
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$18,692
Impuesto AP	$9,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$9,000
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$27,690

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$27,690

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

Paye

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 89-8900501475	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-04-2025/07-05-2025		258829132	23-MAY-2025	$27,690

(415)7709998002449(8020)0258829132(3900)0000027690

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
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, SVDE-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

13530

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

Fecha: 06 05 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jose Celestino Vargas Sierra
Fecha y lugar de nacimiento:	23-01-1943 Sutamarchan (Boyaca).
Edad: 82 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 3290612

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C10
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	M25C5					
Municipio:	San Luis G.		**Estrato:**	C10	**Barrio:**	— —
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3183507767.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Dana Vargas
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	31031090
Telefono: 318 3507767	**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: José Celestino Vargas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Shirley Kaubud

Cargo Tec. Enfermería

13531


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3.290.612
VARGAS SIERRA
APELLIDOS
JOSE CELESTINO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1943
SUTAMARCHAN
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
24-JUL-1965 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5200100-69145561-M-0003290612-20060410
05323 06100A 02 186441953

13532

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 24/06/2025

Ficha: 50680002544900000609

C10

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE CELESTINO

Apellidos: VARGAS SIERRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3290612

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/10/2019

Última actualización ciudadano: 01/10/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3290612
NOMBRES	JOSE CELESTINO
APELLIDOS	VARGAS SIERRA
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	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/02/2025 15:40:30	**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

13534

TATIANA GOMEZ

www.electrificadoradelmeta.com

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

Calle 37 A N°. 45-53 Barzal Alto Vía la Azotea - Villavicencio
PBX: (8) 6814068 - 6810095
Línea Atención al Cliente 115 Desde su Celular (038 - 6810000)
Línea Gratuita 018000918615
Línea Emergencia Whatsapp 24 Horas 318 5557484

9361

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

298788100

Paga tu factura EMSA por PSE
(Pago Seguro En Linea)
Encuentra los pasos al respaldo de la factura

Suscriptor: JOSE CELESTINO VARGAS SIERRA

Dirección: MZ 5 CS 2 URB SANTA LUCIA INSPECCION PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior: 18,753 Lectura Actual: 19,025
Tipo Lectura: Con Lectura Anomalia: Toma exitosa

Consumo promedio ult. 6 meses: 90
Factura No.: 20193-298788100
Facturas Atrasadas: 1

Ultimo Pago: 141,090 07-02-19
Periodo: 10-02-2019/12-03-2019
Ruta: 055- 05500601110

INFORMACIÓN TECNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050341037	1

FACTURACIÓN DE 16-03-2019

ESTRATO	1	CLASE	Rural	CICLO	29
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Rural	ESTADO DEL PREDIO	Para Suspension

INDICADORES DE CALIDAD

Costo de Racionamiento (CR)	1364.17	Duración total interrupción	0.06
Consumo Promedio Trimestre (CM)	77	Código Transformador	S1T49
Valor a compensar	0	Grupo Calidad	4

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	206.89	Pérdidas reconocidas	PR $	38.42
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	33.56	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	15.99
Transporte en el sistema de distribución local	D $	202.92	Costo de comercialización	C $	59.99
Total costo unitario de prestación del servicio (monomio) Nivel (			CU=G+T+D+C+PR+R		557.77

OPERADOR DE RED:	ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
TELÉFONO:	6810095
DIRECCIÓN:	EDIFICIO BARZAL ALTO VIA AZOTEA

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura 23 BANCO DE OCCIDENTE ELECTRIFICADORA DEL META	Interés Moratorio Residencial	0,49%
	0	N/A		Interés Moratorio No Residencial	1,72%

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del Consumo de energía:

557.77 (Valor Kwh x	99 (consumo en Kwh)		$55,219
233.57 (Valor Kwh con SUBS) x	173 (consumo en Kwh)		$40,406
VALOR NETO ENERGÍA:			$151,713
Porcentaje de		SUBSIDIO	58%
Valor porcentaje de		SUBSIDIO	-$56,086
SUBTOTAL VALOR CONSUMO:			**$95,627**
OTROS VALORES:			
Interes Mora			$216
Impuesto AP			$4,693
Saldo Anterior			$44,164
SUBTOTAL VALOR OTROS:			**$49,073**
DESCUENTOS:			
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS:			**$0**
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA:			**$144,700**

CANJE 23
BANCO DE OCCIDENTE
SAE ELECTRIFCADORA DEL META
Caja. 6 03 ABR 2019 Caja. 6
DEVUELTO FIRMA Y SELLO.

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
INMEDIATO	INMEDIATO	$144,700

Impuesto AP Acuerdo 021/Dic-16 EMSA informa que el dia MARTES 26/03/2019 realizara atencion a peticiones, quejas y reclamos en SAN CARLOS DE GUAROA lugar: PARQUE PRINCIPAL AL LADO DE LA IGLESIA

CARLOS ALBERTO RODRIGUEZ GUZMAN
FIRMA GERENTE

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 076 DIC-01-2016 DIAN - AGENTE AUTORETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2019 VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

13538

14

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

Fecha: 05 | 06 | 2025 **Centro Vida:** inspeccion palmeS

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Jox orlando Rojas					
Fecha y lugar de nacimiento:		15-04-1969					
Edad:	60 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		1026576327			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Transversal N2						
Municipio:	San Carlos G	**Estrato:**		C2	**Barrio:**	— — .	
Zona:	Rural		**Urbano**	X	**Telefono:**	3142307070	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Claudia Rojas		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1276720620		
Telefono:	3102707005	**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 Orlando Rojas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

JR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal

Cargo Aux. Enfermeria

13536

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.026.576.327

APELLIDOS
ROJAS

NOMBRES
JOSE ORLANDO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1969
SAN JUAN DE ARAMA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
A- G.S. RH
M SEXO

06-JUL-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-01052572-M-1026576327-20181221 0063861797A 1 9906807757

13537

Fecha de consulta: 19/06/2025

Ficha: 50680085544500000912

C2

GRUPO SISBÉN IV

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE ORLANDO

Apellidos: ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1026576327

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/02/2022

Última actualización ciudadano: 17/02/2022

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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	1026576327
NOMBRES	JOSE ORLANDO
APELLIDOS	ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/02/2025 15:44:18	**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

8069

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

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258946306

7453 1/2

13539

"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".

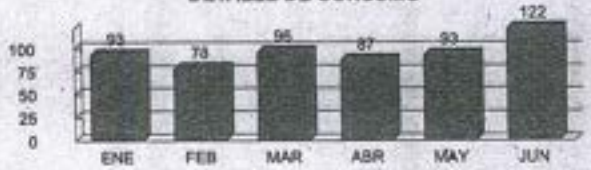
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-06-10 10:24 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:38 | CUDE 186a49c01333ba4f08ce1fae6cda6c0854d6c335b6896d01a80aa847f13282d6d8940e3667a14ab54c951940d8449

Suscriptor: ERCILIA AMAYA

Dirección: TRANSV 2 N 2 INS LA PALMERA

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 27600
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 27722
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 86
Documento No.: DES3021468
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $54750 02-06-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900501445

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-37414056	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Información Técnica

I. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
I.D. Transformador	S1T11288	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	87
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(Di) Carga de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

VIr 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+O		858.97
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidios FSRE S

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 REFINANCIACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
$85.19 (Valor kW con SUBS) x 122 (Consumo en kWh)	$60,410
VALOR NETO	$104,794
Porcentaje de SOBSIDIO (42%)	
Valor porcentaje de SOBSIDIO	$-44,385
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$60,409
Impuesto AP	$9,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$9,000
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$69,410

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

Pague Antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$69,410

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO		Código del Cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-05-2025/06-06-2025	Ruta: 89-8900501445	258946306	20-JUN-2025	$69,410

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. 0017 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA, Nit. 892.002.210-6, SINOE-EMSA
La presente factura prestá mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se estimará a esta fecha de cambio

13540

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Luis Alejandro Parra Merchan
Fecha y lugar de nacimiento:	26-12-1985 Cerinza (Boyaca).
Edad: 70 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40 84 857.

