14425

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Arnulfo Bonilla Alfonso
Fecha y lugar de nacimiento:	31/03/1947 Lerida Tolima.
Edad: 78	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 1.739.928

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito					
Municipio:	Vistahermosa		**Estrato:**		**Barrio:**	Loma.
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	3133256220

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Lugo Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14426



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.739.928
BONILLA ALFONSO

APELLIDOS
ARNULFO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1947
LERIDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

26-MAR-1969 LA GLORIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

14427

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/06/2025

Ficha: 50711016516700001107

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ARNULFO

Apellidos: BONILLA ALFONSO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1739928

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/02/2020

Última actualización ciudadano: 09/08/2021

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

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

14478

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	1739928
NOMBRES	ARNULFO
APELLIDOS	BONILLA ALFONSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 06:01:53	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

12072

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NUMERO PARA CONSULTA O PAGO

265958919

11808 1/1

...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 acaecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

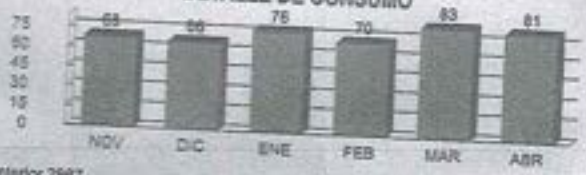
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-04-09 10:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-09 10:48 | CUDE | a1304f93e6432189fb91c023bfbe8bb54e3f02eb3bfc5c732b7e371d12b452b42a4e99acd09ab896430c5ac7fd38819

Suscriptor: ARNULFO BONILLA ALFONSO

Dirección: MZ J CS 04 VISTA HERMOSA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 2987
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 3068
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 72
Documento No.: DE521 83085
Facturas Atrasadas 0

Ultimo Pago: $49470 17-03-25
Periodo Facturado: 06-03-2025/03-04-2025
Ruta: 56-5671210130

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:
489.34 (Valor kWh con SUBS) x 81 (Consumo en kWh) $39,637

VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (47%)	$74,584
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-34,948
Impuesto AP	$39,636
OTROS CONCEPTOS:	$8,950
Ajuste a la Decena	
	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$8,953

INFORMACION TECNICA

MARCA CONTADOR (S5)	NUMERO (S)	FACTOR
DIS	20105455	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-ABR-2025 11:04

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AR0601	(NC) Horas Compensadas	0
[redacted]	V1740	(VC) Horas a compensar	0
[redacted]	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	70
(FMI) Número total de interrupciones	56.932	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(DUAL) Meta por duración	107	(CD) Cargo de Distribución	199.27
	75.97	(FMUD) Meta por Frecuencia	0.0

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de ENSA (/ 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) CUv=G+T+D+C+PR+R					920.8
					920.8

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	1,68%

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $46,890

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
24-ABR-2025	25-ABR-2025	$48,590

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO
06-03-2025/03-04-2025

Ruta: 56-5671210130

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
265958919	24-ABR-2025	$48,590

(415)7709998002449(8020)265958919(3900)0000048590

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta S.A. Nit: 892.002.230-6. SWOE-EMSA

14430 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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Adolfo Garzon						
Fecha y lugar de nacimiento:	13/03/2939 / Viota, cundinamarca						
Edad:	86	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	455.117				

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito					3142664530
Municipio:	Puerto Rico		**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	No tiene

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Adulto Mayor

Firma del adulto mayor

Nombre: Adulto Mayor

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Ayala M.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Ayala

Cargo Auxiliar de enfermeria

1431


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 455.117
GARZON
APELLIDOS
ADOLPO
NOMBRES
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1939
VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-JUL-1992 VIOTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

14432

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: 50711014518300000219

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ADOLFO

Apellidos: GARZON

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 455117

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/05/2024

Última actualización ciudadano: 17/05/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	455117
NOMBRES	ADOLFO
APELLIDOS	GARZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 10:04:21	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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.

11434

ASOCIACION COMUNITARIA DEL ACUEDUCTO VEREDAL DE AGUALINDA Y PIÑALITO

Vigilado SUPERSERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

FACTURA No. 702

NIT 901.217.087-1 — Dir: CENTRO PIÑALITO - META

Código del Suscriptor: 0030-0720-0000-00	Cód. Interno: 0072	Nombre: ADOLFO GARZON	
	# Conexión: 00300720	Dirección: CL13	
Uso: Residencial	Estrato/Categoría: BAJO BAJO	Barrio:	

Periodo Facturado: Del 01 al 31 de Mayo	Periodos a cancelar: 1	Lectura Anterior: 0	Lectura Actual: 0
	Expedida: 03/06/2025	Consumo: 0 m3	Tipo Consumo: Real
CC ó NIT 0	Id. Medidor:	Estado de Lectura:	

Acueducto				Alcantarillado	
Rango	Cons m3	$ m3	Subtotal	$ m3	Subtotal
0 a 0					0.00
1 a 0	0		0.00		0.00
> 0	0		0.00		0.00
Costo Total Consumo			$0.00		$0.00

Concepto	Cuota	Valor Real	Subsidio	Valor a Pagar
Tarifa Plena Acueducto		$12,000.00	$0.00	$12,000.00

Otros a Cobrar $0.00

Total a Pagar $12,000.00

Consumo Ultimos 6 Periodos

Periodo	Cons m3	Valor Factura	Gráfico
Abril	0	$12,000.00	
Marzo	0	$12,000.00	
Febrero	0	$12,000.00	
Enero	0	$12,000.00	
Diciembre	0	$10,000.00	
Noviembre	0	$10,000.00	

Promed. Suscriptor | Promedio Estrato

Detalle de su deuda al periodo Anterior

Servicio	Capital Adeudado	Interes Acum. Ant.	Int. periodo Anter.
Acueducto	0.00	0.00	0.00
Alcantarillado	0.00	0.00	0.00
Aseo	0.00	0.00	0.00
Totales	0.00	0.00	0.00

Pago sin recargo hasta	Pago con recargo hasta
18/06/2025	22/06/2025

Observaciones:
SEÑOR USUARIO EVITE LAS SUSPENSIONES
PAGUE OPORTUNAMENTE

Punto de Pago: OFICINA DE ACUEDUCTO DE PIÑALITO

Esta factura presenta merito ejecutivo ley 142 de 1994 Art.130

AGUAPI
NIT 901.217.087-1

Factura No.	702.00
Código Suscripto	0030-0720-0000-0
Código Interno	0072
ADOLFO GARZON	
CL13	
Subtotal Acueducto	$12,000.00
Subtotal Alcantarillado	$0.00
Subtotal Aseo	$0.00
Subtotal Otros	$0.00
Total a Pagar	$12,000

Desprendible para la Empresa

CA2

Periodo Facturado: Del 01 al 31 de Mayo

AGUAPI
NIT 901.217.087-1

Factura No.	702.00
Código Suscripto	0030-0720-0000-0
Código Interno	0072
ADOLFO GARZON	
CL13	
Subtotal Acueducto	$12,000.00
Subtotal Alcantarillado	$0.00
Subtotal Aseo	$0.00
Subtotal Otros	$0.00
Total a Pagar	$12,000

Desprendible para el Banco

CA2

Periodo Facturado: Del 01 al 31 de Mayo

14435

	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:** Piñalito

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Silibrando Buitrago Rodriguez						
Fecha y lugar de nacimiento:	31/01/1937 Paipa Boyaca						
Edad:	89	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	4.091.525				

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito				
Municipio:	Nuevahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Centro.
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	No tiene

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Lugo Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo Martinez

Cargo Auxiliar de enfermeria

14436

030083310

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL030083310007067<<<<<<<<<<
3701319M3311020COL4091525<<<<
BUITRAGO<RODRIGUEZ<<SILIBRAND

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 4.091.525

Apellidos
BUITRAGO RODRIGUEZ

Nombres
SILIBRANDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
M

Fecha de nacimiento
31 ENE 1937

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PAUNA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
21 MAYO 1964. CHIQUINQUIRA

Firma

Fecha de expiración
02 NOV 2033

14437

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 10/06/2025

Ficha: 50711074516700006725

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SILIBRANDO

Apellidos: BUITRAGO RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4091525

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/10/2024

Última actualización ciudadano: 02/10/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	4091525
NOMBRES	SILIBRANDO
APELLIDOS	BUITRAGO RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	11/06/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 18:04:39	Estación de origen:	192.168.70.220

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

4439

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jesus Antonio Rada Rivas						
Fecha y lugar de nacimiento:	23-02-1952 Vista hermosa Meta						
Edad:	72	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	17292838				

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	X	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	X	Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador	X	Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada	X	Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cbalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Vereda Piñalito Meta				
Municipio:	Vistahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Esperanza
Zona:	**Rural**	**Urbano**		**Telefono:**	3133428014

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Jesus Antonio Rada Rivas

Firma del adulto mayor

Nombre: Jesus Antonio Rada Rivas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Tuqo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Patricia Tuqo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14446

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.292.838

RADA RIVAS

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1952

VISTA HERMOSA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-DIC-1989 VISTA HERMOSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5206000-00181276-M-0017292838-20090928 .00166 19037A 1 7230102697

14441

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711074516700002354

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS ANTONIO

Apellidos: RADA RIVAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17292838

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/03/2023

Última actualización ciudadano: 08/03/2023

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	17292838
NOMBRES	JESUS ANTONIO
APELLIDOS	RADA RIVAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	22/01/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 14:52:50	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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".