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador	X	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**	Salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 12-16					
Municipio:	San Carlos C.		**Estrato:**	B4	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X.	**Telefono:**	3175247070

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Safia Parra
Relacion con el adulto mayor:	Sobrina
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1123112330
Telefono: 3212606076	**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: Luis Alejandro Parra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Rios Bernal

Cargo Aux. Enfermería.

13544

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4084857

PARRA MERCHAN
APELLIDOS

LUIS ALEJANDRO
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1955

COVARACHIA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

06-DIC-1973 COVARACHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-5205500-69061591-M-0004084857-20011116 03067 01318A 01 093843186

13542

Sisbén

Registro válido

B4

GRUPO SISBÉN
Pobreza moderada

Fecha de Consulta 26/03/2021

Ficha 5068300154400000571

DATOS PERSONALES

Nombres LUIS ALEJANDRO

Apellidos PARRA MERCHAN

Tipo de documento Cédula de ciudadanía

Número de documento 4324357

Municipio San Carlos de Guaroa

Departamento Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 10/10/2019

Última actualización del ciudadano 10/10/2019

Última actualización vía registros administrativos

* Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén más cercana

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	4084857
NOMBRES	LUIS ALEJANDRO
APELLIDOS	PARRA MERCHAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	09/01/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 15:10:55	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

8431

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

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259367108

12544

1/1

7808

"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".

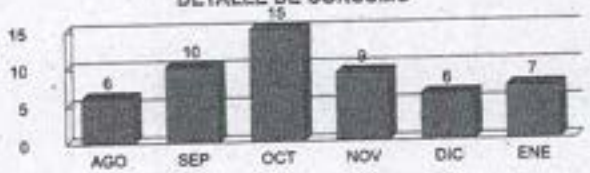
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-01-12 08:50 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-01-12 08:56 | CUDE | 8fa98254f1966ae65b51e4b9c2a4916a7f81a89181a7700d3072a56d0b0f084729a9d97112dfe044ba9b83f643624d3a6

Suscriptor: **SULINDE MERCHAN DULCEY**

Dirección: **CR 12 16 INSPECCION PALMERAS**

Ciudad: **San Carlos de Guaroa**

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 15365
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 15372
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:	
381.73 (Valor kWh con SUBS) x 7 (Consumo en kWh)	$2,672
	$6,476
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	$-3,805
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$2,672
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$7,000
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	
	$7,000
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS:	$-2
Ajuste A la Decena	

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 8
Documento No.: DES1024076
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $9280 14-12-24
Periodo Facturado: 08-12-2024/07-01-2025
Ruta: 89-8900700200

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	421550	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	12-ENE-2025 09:01				
ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

[PAL] Circuito	AC0401	[NC] Horas Compensadas	0
[TR] Transformador	S1T45	[VC] Veces a compensar	0
[CC] Grupo de calidad	32	[CEC] Consumo estimado a compensar	9
[AI] Duración en horas de interrupciones	68.087	[%U] Porcentaje de descuento del cargo	18
[FU] Número total de interrupciones	54	[CD] Cargo de Distribución	193.55
[DMG] Meta por duración	75.97	[FMG] Multa por Frecuencia	69

V/r a Compensar $ 0

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 (1) CU=G+T+D+C+PR+R					925.25
					925.25

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$9,670

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague Antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
24-ENE-2025	25-ENE-2025	$9,670

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

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

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-12-2024/07-01-2025	Ruta: 89-8900700200	259367108	24-ENE-2025	$9,670

(415)7709998002449(8020)0259367108(3900)0000009670

VIGILADO SUPERSERVICIOS

"USUARIO RES No. 012635 de DIC. 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR IVA RÉGIMEN COMÚN - SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
GRAN CONTRIBUYENTE VIGILADO
Electrificadora del Meta SA, NIt: 892.002.210-6, SWDE EMSA

13549

A6

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

Fecha: 05 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Margarita Gutierrez
Fecha y lugar de nacimiento: 67 Años	17-06-1969 villavicencio (meta).
Edad:	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40438461

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cleal cel
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	17 D 12				
Municipio:	San Carlos de Guaroa	**Estrato:**	C5	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3178803660

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ramon Gutierrez		
Relacion con el adulto mayor:	1122	Hijo	
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1122127660		
Telefono:	3178803066	**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: Margarita Gutierrez.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SK.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sidney Ruenbenl.

Cargo Aux. Enfermeria

13546

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.438.461**

GUTIERREZ

APELLIDOS

MARGARITA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1957**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-JUN-1994 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5205500-00208350-F-0040438461-20100106 **00195**16574A 1 28482530

13547

Sisbén

Fecha de consulta: 15/02/2025

Ficha: 50680004545100001731

C5

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARGARITA

Apellidos: GUTIERREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40438461

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/10/2019

Última actualización ciudadano: 03/10/2019

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	40438461
NOMBRES	MARGARITA
APELLIDOS	GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/04/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 13:33:43	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"

emsa

Trabajamos con energía
NIT. 8920022 10-6

10847

13549

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259008150

"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 acarrear la petición inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento"

259008150

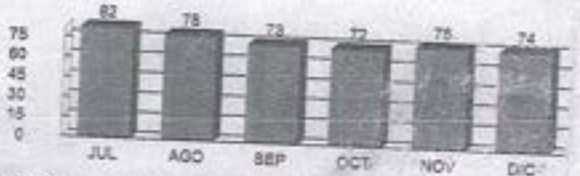
14207319

Suscriptor: "MARINELA RODRIGUEZ PAREDES"

Dirección: "MZ D CS 21 VDA PALMERAS"

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 13834
Tipo de Lectura Con Lectura

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 75
Factura No.: 20231225900815O
Facturas Atrasadas :0

Lectura Actual 13908
Anomalía 0

Límite Pago: 030200 21-11-23
Periodo Facturado: 11-11-2023/11-12-2023
Ruta: 55-5500500590

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:
354.67 (Valor kWh con SUBS) x 74 (Consumo en kWh) $26,2

VALOR NETO:
Porcentaje de SUBSIDIO (60%) $65,6
Valor porcentaje de SUBSIDIO
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $-39,3
Impuesto AP $26,2
OTROS CONCEPTOS: $6,0

SUBTOTAL VALOR OTROS
DESCUENTOS: $6,0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $32,2

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050342500	1

FACTURACIÓN DE 16-DIC-2023

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	29
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito			
COD. Transformador	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
Grupo de calidad	S1T47	(VC) Valor a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	72
(NIU) Número total de interrupciones	9.589	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	16
(DIUD) Mora por duración	36	(Dn) Cargo de Distribución	170,96
	75,97	(PRVD) Mora por Frecuencia	69
	V/r a Compensar $ 0		

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	380.27	Pérdidas reconocidas	PR $	67.74
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	46.25	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	2.88
Transporte en el sistema de distribución local	D $	265.02	Costo de comercialización	C $	96.06
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+C+PR+R					858.22
Total Cuv Calculado(Creg 012-20)					887.15

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	2,38%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuot

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
29-DIC-2023	30-DIC-2023	$32,260

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO
11-11-2023/11-12-2023

Ruta: 55-5500500590

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
259008150	29-DIC-2023	$32,260

(415)7709998002449(8020)025900815O(3900)0000032260

emsa
Trabajamos con energía
NIT. 8920022 10-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC 14-2018 | AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2007 | AGENTE RETENEDOR DE IVA | LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

13550

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** inspeccion palmira

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Amparo Amaya
Fecha y lugar de nacimiento:	15-02-1962 villarrica (mt)
Edad: 63 años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40437046

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

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

Dirección:	cra 54 #50				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B2	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3187713606

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Rene Amaya
Relacion con el adulto mayor:	sobrino
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	1122211556
Telefono: 3187713025	**Correo:** NA

	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: Ma. Amparo Ameza

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Yuley Rico Bent

Cargo Aux. Enfermeria

13551



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.437.046
AMAYA
APELLIDOS
MARIA AMPARO
NOMBRES
Amparo Amaya
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1962
CUMARAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-1994 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-5200100-00039613-F-0040437046-20091216 0019125420A 1 30413375

13552

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/07/2025

Ficha: 50680002544900000638

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA AMPARO

Apellidos: AMAYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40437046

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/02/2025

Última actualización ciudadano: 12/02/2025

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.gov.co

13553

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
NUMERO DE IDENTIFICACION	40437048
NOMBRES	MARIA AMPARO
APELLIDOS	AMAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	23/07/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	07/07/2025 08:03:59	**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

8070

13554

1/1

7454

emsa

Electrificadora del Meta S.A.

NIt. 892002210-6

Calle 37A 33-37 Central Alta
Vía La Reforma - Villavicencio

Línea 115 (de opción Minuto)
Línea gratuita nacional:
018000 938 115
Centro de operación usuarios:
3100221000
Whatsapp: 316 323 7464

Si tiene una reclamación pendiente ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

www.electrificadoradelmeta.com.co

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259045305

"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 2025-06-10 10:24 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:37 | CUDE 87beea678935c62a94ce1a8721ea0b62b397dace40466868f91b8861480301c9eae3c7b3cd31a8eca25e3379d975e0e4

Suscriptor: MARIA AMPARO AMAYA

Dirección: CR 5 4 50 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 42246
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 42391
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 177
Documento No.: DES3021469
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $87440 04-06-25
Período Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900501450

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
KRI	327749	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	ACD401	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1T11288	(VC) Veces a compensar	0
Vigor de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	163
(DU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%E) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FU) Número total de interrupciones	53	(CD) Cargo de Distribución	197.35
(DU/U) Media por duración	75.97	(FU/U) Multa por Frecuencia	69

V.V 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+Co+PR+R		858.97

Interés moratorio residencial 0,49% | Interés moratorio no residencial 1,66%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

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 145 (Consumo en kWh)	$57,437
VALOR NETO:	$124,550
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-67,113
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$57,437
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,003

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $64,440

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$64,440

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 89-8900501450	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-05-2025/06-06-2025		259045305	20-JUN-2025	$64,440

(415)7709998002449(8020)0259045305(3900)0000064440

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012630 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 (Art.130 Ley 142 de 1994) y una vez hayan sus efectos se anulará y será labrada nuevamente

Electrificadora del Meta SA, Nit. 892 002 210-6, GRAN E.EMSA

13555

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

Fecha: 06 06 2025 **Centro Vida:** Inspección palmeros

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		José orlando Gonzalez vasquez					
Fecha y lugar de nacimiento:		22-12-1957					
Edad:	68	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		17.304.215			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	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		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:		Lt Bumbu cementerio - vda palmeros					
Municipio:	San Carlos (N)	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bumbu L via cerro		
Zona:	Rural		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3102253933	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:		Fernando mejia	
Relacion con el adulto mayor:		amigo	
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**		86048054	
Telefono:	3172557306	**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 Orlando Gonzalez V.

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: Sirley Ruz Real

Cargo Auxiliar Enfermeria

13556

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **17.304.215**

GONZALEZ VASQUEZ

APELLIDOS

JOSE ORLANDO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1957**

COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-ABR-1983 COYAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-5205500-00890367-F-0028647514-20170323 0054432832A 1 47927531

13557

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/06/2025

Ficha: 50680005545200000790

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE ORLANDO

Apellidos: GONZALEZ VASQUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17304215

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/10/2019

Última actualización ciudadano: 10/10/2019

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	17304215
NOMBRES	JOSE ORLANDO
APELLIDOS	GONZALEZ VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/07/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/04/2025 15:03:53	**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

13559

7698

7681

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258952147

...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: 2025-03-12 11:42 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN: 2025-03-12 11:47 | CUDE: 82d9f1719f8f9628fbd1499bd2be1c014a58fe1d5775dbae7e69cf2acb284727935cc0bd23d806609ed52d85d5e98

Suscriptor: JOSE ORLANDO GONZALEZ

Dirección: LT BAMBU VIA AL CEMENTERIO VDA PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 27666
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 27827
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 228
Documento No.: DES1821380
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $268610 15-02-25
Periodo Facturado: 06-02-2025/07-03-2025
Ruta: 88-8900450300

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 161 (Consumo en kWh)	$62,320
VALOR NETO:	$150,514
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-88,194
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$62,319
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,000

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	90111324	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 12-MAR-2025 02:03

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1150	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	193
(DIU) Duración en horas de interrupciones	51.174	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	47	(Cd) Cargo de Distribución	197.53
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

Vlr a Compensar $ 0

Costo en Boca 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%

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA: $69,320

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $: $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
25-MAR-2025	26-MAR-2025	$69,320

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

"EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)"

PERIODO FACTURADO	Ruta: 88-8900450300	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
06-02-2025/07-03-2025		258952147	25-MAR-2025	$69,320

GRAN CONTRIBUYENTE RE... No. 012835 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR IRES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPER... SIDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

13560

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

Fecha: 06 06 2025 Centro Vida: Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Maria del Carmen Montañez Lopez					
Fecha y lugar de nacimiento:		15-01-1949 villavicencio (meta).					
Edad:	76 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21225839					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Clsalud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cll 2 Cr 3-07						
Municipio:	San Carlos de G.		**Estrato:**	B1	**Barrio:**	— —	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3178803060	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Sofia Montañez		
Relacion con el adulto mayor:	Sobrina		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1121123 54		
Telefono:	3177223601	**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: Maria Del Carmen Muñoz.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Shirley Ruiz Bernal.

Cargo Aux. Enfer.