14443

SOCIEDAD EMPRESARIAL DEL META S.A.
.....Nit. 800.139.487-5.....
ELECTRIFICADORA DEL META EMSA
.....Nit. 892.002.210.....
Fecha Recaudo: 2025-05-14 10:19:25
Punto: PRINCIPAL PINALITO
Recaudador: 86009204
Codigo del Cliente: 266183374
##########
Pin: 564abdc9
##########
Total Recaudado: $10,860

.....

11978

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

266183374

...nergía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar ...mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual ...nos de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la ...P dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del ...ión ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En ...mediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en

...VALIDACION | 2025-05-09 18:08 | CUDE | 9148e8779937383915cd42dd3ae43051d9971ce6539a1ea0894e835b6b41d542Cd31cd3ff8a1185367 2e2438498



(2) A-S
Lectura Anterior 64303
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 64321
Anomalia 22

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 18 (Consumo en kWh)	$8,855
VALOR NETO:	$15,891
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-7,037
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$8,854
Impuesto AP	$2,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$2,005

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 24
Documento No.: DES2561785
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $15000 14-04-25
Periodo Facturado: 04-04-2025/04-05-2025
Ruta: 56-5671200365

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-36676215	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-MAY-2025 03:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AR0601	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	V1T41	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CDC) Consumo estimado a compensar	3
(DAI) Duración en horas de interrupciones	88.178	(Fcd) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FEI) Número total de interrupciones	87	(CD) Cargo de Distribución	202.58
(DUG) Horas por duración	75.97	(FUG) Horas 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	1,52%

Subsidios Pagos

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $10,860

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	$10,860

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 · EMSA informa que el dia JUEVES 21/may/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
04-04-2025/04-05-2025	Ruta: 56-5671200365	266183374	23-MAY-2025	$10,860

emsa

GRAN CONTRIBUYENTE (RES No. 012035 de DIC.14-2015 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RE VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS)

14444

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alvaro Santana						
Fecha y lugar de nacimiento:	14/09/1941 (Muzo) Boyaca						
Edad:	83	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	7488626				

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	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		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino	X	Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indígena		Psicosocial		**EPS**	Clsalud
		NARP		Múltiple	X		
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Viotahermosa Vereda Piñalito Meta				
Municipio:	Viotahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Invasion
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	No tiene

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Patricia Lugo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14403

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.488.626

SANTANA

APELLIDOS

ALVARO

NOMBRES

FIRMA





INDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1941

MUZO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

10-DIC-1965 GRANADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5206000-00181276-M-0007488626-20090928 0016618193A 1 7230102722

14446

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711012518100000147

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO

Apellidos: SANTANA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7488626

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 24/02/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	7488626
NOMBRES	ALVARO
APELLIDOS	SANTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	17/08/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 09:53:12	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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".

12212 10448

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

Calle 37A #1-53 Barrio Alto Vía La Reforma Villavicencio
Línea 115 para reportar daños y fallas del servicio de energía
Línea 018000 para información, peticiones, quejas y reclamos
Línea 322 8000 para emergencias 24 horas
www.emsa.com.co

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

266636075

11948 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 acontecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-09 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-09 15:06 | CUDE | eba6f2a33cc03b0630054ea7f23aaf041734715385b5f1bbc8bd5779bd88139b426ef4c2be6e34ec2fa8927c44025d3

Suscriptor: ANTONIO PEREZ

Dirección: MZ W CS 8 VISTA HERMOSA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 82
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 82
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	$2,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,000
DESCUENTOS:	

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 1
Documento No.: DES2582023
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $4500 21-04-25
Período Facturado: 04-04-2025/04-05-2025
Ruta: 56-5671210435

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	170509950	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	09-MAY-2025 03:05				
ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Id. Circuito	AR0501	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	V1T40	(VC) Vlores a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado o compensar	0
(DES) Duración en horas de interrupciones	68.178	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FAS) Número total de interrupciones	87	(DC) Carga de Distribución	202.58
(DES) Meta por duración	75.97	(FAS) 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 $	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) (nonomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					882.84
Interés moratorio residencial		0.49%	Interés moratorio no residencial		1.98%

Subsidios FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$2,000

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$2,000

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el dia JUEVES 21/may/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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

Ruta: 56-5671210435

Código del cliente
266636075

Fecha de vencimiento
23-MAY-2025

Valor a pagar
$2,000

(415)7709998002449(8020)0266636075(3900)0000002000

emsa
Electrificadora del Meta S.A.

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012005 de DIC 14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero 24, 2012
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA, Nit. 892.002.210-6, SWDE-EMSA

144/49

	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:** Piñalito

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Maria Jaramillo						
Fecha y lugar de nacimiento:	15-03-1935 valle truvillo						
Edad:	90	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	29 193 081				

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

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

Dirección:	Invacan					
Municipio:	Yotahermoso		**Estrato:**		**Barrio:**	Invacion
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	3219185514

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Claudia Patricia Lugo M.

Firma del adulto mayor

Nombre: Claudia Lugo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo M.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo M

Cargo Auxiliar de enfermeria



14450

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.193.081
JARAMILLO De SALGADO

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1935
TRUJILLO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1,48 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-JUL-1956 TRUJILLO

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
EVELIN ANGEL SANCHEZ TORRES

A-5301000-00768731-F-0029193081-20111125 0047[illegible]A 1 44434888

14451

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 24/06/2025

Ficha: 50711019517900000246

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA MARIA

Apellidos: JARAMILLO SALGADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 29193081

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 29/10/2018

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	29193081
NOMBRES	ANA MARIA
APELLIDOS	JARAMILLO DE SALGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	17/08/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/24/2025 08:37:30	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

12174 14453

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

349005901

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas genera 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 2025-06-06 12:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-06-06 12:48 | CUDE 26e0a9b5132657b9981e93d1819d9a7be80c818a7d0f0a9464729e8f0635fae975a5b3366cbd1432f42dae849bd362

Suscriptor: NORALBA OSPINA RESTREPO

Dirección: MZ R CS 32 VISTA HERMOSA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 8265
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 8334
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 REFINANCIACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
495.16 (Valor kWh con SUBS) x 68 (Consumo en kWh)	$33.671
VALOR NETO:	$58.409
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-24.739
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$33.670
Impuesto AP	$7.009
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$7.009

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 77
Documento No.: DE02894569
Lecturas Atrasadas 0

Ultimo Pago: $38860 16-05-25
Periodo Facturado: 05-05-2025/03-06-2025
Ruta: 55-5671210120

MARCA CONTADOR (SS)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071037628	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-JUN-2025 10:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AR0921	(VC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	V1T42	(VC) Valor a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	61
(DIU) Duración en horas de interrupciones	62.996	(TVC) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FAU) Numero total de interrupciones	71	(CD) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FAUG) Meta por Frecuencia	69

VR 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 $	58.76	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(Crág 119-07) (monomio) Nivel (1) [CU=G+T+D+C+PR+R]					858.97

Interés moratorio residencial 0.49% | Interés moratorio no residencial 1.32%

Subsidios FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$40,680

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Periodo Facturado	Fecha de vencimiento	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$40,680

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el día JUEVES 19/jun/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
05-05-2025/03-06-2025

Ruta: 55-5671210120

Código del cliente
349005901

Fecha de vencimiento
20-JUN-2025

Valor a pagar
$40,680

(415)7709998002449(8020)0349005901(3900)0000040680

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RESOLUCIÓN No. 013630 de DIC 14 2011 GRAN AGENTE AUTORRETENEDOR RES. 0047 Enero 25 2002
AUTORRETENEDOR DE IVA RESOLUCIÓN No. 000012210-4 VIGILADO POR SUPERSERVICIOS

14454

	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: Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Pastor tovar						
Fecha y lugar de nacimiento:	14/12/1944 Yacopi, cundinamarca						
Edad:	80	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	200.884				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia		Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino	X	Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial	X	**EPS**	N.EPS
		NARP		Múltiple	X		
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	Si		

Dirección:	Vereda Piñalito Meta				
Municipio:	Vistahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural**	**Urbano**		**Telefono:**	3227227361

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Deicy tovar		
Relacion con el adulto mayor:	hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	52.192099		
Telefono:	3104491783	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Lugo Martnez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enFermeria

14455



FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1944

YACOPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-SEP-1967 CAPARRAPI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5208000-00181276-M-0000200884-20090928 0016617564A 1 7230102787



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 200.884

TOVAR

APELLIDOS

PASTOR

NOMBRES

pastor tovar

FIRMA

14456

Sisbén

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 10/06/2025

Ficha: 50711071516700001018

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PASTOR

Apellidos: TOVAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 200884

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2021

Última actualización ciudadano: 09/10/2021

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	200884
NOMBRES	PASTOR
APELLIDOS	TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 17:13:42	**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".

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.