13561

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.225.839**
MONTAÑEZ LOPEZ
APELLIDOS
MARIA DEL CARMEN
NOMBRES



María del Carmen
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1949**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

22-AGO-1972 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00147333-F-0021225839-20090119 0009564734A 1 4990014878

13562

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 17/03/2025

Ficha: 5068000254490000662

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARIA DELCARMEN**

Apellidos: **MONTAÑEZ LOPEZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **21225839**

Municipio: **San Carlos de Guaroa**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/03/2025

Última actualización ciudadano: 11/03/2025

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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobreza ni vulnerabilidad

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	21225839
NOMBRES	MARIA DEL CARMEN
APELLIDOS	MONTAÑEZ LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	01/06/2002	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 13:54:17	Estación de origen:	192.168.70.220

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

8601

13564

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
NIt. 892502270-6

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259253334

7972 1/1

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

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-01-12 08:50 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-01-12 08:57 | CUDE | 562664d560283747e2138ee03bbe97ddbb5455898baa923d5e46377e5253793459445fdcaa89ecd9b7a273e96b7831

Suscriptor: MARIA DEL CARMEN MONTANEZ
Dirección: CL 2 CR 5 07 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 47125
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 47478
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 351
Documento No.: DES1024240
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $423810 07-01-25
Periodo Facturado: 08-12-2024/07-01-2025
Ruta: 89-8900701010

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:	
1110.3 (Valor kWh con CONT) x 353 (Consumo en kWh)	$391,936
VALOR NETO:	$326,613
Porcentaje de CONTRIBUCION (20%)	
Valor porcentaje de CONTRIBUCION	$65,323
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$391,935
Impuesto AP	$32,661
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS	$32,664
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$424,600

INFORMACION TECNICA

MARCA CONTADOR (EE)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071061948	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-ENE-2025 09:01

ESTRATO		ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Comercial	CÓDIGO CIIU	Otros servi	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

CAI-Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
Transformador	S1T45	(VC) Veces a compensar	0
Tipo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	373
(DIU) Duración en horas de interrupciones	68.087	(TIU) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	54	(DE) Cargo de Distribución	193.55
(DIU2) Meta por duración	75.97	(FIU2) Meta por Frecuencia	69

V/r a Compensar $ 0

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Información Técnica de Consumo (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 (1) CU=G+T+D+C+PR+R					925.25
					925.25

Pagúe antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
24-ENE-2025	25-ENE-2025	$424,600

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	2,18%

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-12-2024/07-01-2025	Ruta: 89-8900701010	259253334	24-ENE-2025	$424,600

(415)7709998002449(8020)0259253334(3900)0000424600

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE, RES No. 012035 de DIC.1-2015 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 6917 Enero-05-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.270-6, SWOX -EMSA
La prestación tendrá periodo máximo ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se entiende a este hecho de cobro

13565

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Mary Gilma Sanchez
Fecha y lugar de nacimiento:	02-12-1946 San Antonio (Tolima).
Edad: 78 AÑOS	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 30096067

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

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

Dirección:	Cll 3 -05-02					
Municipio:	San Carlos G.		**Estrato:**		**Barrio:**	— —
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3185907083

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ana Sanchez
Relacion con el adulto mayor:	sobrina
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	4060760
Telefono: 3175403670	**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 Gilma Sánchez.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal.

Cargo Aux. Enfer

13566

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
30.996.067
NUMERO

SANCHEZ SALCEDO
APELLIDOS

MARIA GILMA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1946
SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ENE-1974 SAN CARLOS DE GUAROA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5205500-69131911-F-0030996067-20050805 01011 05217B 02 144688143

13567

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 50680006545300000659

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA GILMA

Apellidos: SANCHEZ SALCEDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30996067

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/10/2019

Última actualización ciudadano: 20/03/2024

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 6 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	30996067
NOMBRES	MARIA GILMA
APELLIDOS	SANCHEZ SALCEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	15/06/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/03/2025 07:22:20	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

8554

13569

1/1

7938

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
No. 892002210-6

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259413372

"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 | 2025-06-10 10:25 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-10 10:36 | CUDE | a18a250869b2f1078a5035b107e782453e10ed8608679f3f9be10bab881755d8fea94e8f923d5d0cdb2462eb26a3541b6

Suscriptor: ALFONSO CARRILLO PAEZ

Dirección: CL 3 5 02 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 17943
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 18170
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 223
Documento No.: DE530021953
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $232790 31-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900700310

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
OSA	001000133	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
(TR) Transformador	S1T45	(VC) Veces a compensar	0
Cargo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	206
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(Pvc) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(CD) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

V/r a Compensar $ 0

Costos unitarios de la prestación del servicio de EMSA ($/kWh)

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

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

Subsidios 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 173 (Consumo en kWh)	$68,529
858.97 (Valor kWh) x 54 (Consumo en kWh)	$46,384
VALOR NETO:	$194,986
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-80,073
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$114,913
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
Suspensión Rural (Pin - Bornera)	$38,830
Reconexión Rural (Pin - Bornera)	$38,830
SUBTOTAL VALOR OTROS	$84,660
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$199,570

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$199,570

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-05-2025/06-06-2025	Ruta: 89-8900700310	259413372	20-JUN-2025	$199,570

(415)7709998002449(8020)0259413372(3900)0000199570

emsa
No. 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR IRES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
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 asimila a una letra de cambio

13570

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmera

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Lilia Velasquez Herrera
Fecha y lugar de nacimiento:	11-01-1950 villavicencio (meta)
Edad: 75 años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40 350 003

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		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**	A3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cosalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Salida Manchay				
Municipio:	San Carlos G	**Estrato:**	A3	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3168324145

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Saul velasquez
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	3102845G
Telefono: 3168324145	**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: Mayra Lilian Velasquez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sidney Ann Bernal

Cargo Aux. Enfermeria

13571



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.350.003
VELASQUEZ HERRERA

APELLIDOS
MARIA LILIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1950
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

31-AGO-1977 SAN CARLOS DE GUAROA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5205500-00254037-F-0040350003-20100907 0023787268A 1 39483237

13572

Sisbén

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de vivienda

Fecha de consulta: 09/07/2025

Ficha: 50680002544900000620

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LILIA

Apellidos: VELASQUEZ HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40350003

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/11/2023

Última actualización ciudadano: 28/11/2023

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	40350003
NOMBRES	MARIA LILIA
APELLIDOS	VELASQUEZ HERRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	27/06/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/10/2025 11:12:48	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".

7832 13574

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

Calle 37A 4C-07 Barrio Alto Vía La Azotea y Alrededores
Línea PQR nacional gratuita: 018000919595
Desde cualquier operador: 339 007 8020
WhatsApp: 316 025 7404

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

275693056

7216 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 | 2025-06-10 10:23 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-10 10:37 | CUDE | e48a2254635ac93bc8a1f8e05d5910a863eb3725b041e2752bb3221c7639a19ee4a01835a6948745680f5e26531d73

Suscriptor: BENJAMIN SANCHEZ ARIAS

Dirección: SALIDA MORICHAL INSPECCION PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 21814
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 21884
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:

396.12 (Valor kWh con SUBS) x 80 (Consumo en kWh)	$19,806
VALOR NETO:	$42,948
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23,143
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$19,806
Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,004

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 68
Documento No.: DES3021232
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $29040 06-06-25
Periodo Facturado: 08-05-2025 06-06-2025
Ruta: 89-8900500260

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-37414031	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	10-JUN-2025 11:06				
ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$26,810

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
TRAFO Transformador	S1T47	(HC) Horas a compensar	0
po de calidad	32	(CIU) Consumo estimado a compensar	67
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	52	(CD) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

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	1.88%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$26,810

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900500260

Código del cliente
275693056

Fecha de vencimiento
20-JUN-2025

Valor a pagar
$26,810

(415)7709998002449(8020)0275693056(3900)0000026810

emsa
Nit. 892000210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

13575

21

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

Fecha: 06 | 08 | 2025 **Centro Vida:** Inspección Palmira

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		María Sandra González Lima					
Fecha y lugar de nacimiento:		05-10-1981 Natagaima (Tolima)					
Edad:	73 años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		30996068			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cisalud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			
Dirección:	Cll 3-452						
Municipio:	San Luis de G.		**Estrato:**	A4	**Barrio:**	— — —	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3169522979	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Sara Gonzalez		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	84569250		
Telefono:	3169522979	**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: Maria Sumilda Gonzalez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SK.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Shirley Rico Bernal

Cargo Aux Enf

13576

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.996.068
GONZALEZ LIMA
APELLIDOS
MARIA SUNILDA
NOMBRES



María S. G.L
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1951
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ENE-1974 SAN CARLOS DE GUAROA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5205500-00196468-F-0030996068-20091113 0017[illegible]A 1 5020089966

13577

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 50680085544500004897

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA SUNILDA

Apellidos: GONZALEZ LIMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30996068

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/03/2023

Última actualización ciudadano: 27/03/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	30996068
NOMBRES	MARIA SUNILDA
APELLIDOS	GONZALEZ LIMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	02/04/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:13:00	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

259382031

7993 1/1

13579

"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 2025-06-10 10:25 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:39 | CUDE 8fa721903db0027c060d80316fa27e203b3d4d0b6f5a3a718357e1eadfcaa4a0206ecd5bd7f33b54f8fcdc229b253a58

Suscriptor: MARIA SUNILDE GONZALEZ
Dirección: CL 3 4 52 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(5) A-S
Lectura Anterior 1141
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 1162
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 495.16 (Valor kWh con SUBS) x 21 (Consumo en kWh)	$10,396
	$18,038
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	$-7,640
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$10,398
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$9,000
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	$2
Ajuste a la Decena	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$9,002

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 41
Documento No.: DES3022008
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $30640 23-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900700560

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
DIS	20108213	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural -	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
Cl[illegible]lemador	S1T45	(VC) Veces a compensar	0
Grup[illegible]-calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	39
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

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 FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$19,400

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$19,400

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se estima aceptada a una tasa de cambio

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

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900700560

Código del cliente
259382031

Fecha de vencimiento
20-JUN-2025

Valor a pagar

(415)7709998002449(8020)0259382031(3900)0000019400

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

VIGILADO

13580

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Mercedes Martinez Ciprian
Fecha y lugar de nacimiento:	26-09-1960 Palestina Cundinamarca
Edad: 64 años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21188906

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	X	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**	C3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	C3 Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cll. 3 4-32					
Municipio:	San Luis	6.	**Estrato:**	C3	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3160497725

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Clara Martinez		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1122704140		
Telefono:	3160497125	**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: Feliz Salgado

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

S R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Silky Ruth Bent

Cargo Aux. Enfermería

13581

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MARTINEZ CIPRIAN

NUIP 21.188.906

Nombres
MERCEDES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.63

Sexo
F

Fecha de nacimiento
26 SEPT 1960

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
PARATEBUENO (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 SEPT 1979, RESTREPO

Firma

Fecha de expiración
02 DIC 2033

.CO

039769538

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039769538652050<<<<<<<<<<<
6009267F3312027COL21188906<<<7
MARTINEZ<CIPRIAN<<MERCEDES<<<<

13582

Sisbén

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 17/06/2025

Ficha: 50680003545000001955

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MERCEDES

Apellidos: MARTINEZ CIPRIAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 21188906

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2025

Última actualización ciudadano: 25/02/2025

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORB

Dirección: Calle 5 No 8 -

Teléfono: 6557128 - 3113341

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.gov

13583

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	21188906
NOMBRES	MERCEDES
APELLIDOS	MARTINEZ CIPRIAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	23/11/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/08/2025 15:06:42	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Línea 24 h: 01 8 00 91 8000 Visita Puntos Virtuales
Línea 115 (para usuarios Movistar) Línea gratuita nacional 018000918115
Puntos virtuales presenciales 316 027 0032 WhatsApp: 316 555 7464
Centro de servicios especializados - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258990179

13584

1/1

8150

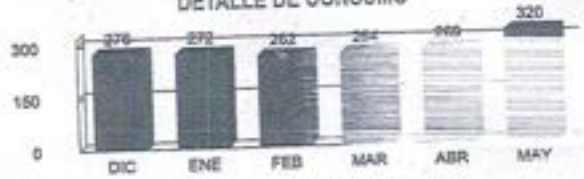
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipulados en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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 inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento.

Suscriptor: GLORIAS LINARES

Dirección: CL 3 4 32 INSP PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 43936
Tipo de Lectura: Con Consumo

Lectura Actual 44208
Anomalía 0

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:

Valor sorcentile de Subsi...
SUBTOTAL VALOR CONSU...
Interés
OTROS CONCEPT...
Abonos a la Deu...

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 272
Documento No.: DES2825462
Facturas Atrasadas 0

Ultimo Pago: $163120 06-05-25
Periodo Facturado: 07-04-2025/07-05-2025
Ruta: 89-8900701560

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	19203587	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	12-MAY-2025 03:05				
ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

	AC0401	(IHC) Horas Compensadas	0
	S1T11288	(IVC) Veces a compensar	0
	[illegible]	[illegible]	384
	[illegible]	[illegible]	30
	99.13	[illegible]	300 KR
	31	[illegible]	R6

Veces Compensa... 0

Costo unitario de la prestación del servicio de energía

CONCEPTO		CONCEPTO		
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T$	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	0$	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D$	269.61	Costo de comercialización	C$	144.23
Total Cuv Liquidado(Cu)					[illegible]

Interés moratorio residencial	0,49%	Interés moratorio no residencial	

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA			$204,860

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

[illegible]	[illegible]	[illegible]
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$204,860

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO
07-04-2025/07-05-2025

Ruta: 89-8900701560

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
258990179	23-MAY-2025	$204,860

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

RES No. 0547 Enero-25-2002 EDO
112835 de DIC.14-2018 DIAN - NC... FE AU...3R9
ENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

13585
23

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmeras

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Miriam Cardona Hernandez
Fecha y lugar de nacimiento:	16-09-1959 Ceilan Buenaventura (Valle)
Edad: 65 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 38862359

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

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

Dirección:	El triunfo				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B2	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3161723584.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Juan Cordoba
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1006445928
Telefono: 3161723584	**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: Miriam Cardona Hernandez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sidney Rivas Bent.

Cargo Aux. Enfermeria

13586

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.862.359
CARDONA HERNANDEZ
APELLIDOS
MIRIAM
NOMBRES

miriam cardonaH
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1959
CC CEILAN
BUGALAGRANDE (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-1981 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5205500-0020986-F-0038862359-20100120 0020166917A 1 28482661

13587

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/10/2024

Ficha: 50680085544500005527

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIRIAM

Apellidos: CARDONA HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38862359

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/05/2023

Última actualización ciudadano: 24/05/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	38862359
NOMBRES	MIRIAM
APELLIDOS	CARDONA HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	15/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 16:39:40	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

10647

13589

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

259008150

"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".