12228 1458

SOCIEDAD EMPRESARIAL DEL META S.A.
.....Nit. 800.159.687-5.....
ELECTRIFICADORA DEL META EMSA
.....Nit. 892.002.210.....
Fecha Recaudo: 2025-05-31 15:55:59
Punto: PRINCIPAL PINALITO
Recaudador: 86009284
Codigo del Cliente: 271731209
##########
Pin: da5ae66b
##########
Total Recaudado: $31,970
.....

CÓDIGO DEL CLIENTE 271731209

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

11984 1/1

...o en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar ...o. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual ...le servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la ...ro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del ...nte la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En ...sta la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en

...ACIÓN | 2025-05-09 15:05 | CUDE | 14622a7423567b75882c2e0591074f1478bee4df1e61e3f9c7526aa8663b8f3a338ee9e31378ab8f5025fe4c663703725



(1) A-S
Lectura Anterior 14002
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 14068
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:	
393.53 (Valor kWh con SUBS) x 64 (Consumo en kWh)	$25,186
VALOR NETO:	$56,501
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-31,316
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$25,185
Impuesto AP	$6,780
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$6,784

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 60
Documento No.: DES2502038
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $32630 05-05-25
Periodo Facturado: 04-04-2025/04-05-2025
Ruta: 56-5671210515

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	853097	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	09-MAY-2025 03:05				
ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AR03601	(VC) Vanos Compensados	0
COD. Transformador	VHT123	(VC) Vanos a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	88
(DUI) Duración en horas de interrupciones	68.178	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FMI) Número total de interrupciones	87	(Cb) Cargo de Distribución	202.58
(DFLIN) Meta por duración	75.97	(PEUG) 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) (moneda) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+R		882.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,50%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$31,970

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	$31,970

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el dia JUEVES 21/may/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
04-04-2025/04-05-2025	Ruta: 56-5671210515	271731209	23-MAY-2025	$31,970

(415)7709998002449(8020)0271731209(3900)0000031970

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE
VIGILADA POR LA SU
...ES No. 012335 de DIC. 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 ...-Dic-2012
INTERVENTORIA DE SERVICIOS PUBLICOS

14459

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

Fecha: 01 | 09 | 2025 **Centro Vida:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Nana Rubiela Correal Buitrago						
Fecha y lugar de nacimiento:	17/08/1964 Vishermosa Meta						
Edad:	61	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	40,276357				

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito				
Municipio:	Vistahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Piñalito Meta
Zona:	Rural X	Urbano		**Telefono:**	3104683322

2. ACUDIENTE

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

10460

	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

x maría

Firma del adulto mayor

Nombre: x maría Rubiela Gonzalez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) 40276357

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

Claudia Lugo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Patricia Lugo Martinez

Cargo Auxiliar de enfermeria

14461



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.276.357
CORREAL BUITRAGO

APELLIDOS
MARIA RUBIELA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1964
VISTA HERMOSA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-SEP-1982 VISTA HERMOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

14462

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 03/09/2025

Ficha: 50711074516700005733

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA RUBIELA

Apellidos: CORREAL BUITRAGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40276357

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/05/2024

Última actualización ciudadano: 17/05/2024

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: FLOR ALBA DIAZ LOP

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	40276357
NOMBRES	MARIA RUBIELA
APELLIDOS	CORREAL BUITRAGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	20/02/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/18/2025 07:24:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

12201

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
Nit. 892003210-6

Calle 37A 40-53 Barrio Alto Vista Andres Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000918115
Desde cualquier operador: 316 027 8055
WhatsApp: 316 555 7484

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

266638639

11935 1/1

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

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-06 12:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-06 12:45 | CUDE | 4e1529e9d9d02845a22c84d2e1f4e9f7502111812c9e86ea591351e8b9343d4ad6b2e9bb79589fe4bfa2b5a4488edd3cc

Suscriptor: LUIS HERNANDO CEPEDA

Dirección: MZ W CS 10 VISTA HERMOSA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 8442
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 8442
Anomalía 40

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 11
Documento No.: DES2994595
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $2000 18-05-25
Periodo Facturado: 05-05-2025/03-06-2025
Ruta: 56-5671210350

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	429142	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-JUN-2025 10:06

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Id. Circuito	AR6601	(HC) Horas Compensadas	0
(CT) Transformador	V1T40	(VC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	4
(DAI) Duración en horas de interrupciones	62.996	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FAI) Número total de interrupciones	71	(Cd) Cargo de Distribución	197.35
(DAIG) Meta por duración	75.97	(FAIG) 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 $	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 0.48% | 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

Impuesto AP	$2,000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$2,000
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$2,000

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$2,000

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el dia JUEVES 19/jun/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta S.A. Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

La empresa brinda apoyo técnico ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una Ley de carácter

14465

	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: Pinalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Pedro Julio Contreras Aguilera					
Fecha y lugar de nacimiento:		26/11/1947 Medina Cundinamarca					
Edad:	77	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 7.777.105					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva	X	No asegurado	
Homicidio		Campesino	X	Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS** Csalud	
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Pinalito						
Municipio:	Vistahermosa		**Estrato:**		**Barrio:**	Loma	
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	No tiene	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Pedro Y entrega

Firma del adulto mayor

Nombre: Pedro Luis Contreras

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14466


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.777.105
CONTRERAS AGUILERA
APELLIDOS
PEDRO JULIO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1947
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-SEP-1971 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5208000-00208947-M-0007777105-20100108 0019817336A 1 2648396

14467

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711007518900000377

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **PEDRO JULIO**

Apellidos: **CONTRERAS AGUILERA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **7777105**

Municipio: **Vista Hermosa**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/11/2018

Última actualización ciudadano: 12/10/2021

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	7777105
NOMBRES	PEDRO JULIO
APELLIDOS	CONTRERAS AGUILERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	15/03/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/25/2025 11:29:00	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

14469

	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:** Piñalito

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Dolis Quintero de Muñoz						
Fecha y lugar de nacimiento:	24/04/1943 Fresno Tolima						
Edad:	82	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	41432666				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia		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	X	Intelectual		**Nivel Sisben**	B6
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Clsalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Centro					
Municipio:	Natagaima	**Estrato:**		**Barrio:**	Centro	
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	3232437441

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luis Carlos Muñoz Quintero		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	3213134223	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Ana Paly Quintero

Firma del adulto mayor

Nombre: Paly Quintero

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Lopez Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lopez

Cargo Auxiliar de enfermeria

14470


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 41.432.666
QUINTERO DE MUÑOZ
APELLIDOS
ANA DOLIS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1943
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
24-JUN-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

14471

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/06/2025

Ficha: 50711003517300000237

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA DOLIS

Apellidos: QUINTERO DE MUÑOZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41432666

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 27/09/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

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

14472

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	41432666
NOMBRES	ANA DOLIS
APELLIDOS	QUINTERO DE MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	01/06/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 06:04:23	**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"

14473

11178 www.electrificadoradelmeta.com

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.

Trabajamos con energía
NIT. 892002210-6

Calle 37 A N°. 49-50 Barrio Alto Vía la Azotea - Villavicencio
PBX: (8) 6614000 - 6610095
Línea Atención al Cliente 113
Desde su Celular (030 - 6614000)
Línea Gratuita 018000918915
Línea Emergencia Whatsapp 24 Horas: 310 3207484

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

266189066



Ilumina tu Navidad con luces LED

Utilizar luces LED te permitirá reducir el gasto energético en Navidad, aprovechando eficientemente la energía empleada en la iluminación de tus adornos navideños.

Los bombillos LED consumen hasta un 80% menos que los tradicionales.

¡Enciende tu ahorro y disfruta de la magia de la navidad!

266189066

5136885

11178

Suscriptor: **"EUCARIS MATEUS"**

Dirección: **"LA LOMA INSP PINALITO VISTA HERMOSA"**

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 140
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 140
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 99
Factura No.: 2021122266189066
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $39957 26-11-21
Periodo Facturado: 11-11-2021/11-12-2321
Ruta: 58-567 1210205

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$4,883	SALDO EN RECLAMACIÓN	$351.907

DETALLE DE LA FACTURA

Impuesto AP	$1.000
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1.000
DESCUENTOS:	
Pago aplicado a factura	$-1.000
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1.000
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$0

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (SR)	NÚMERO (S)	FACTOR
HKG	19816117	1

FACTURACIÓN DE 16-DIC-2021

ESTRATO	1	CLASE	Rural	CICLO	59
USO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

INDICADORES DE CALIDAD

Costo de Racionamiento (CR)		Duración total Interrupción	
Consumo Promedio Trimestre (CM)		Código Transformador	V1T40
Valor a compensar		Grupo Calidad	4

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	246.28	Pérdidas reconocidas	PR $	41.55
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	37.31	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	45.62
Transporte en el sistema de distribución local	D $	184.75	Costo de comercialización	C $	79.87
Total costo unitario de prestación del servicio (monomio) Nivel (1					635.37

OPERADOR DE RED	ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
TELEFONO	6610095
DIRECCION	EDIFICIO BARZAL ALTO VIA AZOTEA

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura

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

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
30-DIC-2021	31-DIC-2021	$0

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el día JUEVES 30/dic/2021 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

ANDRES ENRIQUE TABOADA VELASQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
11-11-2021/11-12-2021