Suscriptor: "MARINELA RODRIGUEZ PAREDES"

Dirección: "MZ D CS 21 VDA PALMERAS"

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 13824
Tipo de Lectura Con Lectura

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 75
Factura No.: 2023122259008150
Facturas Atrasadas :0

Lectura Actual 13899
Anomalía 0

Ultimo Pago: $30200 20-11-23
Periodo Facturado: 11-11-2023/11-12-2023
Ruta: 55-5600500590

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía: 354.67 (Valor kWh con SUBS) x 74 (Consumo en kWh)	$26.260
VALOR NETO	$66.649
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	$-39.389
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$26.260
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$6.000
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$6.000
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$32.260

75.600

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (E)	NÚMERO (E)	FACTOR
HOL	050342500	1

FACTURACIÓN DE +6-DIC-2023

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	29
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
Transformador	S1T47	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CSC Consumo estimado a compensar	72
(DAI) Duración en horas de interrupciones	9.589	(%a) Porcentaje de descuento del cargo	15
(FAI) Número total de interrupciones	26	(DC) Cargo de Distribución	170.56
(DIUG) Meta por duración	76.67	(FIUG) Meta por Frecuencia	69
		VVa Compensar $	0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	380.27	Pérdidas reconocidas	PR $	67.74
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	46.25	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	2.88
Transporte en el sistema de distribución local	D $	265.02	Costo de comercialización	C $	96.06
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( )			[CU=G+T+D+Cv+PR+R		858.22
Total Cuv Calculado(Creg 012-20)					887.15

	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura		
Subsidio FOES			1	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	2,35%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
29-DIC-2023	30-DIC-2023	$32,260

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
11-11-2023/11-12-2023 Ruta: 55-5600500590	259008150	29-DIC-2023	$32,260

emsa
Soluciones con energía

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012600 DE 2010 VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.1153 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

www.electrificadoradelmeta.com

13590

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

Fecha: 06 | 06 | 2023 **Centro Vida:** Inspeccion Palmera

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Otoniel Arcadio Duque Moncada
Fecha y lugar de nacimiento:	09-08-1952 Puebla Rico Risaralda
Edad: 72 años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 4527188

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	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**	A3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	C/salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cll 3 - 5 - 20				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	A3	**Barrio:**	
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3182803740

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Dairo Duque
Relacion con el adulto mayor:	Sobrino
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1007203330
Telefono: 3182803620	**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: Otoniel Hracio Duque

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Silvia Rosa Bernal

Cargo Aux. Enf

13591

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.527.188**

DUQUE MONCADA

APELLIDOS

OTONIEL HERACLIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1952**

PUEBLORRICO
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

12-JUL-1974 PUEBLORRICO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00237400-M-0004527188-20100430 0022078171A 1 6710715492

SISBEN - COLOMBIA

06/09/2012 9:29:08

BERNABE ULLOA RUIZ - Administrador

Consultar por Nombre y Apellidos - Histórico

50 / META 680 / San Carlos Guaroa

Sólo tiene validez para efectos de información del puntaje.

Ficha	Hogar	Orden	Nucleo	JUG	UG	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Tipo	Identificación	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Puntaje
00001249	01	1	1	*	1	DUQUE	MONCADA	OTONIEL	HERACLIO	1	452718[illegible]	1	09/08/1952	58	42.9

El puntaje del Sisbén III y la información aquí suministrada es solamente de carácter informativo

Esta información debe ser validada por el DNP para la conformación de la Base Certificada del Sisbén.

La consulta del puntaje de la base certificada del Sisbén se puede realizar en la página www.sisben.gov.co

Para los propósitos de focalización del gasto social, los programas sociales deben hacer uso de la Base Certificada del Sisbén. En este sentido, esta impresión no sustituye dicha base ni se deberá entender como útil para la asignación de subsidios.

13593

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	4527188
NOMBRES	OTONIEL HERACLIO
APELLIDOS	DUQUE MONCADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	02/11/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/03/2025 08:52:42	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones

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

8127

Calle 35A #2-13 Barrio Juna Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (Línea nacional gratuita)
Desde cualquier operador: 318 627 0035
WhatsApp: 318 555 7464

Consumo responsable de energía eléctrica - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258841624

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

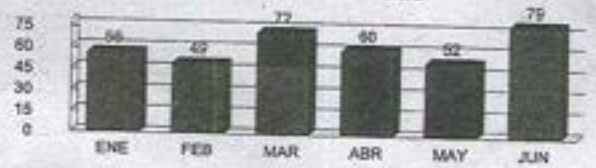
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-06-10 10:24 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-10 10:38 | CUDE

Suscriptor: OTONIEL DUQUE MONCADA

Dirección: CL 3 5 20 INSPECCION PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 8550
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 8629
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 60
Documento No.: DE83021426
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: 534580 21-05-25
Periodo facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900501710

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 495.16 (Valor kWh con SUBS) x 79 (Consumo en kWh)	$39,118
VALOR NETO:	$67,858
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-28,741
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$39,117
Impuesto AP	$9,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$9,002

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	421509	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

CMI. Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1T11288	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	60
(DUG) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FUG) Número total de interrupciones	83	(CD) Carga de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FUG) Meta por Frecuencia	69

V/r a Compensar $ 0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $48,120

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

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

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

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$48,120

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900501710

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
258841624	20-JUN-2025	$48,120

(415)7709998002449(8020)0258841624(3900)0000048120

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC/14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2022
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos a que haya lugar se remite a las leyes de carácter

13595

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmeras

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Pedro Pablo Aguilera Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	15-07-1944 (cundinamarca).

Edad: 80 AÑS **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 323346

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B 7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Colsalud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cr 3-2E-				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B 7	**Barrio:**	— — —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3156936040

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maria Aguilera
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1121704440
Telefono: 3156936040 **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: Pedro Pablo Aguilera

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SR

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bard

Cargo Aux. Enfer

13596

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 323.346

AGUILERA RODRIGUEZ

APELLIDOS

PEDRO PABLO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1944

UBALA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

21-ENE-1974 MEDINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1516600-01104911-M-0000323346-20191020 0068407128A 1 9910437771

13597

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 50680003545000001923

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PEDRO PABLO

Apellidos: AGUILERA RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 323346

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/03/2025

Última actualización ciudadano: 11/03/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	323346
NOMBRES	PEDRO PABLO
APELLIDOS	AGUILERA RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	09/07/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 14:33:53	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

7983

13599

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea emergencia 24 Horas: 316 027 8035

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

258829132

7364 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 2025-01-12 08:49 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-01-12 08:56 | CUDE e37c4ac04be02a8fbe06c689aa03d98293ba18d7dcca50c423e629a78996f1eaf81d3c0db8ddac3e6364d6aad3cda169

Suscriptor: **HILDA MARIA FRANCO TUNJANO**

Dirección: **CR 5 4 28 CALLEJON INSP PALMERAS**

Ciudad: **San Carlos de Guaroa**

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 621
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 681
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 73
Documento No.: DES1023623
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $36370 23-12-24
Período Facturado: 08-12-2024/07-01-2025
Ruta: 89-8900501475

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:

477.17 (Valor kWh con SUBS) x 60 (Consumo en kWh)	$28,630
VALOR NETO:	$55,515
Porcentaje de SUBSIDIO (48%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-26,885
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$28,630
Impuesto AP	$8,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$8,000
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$36,630