Ruta: 58-567 1210205

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
266189066	30-DIC-2021	$0

(415)7709996002449(8020)0266189066(3900)0000000000

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

14474

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.124.139**

MUÑOZ QUINTERO

APELLIDOS

LUIS CARLOS

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1963**

CC EL TABLAZO
FRESNO (TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-NOV-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00094203-M-0079124139-20061012 **0004**286690A 1 1210020543

14475

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

Fecha: 01 | 09 | 2025 Centro Vida: Pinalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Gladys Vargas						
Fecha y lugar de nacimiento:	05/05/1961 Puerto Salgar						
Edad:	64	Identificación: CC TI RC TE CE PP		Número:	20828523		

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

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

Dirección:	Vereda Pinalito Meta				
Municipio:	Puerto Inirida	Estrato:		Barrio:	
Zona:	Rural X	Urbano		Telefono:	3144170794

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Carmen Yaneth Lotero Vargas		
Relacion con el adulto mayor:	hija		
Identificación: CC TI RC TE CE PP	Número:	46.646525	
Telefono:	3144170794	Correo:	

14476

	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	Nd
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

Gladys Mayor

Firma del adulto mayor

Nombre: Gladys Mayor

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Patricia Lugo Martnez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14477

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 20.828.523
VIRGUEZ
APELLIDOS
GLADYS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1961
PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-NOV-1981 PUERTO SALGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5208000-00849567-F-0020828523-20160917 0051273547A 1 6714050841

14478

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 21/08/2025

Ficha: 50711017517700000232

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GLADYS

Apellidos: VIRGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20828523

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 29/10/2018

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: FLOR ALBA DIAZ LOPEZ

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	20828523
NOMBRES	GLADYS
APELLIDOS	VIRGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	10/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/21/2025 18:07:18	**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".

14480

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **46.646.525**
LOTERO VIRGUEZ

APELLIDOS
CARMEN YANET

NOMBRES

Carmen Yanet Lotero Virguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUL-1977**
PUERTO BOYACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-MAY-1997 PUERTO BOYACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00168020-F-0046646525-20090810 **0014**763683A 1 6760029941

14481

	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:** Pinalito

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jose del carmen Herchan Romero
Fecha y lugar de nacimiento:	04/07/1958 Tocaima cundinamarca
Edad: 67	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 17,326019

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

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

Dirección:	Invacion				
Municipio:	Villahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Invacion
Zona:	Rural X	**Urbano**		**Telefono:**	3183974412

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

jose merchan

Firma del adulto mayor

Nombre: jose merchan

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Lugo Martnez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14482


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17.326.019
MERCHAN ROMERO
JOSE DEL CARMEN
REPUBLICA DE COLOMBIA
José merchan


FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1958
TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-NOV-1981 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

14483

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/06/2025

Ficha: 50711071516700001313

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE DEL CARMEN

Apellidos: MERCHAN ROMERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17326019

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/11/2021

Última actualización ciudadano: 26/11/2021

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	17326019
NOMBRES	JOSE DEL CARMEN
APELLIDOS	MERCHAN ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/07/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 06:00:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

14485

ASOCIACION COMUNITARIA DEL ACUEDUCTO VEREDAL DE AGUALINDA Y PIÑALITO

Vigilado SUPERSERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

FACTURA No. 262

NIT 901.217.087-1

Dir: CENTRO PIÑALITO - META

Código del Suscriptor: 0030-0682-0000-00	Cód. Interno: 0682	Nombre: ARNULFO JORGE BONILLA	
	# Conexión: 0030-0682	Dirección: CL 13	
Uso: Residencial	Estrato/Categoría: BAJO BAJO	Barrio: LA LOMA	
Periodo Facturado: 01 AL 30 DE ABRIL	Periodos a cancelar: 1	Lectura Anterior: 0	Lectura Actual: 0
	Expedida: 05/05/2025	Consumo: 0 m3	Tipo Consumo: Real
CC ó NIT 1739928	Id. Medidor:	Estado de Lectura:	

Acueducto				Alcantarillado	
Rango	Cons m3	$ m3	Subtotal	$ m3	Subtotal
0 a 0					0.00
1 a 0	0		0.00		0.00
> 0	0		0.00		0.00
Costo Total Consumo			$0.00		$0.00

Concepto	Cuota	Valor Real	Subsidio	Valor a Pagar
Tarifa Plena Acueducto		$12,000.00		$12,000.00
		$0.00		

CANCELADO 20 MAY 2025

Otros a Cobrar $0.00

Total a Pagar $12,000.00

Consumo Ultimos 6 Periodos

Periodo	Cons m3	Valor Factura	Grafico
Marzo	0	$24,000.00	
Febrero	0	$14,400.00	
Enero	0	$12,000.00	
Diciembre	0	$10,000.00	
Noviembre	0	$10,000.00	
Octubre	0	$10,000.00	

Prome. Suscriptor | Promedio Estrato

Detalle de su deuda al periodo Anterior

Servicio	Capital Adeudado	Interes Acum. Ant.	Int. periodo Actor.
Acueducto	0.00	0.00	0.00
Alcantarillado	0.00	0.00	0.00
Aseo	0.00	0.00	0.00
Totales	0.00	0.00	0.00

Pago sin recargo hasta	Pago con recargo hasta
05/05/2025	06/05/2025

Observaciones:
SEÑOR USUARIO EVITE LAS SUSPENSIONES
PAGUE OPORTUNAMENTE

Punto de Pago: OFICINA DE ACUEDUCTO DE PIÑALITO

Esta factura presenta merito ejecutivo ley 142 de 1994 Art.130

14486

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rodrigo Cifuentes Fernandez						
Fecha y lugar de nacimiento:	24/06/1936 Vergara Cundinamarca						
Edad:	89	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	4-295671				

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	X	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	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	X	Intelectual		**Nivel Sisben**	B3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Csalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Vereda Piñalito Meta				
Municipio:	Vistahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3143480543

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Rodrigo cifuentes fernandes

Firma del adulto mayor

Nombre: Rodrigo cifuentes fernandes

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Tuqo Martnez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Tuqo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14487



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.295.671
CIFUENTES FERNANDEZ
APELLIDOS
RODRIGO
NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1936
VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

22-AGO-1950 MONTERREY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

14488

Sisbén

Registro válido

B3.

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711017517700000243

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RODRIGO

Apellidos: CIFUENTES FERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4295671

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 02/01/2023

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	4295671
NOMBRES	RODRIGO
APELLIDOS	CIFUENTES FERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	17/08/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/09/2025 08:12:02	**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

1490

12141

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

294580604

11877 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 | 2025-04-09 10:48 | FECHA Y HORA DE VALIDACION | 2025-04-09 10:48 | CUDE | d8cc982e811de0906d923fe07e6e4c0492801879516d8750aac74b66e79d325a960803a30e44334ccecd5beadbe40

Suscriptor: RODRIGO CIFUENTES FERNANDEZ
Dirección: INSP PINALITO VIA EMISORA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 5776
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 5827
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 55
Documento No.: DES2183152
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $30990 17-03-25
Periodo Facturado: 06-03-2025/03-04-2025
Ruta: 56-5671210475

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (E0)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050339489	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-ABR-2025 11:04

STRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
LASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AR0601	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VHT123	(VC) Vlr/kw a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	51
(DIU) Duración en horas de interrupciones	56.932	(Vut) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	107	(DS) Carga de Distribución	189.27
(DIUO) Hora por duración	75.97	(FIUO) Hora por Frecuencia	69

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio en $/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) (economía) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					920.8
					920.8

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura

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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
489.34 (Valor kWh con SUBS) x 61 (Consumo en kWh)	$24,956
VALOR NETO:	$46,960
Porcentaje de SUBSIDIO (47%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,004
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$24,956
Impuesto AP	$5,635
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$5,635
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$30,590

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-ABR-2025	25-ABR-2025	$30,590

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 56-5671210475	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
06-03-2025/03-04-2025		294580604	24-ABR-2025	$30,590

GRAN CONTRIBUYENTE Res. No. 012038 de DIC-14-2018 DIAN / AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-16-2008
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

14491

	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:** Piñulito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ruby Alba Sanchez Osorio
Fecha y lugar de nacimiento:	15/05/1962 Palestina caldas
Edad: 63	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 39531819

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

Dirección:	Vereda Piñulito				
Municipio:	Uribe	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3143480543

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Ruby Alba Sanchez Osorio

Firma del adulto mayor

Nombre: Ruby Alba Sanchez Osorio

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Lugo Martnez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo Martnez

Cargo Auxilar de enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.531.819
SANCHEZ OSORIO
APELLIDOS
RUBY ALBA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1962
PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
18-AGO-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

14493

Sisbén

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711017517700000243

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RUBY ALBA

Apellidos: SANCHEZ OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 39531819

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 02/01/2023

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	39531819
NOMBRES	RUBY ALBA
APELLIDOS	SANCHEZ OSORIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	17/08/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 08:13:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

14495

12141

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

Calle 37B #35-55 Barrio Alto Vía La Esperanza Villavicencio
PBX: (8) 68 20000 Opción 1 para Servicio al Cliente, Opción 2 para Daños y Emergencias
Línea Interurbana 24 Horas 3 de OCT 8000

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

294580604

11677 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 | 2025-04-09 10:48 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-09 10:48 | CUDE | d8cc982e811de6f06e8f29ef7e6e4e0492801875516d8700aac74bf85e75f025d660300a39e443564ccacf0eaa9e40

Suscriptor: RODRIGO CIFUENTES FERNANDEZ
Dirección: INSP PINALITO VIA EMISORA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 5776
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 5827
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 56
Documento No.: D6502183152
Facturas Atrasadas :0
Ultimo Pago: $30990 17-03-25
Periodo Facturado: 06-03-2025/03-04-2025
Ruta: 56-5671210475

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:	
489.34 (Valor kWh con SUBS) x 51 (Consumo en kWh)	$24,956
VALOR NETO:	$46,960
Porcentaje de SUBSIDIO (47%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,004
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$24,956
Impuesto AP	$5,635
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$5,635
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$30,590

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050339489	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-ABR-2025 11:04

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	AR0601	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VHT123	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	51
(DIU) Duración en horas de interrupciones	56.932	Fcal Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	107	(CV) Cargo de Distribución	199.27
(DIUG) Meta por duración	75.97	(FIUG) Meta por Frecuencia	69
		Vlr a Compensar $ 0	

Costo unitario de la prestación del servicio en PESOS / 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 costes 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

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

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-ABR-2025	25-ABR-2025	$30,590

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERÍODO FACTURADO	Ruta: 56-5671210475	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
06-03-2025/03-04-2025		294580604	24-ABR-2025	$30,590

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012025 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-05-2009
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

14496

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Alba Lucia Velez					
Fecha y lugar de nacimiento:		09/05/1964 Cagua Valle					
Edad:	61	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**		39187499			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			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	X	Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	N/EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Vereda Pinalito Meta						
Municipio:	Puerto Gaitan	**Estrato:**		**Barrio:**	Esperanza		
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	3232396743	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Elabio Quirado		
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	17291364	64 años	
Telefono:		**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Albaluci Avelez

Firma del adulto mayor

Nombre: Albaluci Avelez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14497


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 31.918.799

Apellidos
VELEZ

Nombres
ALBA LUCIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 MAYO 1964 A+

Lugar de nacimiento
DAGUA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
30 ENE 1983, CALI

Firma
Albalucia Velez

Fecha de expiración
26 JUL 2034


0514481562

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0514481562310O1<<<<<<<<<<
6405098F3407264COL31918799<<<6
VELEZ<<ALBA<LUCIA<<<<<<<<<<<<<

14498

Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711069516700000015

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALBA LUCIA

Apellidos: VELEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31918799

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/02/2021

Última actualización ciudadano: 10/02/2021

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	31918799
NOMBRES	ALBA LUCIA
APELLIDOS	VELEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/06/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 10:18:32	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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.

12226

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
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 líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000934636
Línea emergencia
24 Horas 310 027 8035

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

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

266667579

11902 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".

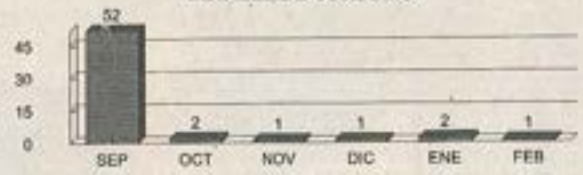
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-02-07 14:38 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-02-07 14:46 | CUDE 21e3e7054280b08ae74d8d31736fd692d5875d258e677c80237065c18290e464188d5cd462aa0a61d841c69ad7df8777

Suscriptor: **ELADIO QUEVEDO**

Dirección: **CS 45 MARGEN DEL RIO**

Ciudad: **Vista Hermosa**

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 19752
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 19753
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 27
Documento No.: DES1362824
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $2920 24-01-25
Periodo Facturado: 05-01-2025/03-02-2025
Ruta: 56-5671210985

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
KRI	7623079	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-FEB-2025 03:02

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	AR0601	(HC) Horas Compensadas	0
ID. Transformador	V1T41	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	1
(DAI) Duración en horas de interrupciones	55.818	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FAI) Número total de interrupciones	123	(DI) Cargo de Distribución	198.28
(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 $	404.27	Pérdidas reconocidas	PR $	72.74
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.03	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	12.42
Transporte en el sistema de distribución local	D $	249.01	Costo de comercialización	C $	144.32
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					938.79
					938.79

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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
479.35 (Valor kWh con SUBS) x 1 (Consumo en kWh)	$479
VALOR NETO:	$938
Porcentaje de SUBSIDIO (49%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-459
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$479
Impuesto AP	$2,000
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,001
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$2,480

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
21-FEB-2025	22-FEB-2025	$2,480

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 56-5671210985	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
05-01-2025/03-02-2025		266667579	21-FEB-2025	$2,480

(415)7709998002449(8020)0266667579(3900)0000002480

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.002.210-6. SWDK-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

14501

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

Fecha: 06 06 2025 Centro Vida: Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Margarita Maria Beltran					
Fecha y lugar de nacimiento:		08/10/1951 el Peñon cundinamarca					
Edad:	73	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	40366126				

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

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

Dirección:	Vereda Centro Piñalito				
Municipio:	Puerto Concordia	**Estrato:**		**Barrio:**	Centro
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3138267927

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Margarita Beltrán

Firma del adulto mayor

Nombre: Margarita Beltrán

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lago M.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: claudia lago

Cargo Auxiliar de enfermeria

14502



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40366126
NUMERO
BELTRAN
APELLIDOS
MARGARITA MARIA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1951
EL PEÑON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-ABR-1969 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

14501

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

Fecha: 06 06 2025 Centro Vida: Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Margarita Maria Beltran						
Fecha y lugar de nacimiento:	08/10/1951 el Peñon cundinamarca						
Edad:	73	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	40366126				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada	X	Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Clsalud
		NARP		Múltiple	X		
		ROM		¿Cuenta con certificado?	NO		

Dirección:	Vereda Centro Piñalito				
Municipio:	Puerto Concordia	**Estrato:**		**Barrio:**	Centro
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3138267927

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Margarita Beltrán

Firma del adulto mayor

Nombre: Margarita Beltrán

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo M.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: claudia lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14503

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711003517300000242

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARGARITA MARIA

Apellidos: BELTRAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40366126

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 15/03/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

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

14501

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Margarita Maria Beltran
Fecha y lugar de nacimiento:	08/10/1951 El Peñon cundinamarca
Edad: 73	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40366126

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

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

Dirección:	Vereda Centro Piñalito				
Municipio:	Vistahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Centro
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3138267927

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Margarita Beltrán

Firma del adulto mayor

Nombre: Margarita Beltrán

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo M.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: claudia lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14503

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 50711003517300000242

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARGARITA MARIA**

Apellidos: **BELTRAN**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **40366126**

Municipio: **Vista Hermosa**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 15/03/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-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	40366126
NOMBRES	MARGARITA MARIA
APELLIDOS	BELTRAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	11/12/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 10:05:29	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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".

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	40366126
NOMBRES	MARGARITA MARIA
APELLIDOS	BELTRAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	11/12/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/09/2025 10:05:29	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

12130 1405

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
266619678

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

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-09 14:44 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-09 19:05 | CUDE | 0417a1195f54cc035a2d8d9b3955e508099f168e2cda1841ed7364c6b8219bf438eb25aa7f95e4e4a7cb254aa42b92d

Suscriptor: HENRY NOVOA
Dirección: MZ L CS 12 VISTA HERMOSA
Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 6373
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 6374
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 2
Documento No.: DE52581943
Facturas Atrasadas :1

Ultimo Pago: $2480 19-03-25
Periodo Facturado: 04-04-2025/04-05-2025
Ruta: 56-5671210030

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:	
491.02 (Valor kWh con SUBS) x 1 (Consumo en kWh)	$492
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	$882
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-391
Saldo Anterior	$491
OTROS CONCEPTOS:	$2,403
Impuesto AP	$2,000
Interes Mora	$12
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$4,502
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$4,994

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	90102997	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-MAY-2025 03:05

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	PARA SUSPENSION

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	AR0601	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT42	(HC) Horas a compensar	0
Nivel de calidad	32	(CSC) Consumo estimado a compensar	1
(DIUS) Duración en horas de interrupciones	68.178	(%F) Porcentaje de descuento del cargo	30
(FTU) Frecuencia total de interrupciones	87	(CD) Cargo de Distribución	202.58
(CMUD) Horas por duración	75.97	(PAD) Multa por Reincidencia	69

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía el 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 Cvu Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel I			CU=G+T+D+C+PR+R		882.84
Interés moratorio residencial		0,48%	Interés moratorio no residencial		1,68%

Subsidios FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
INMEDIATO	INMEDIATO	$4,994

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE EMSA informa que el dia JUEVES 21/may/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMAN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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

Ruta: 56-5671210030

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
266619678	INMEDIATO	$4,994

(415)7709998002449(8020)266619678(3900)0000004994

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Electrificadora del Meta SA ESP Nit. 892.002.210-6. RUT 892.002.210-6. Régimen Común. Actividad económica 3510. Resolución DIAN No. 18764000001 de 2019-12-20. Prefijo FEVM. Rango autorizado 1 al 5000000. Vigencia 24 meses. Actividad económica 3510. Resolución DIAN No. 18764000001 de 2019-12-20. Prefijo FEVM. Rango autorizado 1 al 5000000. Vigencia 24 meses.

UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS AUTORIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS RES No. 0547 Enero-24-2000

14506

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

Fecha: 06 06 2025 **Centro Vida:** Pinalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Eucaris Mateus Vargas
Fecha y lugar de nacimiento:	19/09/1955 Tolima.
Edad: 69	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 38246909

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia		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	X	Intelectual		**Nivel Sisben**	B2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Csalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Vereda Pinalito				
Municipio:	Natahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3124206468

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Eucaris Tatis

Firma del adulto mayor

Nombre: Eucaris Tatis

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Lugo Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14507


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
38246909
MATEUS VARGAS
EUCARIS


FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1955
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
29-MAY-1979 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

14508

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/06/2025

Ficha: 50711071516700000092

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EUCARIS

Apellidos: MATEUS VARGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38246909

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/05/2021

Última actualización ciudadano: 05/05/2021

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

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

14509

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	38246909
NOMBRES	EUCARIS
APELLIDOS	MATEUS VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	15/03/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 05:55:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

11331 14510

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

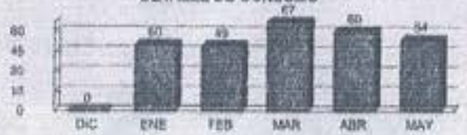
CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
266189066



266189066
7836266
11331

Suscriptor: "ELICARIS MATEUS"
Dirección: "LA LOMA INSP PINALITO VISTA HERMOSA"
Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 366
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 420
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 53
Factura No.: 2022052668180045
Facturas Atrasadas: 0

Último Pago: $21760 04-05-22
Periodo Facturado: 11-04-2022/11-05-2022
Ruta: 56-5671210205

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$351,907

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:	
281.71 (Valor kWh con SUBS) x 54 (Consumo en kWh)	$15,212
VALOR NETO	$38,031
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,859
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$15,212
Impuesto AP	$4,564
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$4,568
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$19,780

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HKG	19816117	1

FACTURACIÓN DE 18-MAY-2022

ESTRATO	1	CLASE	Rural	CICLO	59
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	AR06C1	(CHC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	V1140	(CHC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CMC) Consumo afectado a compensar	67
(DNA) Duración anual en horas de interrupciones	0	(%K) Porcentaje de descuento del cargo	14
(FMA) Número total de interrupciones	0	(CU) Cargo de Distribución	87.83
(KWKD) Mes por duración	75.97	(FMAG) Alerta por Frecuencia	09

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	264.91	Pérdidas reconocidas	PR $	61.73
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	40.33	Otros costos asociados al suministro de energía	O $	36.95
Transporte en el sistema de distribución local	D $	200.06	Costo de comercialización	C $	75.42
Total costo unitario de prestación del servicio (mercado) Nivel I			1)CU=G+T+D+C+PR+R		679.4

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	1,57%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 50

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
31-MAY-2022	01-JUN-2022	$19,780

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el día JUEVES 26/may/2022 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

ANDRES ENRIQUE TABOADA VELASQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
11-04-2022/11-05-2022	266189066	31-MAY-2022	$19,780

Ruta: 56-5671210205

(415)7709998002449(8020)0266189066(3900)0000019780

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

USO CONJUNTO DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN LOCAL (ARTS. 34 Y 35 DE LA LEY 142 DE 1994) - AGENTES AUTORIZADOS DE ENERGÍA (RES 180 054 Enero-29-2007)
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
www.electrificadoradelmeta.com
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.1 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

145H

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Delanira cardenas Marin
Fecha y lugar de nacimiento:	07/09/1957 Restrepo Meta
Edad: 67	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21 236 733

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito Meta				
Municipio:	Uiotahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3213054213

2. ACUDIENTE

3213054213

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Claudia Lugo Martnez

Firma del adulto mayor

Nombre: Claudia Lugo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Deyanira Cardenas

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Deyanira Cardenas N.

Cargo _____

	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:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Deylanira cardenas Marin
Fecha y lugar de nacimiento:	07/09/1957 Restrepo Meta
Edad: 67	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21 236 733

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito Meta				
Municipio:	Uiotahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3213054213

2. ACUDIENTE

3213054213

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Claudia Lugo Martinez

Firma del adulto mayor

Nombre: Claudia Lugo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Deyanira Cardenas

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Deyanira Cardenas M.

Cargo

14512


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.236.733
CARDENAS MARIN

APELLIDOS
DEYANIRA

NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1957
RESTREPO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-MAR-1978 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

14513

Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 08/06/2025

Ficha: 50711074516700006719

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DEYANIRA

Apellidos: CARDENAS MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21236733

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/10/2024

Última actualización ciudadano: 31/10/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 3133322

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

14514

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	21236733
NOMBRES	DEYANIRA
APELLIDOS	CARDENAS MARIN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	01/12/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/10/2025 05:53:48	**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".

12192 14515

emsa

Electrificadora del Meta S.A.

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

377002183

"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 S.A. E.S.P. 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".

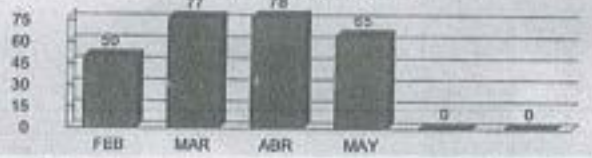
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-09 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-09 15:05 | CUDE | 79f0330c03cd0879491a9665f9ea9e929c4a911e4e0b6273542664d660a07443a0a74f7e8e53dc0d6e18a06ee73a275

Suscriptor: DEYANIRA CARDENAS MARIN

Dirección: CL 13A 4 13 BR LA LOMA PIÑALITO VISTA HERMOSA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 267 — Lectura Actual 272
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 68
Documento No.: DES2592003
Facturas Arrasadas :0

Último Pago: $133880 16-04-25
Periodo Facturado: 04-04-2025/04-05-2025
Ruta: 56-5671210336

MARCA CONTADOR (23)	NÚMERO (3)	FACTOR
HKG	24718630	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-MAY-2025 03:05

ESTRATO	1	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Circuito	AR0601	(IIC) Horas Consumidas	0
Transformador	VIT40	(IVC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	32 -	(CEC) Consumo estimado a compensar	77
(DIU) Duración en horas de interrupciones	20.725	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	5	(DS) Cargo de Distribución	202.58
(DIU) Mota por duración	75.97	(FIU) Mota 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 suministro 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) (mercado) Nivel (1)			CU=G+T+D+C+PR+R		882.84

Interés moratorio residencial 0,49% — Interés moratorio no residencial 1,55%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %	%	VLR DE CUOTA	

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 65 (Consumo en kWh)	$25,579
VALOR NETO:	$57,384
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-31,805
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$25,579
Impuesto AP	$6,891
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$6,891

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$32,470

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$32,470

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el dia JUEVES 21/may/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMAN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

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

Ruta: 56-5671210336

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
377002183	23-MAY-2025	$32,470

(415)7709998002449(8020)0377002183(3900)0000032470

emsa — VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE (RES No. 012020 de DIC 14-21) DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR (RES No. 0647 Enero-26-2022) VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

14516

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Susana Contreras Aguilera					
Fecha y lugar de nacimiento:	69	10/07/1956 Medina Cundinamarca					
Edad:		**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21180380					

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito				
Municipio:	Viotahermosa	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3114616637

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Susana Contreras R

Firma del adulto mayor

Nombre: Susana Contreras Aguilera.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo: Auxiliar de enfermeria

14516

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

Fecha: 06 | 06 | 2025 **Centro Vida:** Piñalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Susana Contreras Aguilera					
Fecha y lugar de nacimiento:	69	10/07/1956 Medina Cundinamarca					
Edad:		**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21180380					

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

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

Dirección:	Vereda Piñalito					
Municipio:	Puerto Concordia	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma	
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	3114616637

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Susana Contreras R

Firma del adulto mayor

Nombre: Susana Contreras Aguilera

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Claudia Patricia Lugo Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Lugo

Cargo: Auxiliar de enfermeria

14517



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.180.380
CONTRERAS AGUILERA
APELLIDOS
SUSANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1956
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

24-OCT-1979 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

14518

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 13/06/2025

Ficha: 50711016516700001554

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **SUSANA**

Apellidos: **CONTRERAS AGUILERA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **21180380**

Municipio: **Vista Hermosa**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/11/2020

Última actualización ciudadano: 23/09/2024

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MUR

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	21180380
NOMBRES	SUSANA
APELLIDOS	CONTRERAS AGUILERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	01/06/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/13/2025 15:47:08	**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

19520

ASOCIACION COMUNITARIA DEL ACUEDUCTO VEREDAL DE AGUALINDA Y PIÑALITO

Vigilado SUPERSERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

FACTURA No. 805

NIT 901.217.087-1

Dir: CENTRO PIÑALITO - META

Código del Suscriptor: 0040-1150-0000-00	Cód. Interno: 1150	Nombre: SUSANA CONTRERAS	
	# Conexión: 00401150	Dirección: BARRIO 7 MAYO	
Uso: Residencial	Estrato/Categoría: BAJO BAJO	Barrio: 7 MAYO	