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	2305102757	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-ENE-2025 09:01

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AD0401	[HC] Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	S1111288	[VC] Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	[CEC] Consumo estimado a compensar	52
[DIU] Duración en horas de interrupciones	68.087	[%c] Porcentaje de descuentos del cargo	18
[FIU] Número total de interrupciones	54	[DI] Cargo de Distribución	193.55
[DIUG] Meta por duración	75.97	[FIUG] Meta por Frecuencia	69

VIr 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 (1) CUv=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%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
24-ENE-2025	25-ENE-2025	$36,630

Impuesto AP Acuerdo 019 Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-12-2024/07-01-2025

Ruta: 89-8900501475

Código del cliente
258829132

Fecha de vencimiento
24-ENE-2025

Valor a pagar
$36,630

(415)7709998002449(8020)0258829132(3900)0000036630

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2022
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta SA. Nit. 892.002.210-6, SIWDE-EMSA

La prescripción aplica conforme a lo establecido en el artículo 130 Ley 142 de 1994 y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

13600

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

Fecha: 06 | 08 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmira

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rafael Antonio Paya Ramirez
Fecha y lugar de nacimiento:	25-09-1951 Santa Maria Boyaca
Edad: 73 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 19 220567.

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**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Villa maria					
Municipio:	San Carlos G.		**Estrato:**	B3	**Barrio:**	—
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3165708020

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Jhoan Parra
Relacion con el adulto mayor:	Sobrino
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1122775380
Telefono: 3182607020	**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: Rafael Antonio Perea

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SK.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ruiz Bernal

Cargo Aux. Enfermeria

13601

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.220.567

PARRA RAMIREZ

APELLIDOS

RAFAEL ANTONIO

NOMBRES

R A P R

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1951

SANTA MARIA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

17-JUL-1984 SAN JOSE DEL GUAVIARE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5205000-00793376-M-0018220567-20160225 0048634975A 2 46047542

13602

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/06/2025

Ficha: 5068008554450000382

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAFAEL ANTONIO

Apellidos: PARRA RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 18220567

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/06/2025

Última actualización ciudadano: 10/06/2025

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	18220567
NOMBRES	RAFAEL ANTONIO
APELLIDOS	PARRA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	09/10/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/03/2025 08:48:02	**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

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
PBX (606) 6634000
Línea gratuita Nacional: 018000919933
Línea emergencia 24 Horas 316 027 8035

4232 13664

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

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

475447963

1/1

2487

"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".

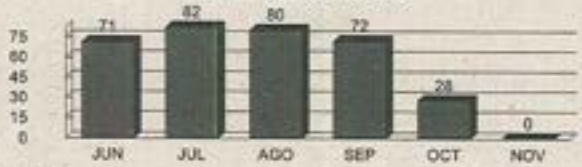
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2024-11-08 13:29	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2024-11-08 13:29	CUDE	29080a997bbd4a6f15e536c93e09b734aa134511ed25485e946e62c20f6b75a120f993e8475d474bb7e383ec72211aa

Suscriptor: RAFAEL ANTONIO PARRA RAMIREZ

Dirección: VILLA CA 64

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 733
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 733
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

Impuesto AP	$7,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7,000

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 68
Documento No.: DES162273
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $17650 18-10-24
Periodo Facturado: 01-10-2024/31-10-2024
Ruta: 36-3600300160

INFORMACIÓN TECNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
UNI	2000128110	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	05-NOV-2024 03:11				
ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	38
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
CUO. Transformador	S1T16516	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	72
(DU) Duración en horas de interrupciones	22.144	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FU) Número total de interrupciones	44	(Dt) Cargo de Distribución	192.4
(DUG) Meta por duración	75.97	(FUG) Meta por Frecuencia	69

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	397.14	Pérdidas reconocidas	PR $	71.42
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.27	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	1.77
Transporte en el sistema de distribución local	D $	243.93	Costo de comercialización	C $	151.42
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) | CU=G+T+D+C+PR+R					917.95
					917.95

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

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$7,000

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
18-NOV-2024	19-NOV-2024	$7,000

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 36-3600300160	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
01-10-2024/31-10-2024		475447963	18-NOV-2024	$7,000

(415)7709998002449(8020)0475447963(3900)0000007000

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-26-2022
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-6, SIREF-EMSA

13605

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

Fecha: 06 08 2025 Centro Vida: Inspeccion fulmeros

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Maria Ofelia Mape yaima					
Fecha y lugar de nacimiento:		22-10-1957					
Edad:	68	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		28.647.514			
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)	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	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**	B2
Otro		Indígena		Psicosocial		**EPS**	capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cll 31 91C 41136 Barrio centro						
Municipio:	San carlos G	**Estrato:**	1	**Barrio:**	centro		
Zona:	**Rural**	✓	**Urbano**		**Telefono:**	3172357309	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Fernando gonzalez mape		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	86045054		
Telefono:	3143662854	**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

María Ofelia Hafe

Firma del adulto mayor

Nombre: María Ofelia Hafe

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



SR

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sirley Ria Bernal

Cargo Aux. Enfermia

13606

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **28.647.514**

MAPE YAIMA

APELLIDOS

MARIA OFELIA

NOMBRES

Ofelia Mape Y

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1957**

COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

18-ABR-1983 COYAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5205500-00890367-F-0028647514-20170323 0054432832A 1 47927531

13607

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/06/2025

Ficha: 50680005545200000790

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA OFELIA

Apellidos: MAPE YAIMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28647514

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/10/2019

Última actualización ciudadano: 10/10/2019

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: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	28647514
NOMBRES	MARIA OFELIA
APELLIDOS	MAPE YAIMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	28/09/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/04/2025 14:57:06	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

13609

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 892001221-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo servicio Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8055
WhatsApp: 316 555 7664

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

362884913

-259835.00.07EMSA2025v2

*"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 | 2025-09-09 10:35 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-09 10:37 | CUDE | 19636895f98Dca4e85276ae624016f1b0d9873bbc2967cd7ac8eb4498fef5eeb31dc6e0a7ceb249e4f648d017edd93

Suscriptor: **MARIA SANCLEMENTE**

Dirección: CL 3 1 91C 41 136 BRR CENTRO

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 9970 Lectura Actual 10105
Tipo de Lectura Con Lectura 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: 384.08 (Valor kWh con SUBS) x 135 (Consumo en kWh)	$51,851
VALOR NETO:	$116,951
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-65,100
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$51,851
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$7,000
SUBTOTAL VALOR OTROS	$7,000
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
Pago aplicado a factura	$-58,850
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-58,851
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 112
Documento No.: DES4217766
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $58850 13-09-25
Periodo: 08-08-2025/06-09-2025
Ruta: 89-8900700095

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15060620	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 15-SEP-2025 09:44

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Rural	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

Indicadores de calidad

Cod. Circuito	AC0401	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	S1T45	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	115
(U) Duración en horas de interrupciones	73.765	(%U) Porcentaje de descuento del cargo	20
(U) Número total de interrupciones	62	(DU) Cargo de Distribución	167.33
(DMAG) Meta por duración	75.97	(FMAG) Meta por Frecuencia	69

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 $	308.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.93	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.65
Transporte en el sistema de distribución local	D $	237.17	Costo de comercialización	C $	156.11
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					866.3

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
19-SEP-2025	20-SEP-2025	$0

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-08-2025/06-09-2025	362884913	19-SEP-2025	$0

41577099980024498020036288491339000000000000

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES 0047 Enero-25-2002
VIGILADO 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: 892.002.293-6, SIREC-EMSA

13610

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

Fecha: 05 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Inspacon Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Reinulfo Medina Lopez
Fecha y lugar de nacimiento:	07-02-1952 Campo Alegre (Huila)
Edad: 73 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 1894245

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	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**	Clsalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 9 Principal				
Municipio:	San Carlos G.	**Estrato:**	B4	**Barrio:**	— —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3144427066

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Nelly Medina
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1123114524
Telefono: 3182607020	**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: Reinulfo Medina

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

SK

Firma del profesional que realiza la Inscripcion

Nombre: Sulay Rambal

Cargo Aux. Enfermera

13611

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.894.245
MEDINA LOPEZ

APELLIDOS
REINULFO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1952
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-JUN-1973 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00132368-M-0004894245-20061130 0007201920A 1 4990014852

13612

Sisbén

Actualizado De Hoy.