Periodo Facturado: Del 01 al 31 de Mayo	Periodos a cancelar: 7	Lectura Anterior: 0	Lectura Actual: 0
	Expedida: 03/06/2025	Consumo: 0 m3	Tipo Consumo: Real
CC ó NIT 21180380	Id. Medidor:	Estado de Lectura:	

Acueducto				Alcantarillado	
Rango	Cons m3	$ m3	Subtotal	$ m3	Subtotal
0 a 0					0.00
1 a 0	0		0.00		0.00
> 0	0		0.00		0.00
Costo Total Consumo			$0.00		$0.00

Concepto	Costo	Valor Real	Subsidio	Valor a Pagar
Deuda Anterior		$68,000.00		$68,000.00
Tarifa Plena Acueducto		$12,000.00		$12,000.00
		$0.00		
Otros a Cobrar				$0.00
Total a Pagar				**$80,000.00**

Consumo Ultimos 6 Periodos

Periodo	Cons m3	Valor Factura	Gráfico
Abril	0	$68,000.00	
Marzo	0	$56,000.00	
Febrero	0	$46,400.00	
ero	0	$32,000.00	
iembre	0	$20,000.00	
Noviembre	0	$10,000.00	

Promo. Suscriptor | Promedio Estrato

Detalle de su deuda al periodo Anterior

Servicio	Capital Adeudado	Interes Acues. Ant.	Int. periodo Antes.
Acueducto	68000.00	0.00	0.00
Alcantarillado	0.00	0.00	0.00
Aseo	0.00	0.00	0.00
Totales	68000.00	0.00	0.00

Pago sin recargo hasta: **PAGUE DE INMEDIATO** | Pago con recargo hasta:

Observaciones:
SEÑOR USUARIO EVITE LAS SUSPENSIONES
PAGUE OPORTUNAMENTE

Punto de Pago: OFICINA DE ACUEDUCTO DE PIÑALITO

Esta factura presenta merito ejecutivo ley 142 de 1994 Art.130

AGUAPI

NIT 901.217.087-1

Factura No.	805.00
Código Suscripto	0040-1150-0000-0
Código Interno	1150
SUSANA CONTRERAS	
BARRIO 7 MAYO	
Subtotal Acueducto	$80,000.00
Subtotal Alcantarillado	$0.00
Subtotal Aseo	$0.00
Subtotal Otros	$0.00
Total a Pagar	$80,000

Desprendible para la Empresa

DA5

Periodo Facturado: Del 01 al 31 de Mayo

AGUAPI

NIT 901.217.087-1

Factura No.	805.00
Código Suscripto	0040-1150-0000-0
Código Interno	1150
SUSANA CONTRERAS	
BARRIO 7 MAYO	
Subtotal Acueducto	$80,000.00
Subtotal Alcantarillado	$0.00
Subtotal Aseo	$0.00
Subtotal Otros	$0.00
Total a Pagar	$80,000

Desprendible para el Banco

DA5

Periodo Facturado: Del 01 al 31 de Mayo

14521

	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: Pinalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Matilde Marin Rico						
Fecha y lugar de nacimiento:	40270771 San Juan de Arama						
Edad:	60	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	17/12/1964 S Arama				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			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	X	Intelectual		**Nivel Sisben**	A1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cisalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Vereda Piñalito					
Municipio:	Puerto Inírida	**Estrato:**		**Barrio:**	Esperanza.	
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	3112847731

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Matilde Marín Rico

Firma del adulto mayor

Nombre: Matilde Marín Rico

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Patricia Tovar

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Claudia Tovar

Cargo Auxiliar de enfermería

14522


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
MARIN RICO

NUIP 40.270.771

Nombres
MATILDE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
17 DIC 1964

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN JUAN DE ARAMA (META)

Fecha y lugar de expedición
21 NOV 1984, MESETAS

Firma

Matilde Marin

Fecha de expiración
15 NOV 2034


.00

058909898

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL058909898652044<<<<<<<<<<
6412179F3411159COL40270771<<<7
MARIN<RICO<<MATILDE<<<<<<<<<<

14523

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 13/06/2025

Ficha: 50711010518800000249

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MATILDE

Apellidos: MARIN RICO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40270771

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2018

Última actualización ciudadano: 29/10/2018

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: NOLBERTO ANTONIO RIOS MURIEL

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esquina

Teléfono: 3133322290

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

14524

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	40270771
NOMBRES	MATILDE
APELLIDOS	MARIN RICO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

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	02/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/13/2025 04:48:48	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".

12318

14525

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

266669133

"El no pago de su factura de energía en las fechas establecidas 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 puntos 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 policía, inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

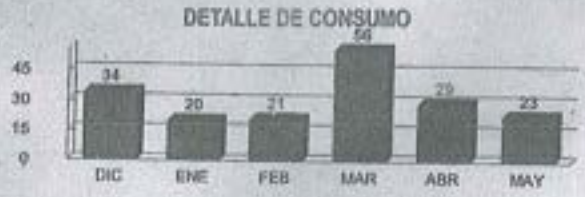
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-09 14:48 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-09 15:07 | CUDE | 2e8cadc1e8ea9191acc0c6d81349769d02e64e9000d9c3e83ccca492ef7484fae826da05aaac7903067147ea1310

Suscriptor: WENSESLAO ALONSO AREVALO

Dirección: INP PINALITO VISTA HERMOSA

Ciudad: Vista Hermosa

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 9525
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 9548
Anomalia 0

Consumo Promedio UltimosMeses: 32
Documento No.: DE82562124
Facturas Anexadas :0

Ultimo Pago: $17400 23-04-25
Periodo Facturado: 04-04-2025/04-05-2025
Ruta: 56-5671210960

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	100128312	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-MAY-2025 03:05

ESTRATO	2	ZONA	Rural	CICLO	59
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Id Circuito	AR0601	(NC) Horas Compensadas	0
Id Transformador	V1T41	(VC) Vacas a compensar	0
Grupo de calidad	32	(CEC) Consumo estimado a compensar	56
(DIAS) Duración en horas de interrupciones	68.178	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIAS) Número total de interrupciones	87	(Dis) Cargo de Distribución	202.58
(DIAS)/(FIAS) Meta por duración	75.97	(Pct/D) 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) (resolución) Nivel (1) CU=G+T+D+Cu+PR+R					882.84

Interés moratorio residencial 0.49% | Interés moratorio no residencial 1.59%

Saldo a 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 23 (Consumo en kWh)	$11,314
VALOR NETO:	$20,305
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-8,991
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$11,314
Impuesto AP	$2,437
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,437
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$13,750

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	$13,750

Impuesto AP Acuerdo 020/Dic-20 EMSA informa que el dia JUEVES 21/may/2025 se realizara atención a peticiones, quejas y reclamos en VISTAHERMOSA RURAL lugar: FRENTE A LA ALCALDIA

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
04-04-2025/04-05-2025	Ruta: 56-5671210960	266669133	23-MAY-2025	$13,750

(415)7709998002449(8020)0266669133(3900)0000013750

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE Res No 013035 de DIC 14-2018 DIAN AGENTE AUTORRETENEDOR IVA Res 0047 Enero 25-2005
Servicios VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Barranquilla Cra 46 No 88-325 Piso 2 Tel 3685555 BUCARAMANGA Cra 27 No 42-95 Tel 6344444 BOGOTA Cra 7 No 71-21 Torre B Piso 11 Tel 3077000 CALI Cra 4 No 12-41 Piso 2 Tel 8933333 CARTAGENA Cra 17 No 31-104 Tel 6600000 MEDELLIN Cra 43A No 1-50 Piso 2 Tel 3126000 PEREIRA Cra 7 No 19-36 Piso 2 Tel 3400000
Bancolombia Ahorros 650-000316-45 EMSA ESP

14526

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

Fecha: 01 | 08 | 2025 **Centro Vida:** Pinalito Meta

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ruben Dario Hernandez Mahecha
Fecha y lugar de nacimiento:	07/08/1962 Quebradanegra Cundinamarca
Edad: 63 años	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 3.234215

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

Estado Civil		**Sexo** 63 años		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino	X	Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	CAJACOPI
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Vereda Pinalito				
Municipio:	Puerto Lleras	**Estrato:**		**Barrio:**	Loma
Zona:	**Rural** X	**Urbano**		**Telefono:**	3142599867

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Rubén Dario Hernandez

Firma del adulto mayor

Nombre: Rubén Dario Hernandez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Claudia Lugo Martinez

Firma del profesional que realiza la inscripcion Claudia Lugo

Nombre: Claudia Lugo

Cargo Auxiliar de enfermeria

14527



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.234.215
HERNANDEZ MAHECHA

APELLIDOS
RUBEN DARIO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1962
QUEBRADANEGRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

10-SEP-1982 UTICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

14528

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 03/08/2025

Ficha: 50711071516700000726

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: RUBEN DARIO

Apellidos: HERNANDEZ MAHECHA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3234215

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/04/2024

Última actualización ciudadano: 30/04/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: FLOR ALBA DIAZ LOP