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de vivienda

B4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

Fecha de consulta: 16/12/2021

Ficha: 506800055452000000785

DATOS PERSONALES

Nombres: REINULFO

Apellidos: MEDINA LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4894245

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/09/2021

Última actualización ciudadano: 07/09/2021

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**



Encontramos inconsistencias en su ficha. Le invitamos a acercarse a la oficina Sisbén del municipio en el que vive para actualizar su información.

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Sin pobreza ni vulnerabilidad

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CRISTIAN ALEXANDER GARAVITO ROMERO

Dirección: Calle 5 No 9 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

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	4894245
NOMBRES	REINULFO
APELLIDOS	MEDINA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

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	09/05/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/02/2025 10:17:01	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".

8686

13614

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

277455208

"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 2025-05-10 10:25 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-05-10 10:40 | CUDE

Suscriptor: REIUNULFO MEDINA LOPEZ

Dirección: CL 9 PRINCIPAL VDA PALMERAS

Ciudad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 26049
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 26121
Anomalia 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 396.12 (Valor kWh con SUBS) x 72 (Consumo en kWh)	$28.521
VALOR NETO:	$61.841
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	$-33.321
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$28.521
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$7.864
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$7.864
DESCUENTOS:	$-
Ajuste A la Decena	
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$35.520

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 59
Documento No.: DI8500220B5
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $30610 15-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025/06-06-2025
Ruta: 89-8900700945

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050340247	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AC0401	(NC) Horas Compensadas	0
CDO. Transformador	S1T50	(VC) Voltios a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	59
(DIU) Duración en horas de interrupciones	74.121	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	63	(DC) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69

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	Cargo 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 1,59%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuo

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$35,520

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN SOHÓRGUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900700945

Código del cliente
277455208

Fecha de vencimiento
20-JUN-2025

Valor a pagar
$35,520

emsa

VIGILADO SUPERSERVIC

No. 012635 de DIC. 14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 DE 25-2002
GRAN CONTRIBUYENTE VIGILADA POR LA SUPE
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

13615

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

Fecha: 06 | 05 | 2025 **Centro Vida:** Inspeccion Palmas

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Rodrigo de Jesus Mejia Lopez					
Fecha y lugar de nacimiento:		1970-1942 Santuario Risaralda					
Edad:	82 Años	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 473968					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Clsalud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cll 2 3-70				
Municipio:	San Carlos	**Estrato:**	B7	**Barrio:**	— —
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X.	**Telefono:**	3114277345

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luz Mejia Ospina		
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1122340575		
Telefono:	3146077345	**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: Rodrigo de jesus Mejia

Relacion con el adulto mayor (si aplica)

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

SP.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Silvia Karina Bent

Cargo Aux Enfermeria

13616

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 473.968

MEJIA LOPEZ
APELLIDOS

RODRIGO DE JESUS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1942
SANTUARIO
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-DIC-1963 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-7200100-70150098-M-0000473968-20060712 03678 06193A 02 145296432

13617

Sisbén

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de vivienda

Fecha de consulta: 17/06/2025

Ficha: 50680001544800000577

B7

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RODRIGO DEJESUS

Apellidos: MEJIA LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 473968

Municipio: San Carlos de Guaroa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/09/2021

Última actualización ciudadano: 07/09/2021

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



Encontramos inconsistencias en su ficha. Le invitamos a acercarse a la oficina Sisbén del municipio en el que vive para actualizar su información.

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LIZETH DANIELA FUENTES BORBÓN

Dirección: Calle 5 No 8 - 04

Teléfono: 6557128 - 3113341655

Correo Electrónico: sisben@sancarlosdeguaroa-meta.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	473968
NOMBRES	RODRIGO DE JESUS
APELLIDOS	MEJIA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	SAN CARLOS GUAROA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/10/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/04/2025 11:11:05	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 782 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

8511

13619

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

362884913

7895 1/1

SOCIEDAD EMPRESARIAL DEL META S.A.
.....Nit. 800.159.687-5.....
ELECTRIFICADORA DEL META EMSA
.....Nit. 892.002.210.....
Fecha Recaudo: 2025-06-21 11:25:55
Punto: PRINCIPAL PALMERAS
Recaudador: 1121931227
Codigo del Cliente: 362884913
##########
Pin: fc4c8e5f
##########
Total Recaudado

...los fechas establecidos en el presente documento dará lugar... Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual ... servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la ... de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del ... la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En ... la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en ...

...CIÓN | 2025-06-10 10:39 | CUDE | ba2bf4c90d81cdfb9790ce6485f0810b29f614d29d3d710323dfd54136ba20309800c7945f0b0533f9abda893cc13

...uad: San Carlos de Guaroa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 9627
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 9743
Anomalia 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
381.41 (Valor kWh con SUBS) x 116 (Consumo en kWh)	$44.244
VALOR NETO:	$95.916
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-51.673
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$44.243
Impuesto AP	$7.000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$7.000
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 111
Documento No. 2[illegible]
Facturas Anuladas: 0

Ultimo Pago: $49620 20-05-25
Periodo Facturado: 08-05-2025 06-06-2025
Ruta: 89-8900700095

Informaciones técnicas		
MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15060620	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	10-JUN-2025 11:06				
ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	89
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Información de calidad			
Cód. Circuito	AC0401	(HC) Horas Comprometidas	0
Cód. Transformador	81T45	(NC) Meses a compensar	0
Nivel de calidad	32	(CIC) Consumo estimado a compensar	98
(D) Duración en horas de interrupciones	74.121	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FMI) Fecha/s total de interrupciones	83	(Cd) Cargo de Distribución	185.32
(CIUO) Visita con suspensión	78.97	(FUO) Visita por Frecuencia	89

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de $/kWh (c) (Creg 119-07)					
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
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidios / CREG				
Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$51.240

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague hasta el día	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$51,240

Impuesto AP Acuerdo 019/Nov-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
08-05-2025/06-06-2025

Ruta: 89-8900700095

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
362884913	20-JUN-2025	$51,240

(415)7709998002449(8020)0362884913(3900)0000051240

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta S.A. Nit. 892.002.210-6, SWDE-EMSA
La no presentación de esta factura oportuna (Art 3.16 Ley 142 de 1994) y pago antes de las efectivas se someterá a una tasa de interés