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

14528

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 03/08/2025

Ficha: 50711071516700000726

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: RUBEN DARIO

Apellidos: HERNANDEZ MAHECHA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3234215

Municipio: Vista Hermosa

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/04/2024

Última actualización ciudadano: 30/04/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: FLOR ALBA DIAZ LOP

Dirección: Carrera 13 Calle 9 Esqui

Teléfono: 31333222

Correo Electrónico: sisben@vistahermosa-meta.gov

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	3234215
NOMBRES	RUBEN DARIO
APELLIDOS	HERNANDEZ MAHECHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VISTA HERMOSA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/03/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/03/2025 15:12:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

14530

VALORACION INICIAL

1531

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Centro	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Lugo		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40.727.149
PRIMER NOMBRE	Flor	SEGUNDO NOMBRE	Mery
PRIMER APELLIDO	Rivera	SEGUNDO APELLIDO	Martínez
FECHA DE NACIMIENTO	09/07/1963	EDAD	62
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	F
SISBEN	C3	RH	O+
ESCOLARIDAD	No	DIRECCIÓN	Centro
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3124565009

3. SALUD			
EPS	Famisanar	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertensa, triglicerios Alta		
MEDICAMENTOS	no menciona		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI NO X
CONSUMO LICOR	SI NO X	DISCAPACIDAD	SI NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	6 hijos y ella	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	4 veces	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: adulto mayor con buena alimentación.		Azucares	Si
		Lácteos	POCO

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adultomayor con buenas condiciones de asco personal.			

14532

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

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 77.75	TALLA: 158	EDAD: 73	IMC: 29,47

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
28	97	34	68	45	40	36

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Pomerol, 31 años cateterismo hace 6 años que le realizaron

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bien nutrido
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Promuer La buena alimentacion, para mantener una buena salud y prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Lugo

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35,263363

BENEFICIARIO:

Flor Mery Rivera M.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 40727149

FECHA INGRESO:	11-05-2024 - 09:15			FECHA EGRESO:	11-05-2024 - 09:19
PACIENTE:	RIVERA MARTINEZ FLOR MERY			IDENTIFICACIÓN:	CC 40,727,149
EDAD: 60 Años	SEXO: Fem.	NACIM:	09-07-1963	CIUDAD:	ACACIAS
ACOMPAÑANTE:	VARIOS USUARIOS			FOLIO: 22 - 000012	TELEFONO: 3124565009
ENTIDAD:					GRP SANG : O RH: +
DIRECCIÓN:	PINALITO			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE REALIZAN TRABA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
ACACIAS

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL MEDICINA INTERNA

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 60 AÑOS CON ANTECEDENTES

1. HTA

EN MANEJO CON

1. ENALAPRIL 20 MG 2 DIA

NO SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES. - NO SÍNTOMAS EN PIEL. - NO SÍNTOMAS VISUALES. - NO SÍNTOMAS AUDITIVOS. - NO EPISTAXIS. - NO SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. - NO REFIERE ORINA ESPUMOSA, NO OTROSURINARIOS. - NO DOLOR OSTEOMUSCULAR.
ÚLTIMAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS : -
LABORATORIOS:
- ELECTROCARDIOGRAMA: RITMO SINUSAL, FC NORMAL, SIN ALTERACIONES DEL ST, NO CUMPLE CRITERIOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR NI AURICULAR. NO SE EVIDENCIAN BLOQUEOS DE RAMA NI AURICULO-VENTRICULARES. â€"

GENERALIDADES: BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO. MUCOSA ORAL HIDRATADA, SIN CIANOSIS NI ACROCIANOSIS, SIN DISNEA, TOLERA EL DECÚBITO. CUELLO: NOOBSERVO BOCIO. CUELLO SIN SOPLOS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR A 45 GRADOS, SIN MASAS VISIBLES NI PALPABLES. CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, NO HAY DÉFICIT DE PULSO, NO ENCUENTRO DESDOBLAMIENTOS, NO AUSCULTO OTROS RUIDOS. PULMONES: MURMULLO VESICULAR NORMAL, SIMÉTRICO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. ABDOMEN: AUSCULTO PERISTALTISMO NORMAL. NO AUSCULTO SOPLOS EN FOSAS RENALES. NO OBSERVO DISTENSIÓN, NO ASIMETRÍAS, NO ABULTAMIENTOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO PRESENTA ONDA ASCÍTICA. VASCULAR PERIFÉRICO: PULSOS CONSERVADOS, SIMÉTRICOS, NO HAYCAMBIOS TRÓFICOS DISTALES, LLENADO CAPILAR DE UN SEGUNDO APROXIMADAMENTE. EXAMEN DE LOS PIES: PIES SIN DEFORMIDAD, NO PRESENTA CALLOS, FISURAS, ÚLCERAS, AMPUTACIONES, INFECCIÓN NI GANGRENA. EDEMAS: NO PRESENTA EDEMAS EN EXTREMIDADES, PÁRPADOS NI GENITALES. NO PRESENTA ASCÍTICS. NEUROLÓGICO SNC: CONSCIENTE, ORIENTADO, ALERTA, LENGUAJE NORMAL, NO PARESIAS, NO PLEJÍAS, NO COMPROMISO DE PARES CRANEALES, NO AFASIA, NO ATAXIA, MARCHA SIN ALTERACIONES, MEMORIA RETRÓGRADA Y ANTERÓGRADA SIN APARENTES ALTERACIONES. TONO MUSCULAR NORMAL Y SIMÉTRICO. NEUROLÓGICO SNP: SENSACIÓN DE TEMPERATURA, DOLOR Y VIBRACIÓN CONSERVADA BILATERALMENTE, SIMÉTRICA.ROT BICIPITALES 2/4 BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS. ROT ROTULIANOS 2/4 BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS. ROT AQUILIANOS 2/4 BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS. REFLEJOS ABDOMINAL, PUPILAR Y CORNEALL NORMALES BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS. .
CLASIFICACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: (SCORE) ALTO
CLASIFICACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: (FRAMINGHAM) BAJO â€"ALTO
CONTROL EN: REMISION OTRAS ESPECIALIDADES: NO

ALERGICOS:
AMOXICILINA

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
123/090	101	090 lmp	020 rpm	37.00°	000%	00	59.0 Kl	155 cm		m2				12/15

DIAGNOSTICO: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

ANALISIS: PACIENTE ESTABLE , HTA CONTROLADA . SINUSITIS MAXILAR DERECHA . REFIERE DOLOR PRECORDIAL , DISNEA NYHA II, AMPLIO ESTUDIOS CARDIOVASCULARES . CONTROL CON RTEPORTES .

TIPO DE DIAGNOSTICO: 9-NO APLICA

CAUSA: NO APLICA
FINALIDAD: NO APLICA

FECHA INGRESO:	11-05-2024 - 09:15			FECHA EGRESO:	11-05-2024 - 09:19
PACIENTE:	RIVERA MARTINEZ FLOR MERY			IDENTIFICACIÓN:	CC 40,727,149
EDAD: 60 Años	SEXO: Fem.	NACIM:	09-07-1963	CIUDAD:	ACACIAS
ACOMPAÑANTE:	VARIOS USUARIOS			FOLIO: 22 - 000012	TELEFONO: 3124565009
ENTIDAD:					GRP SANG : O RH: +
DIRECCIÓN:	PINALITO			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE REALIZAN TRABA

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

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LLORENTE ROJO WILFREDO	Dr Wilfredo Llorente Rojo Médico Internista Reg. MD 115644/2011
ESPECIALIDAD:	MEDICINA INTERNA	
REGISTRO No:	387017	

May. 11/2024 09:15 evoluciono LLORENTE ROJO WILFREDO MEDICINA INTERNA folio: 22 - 000012

NOTA: MEDICINA INTERNA CONSULTA EXTERNA
TIPO DE DIAGN: 9-NO APLICA

DIAGNOSTICO:
I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

FORMULACION:

LABORATORIOS CRONICOS

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Imagenologia	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO - 881202		1.0 (UN) AMB
Imagenologia	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER) - 895001		1.0 (UN) AMB
Farmacia	ROSUVASTATINA + EZETIMIBA TAB 40MG/10MG - POC10BA060102 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 01 DIA ORAL 90	90	90.0 (NOVENTA) AMB
Laboratorio	COLESTEROL TOTAL - 903818		1.0 (UN)
Laboratorio	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO - 903816		1.0 (UN)

14535

MultiSalud

MULTISALUD S.A.S
830511298
HISTORIA CLINICA

Impreso: PAOC 2024-05-23 07:26

FECHA INGRESO:	11-05-2024 - 09:15	**FECHA EGRESO:**	11-05-2024 - 09:19
PACIENTE:	RIVERA MARTINEZ FLOR MERY	**IDENTIFICACIÓN:**	CC 40,727,149
EDAD: 60 Años	**SEXO:** Fem. **NACIM:** 09-07-1963	**CIUDAD:**	ACACIAS
ACOMPAÑANTE:	VARIOS USUARIOS	**FOLIO:**	22 - 000012 **TELEFONO:** 3124565009
ENTIDAD:			**GRP SANG:** O **RH:** +
DIRECCIÓN:	PINALITO	**BARRIO:**	
PERT. ETNICA:	MESTIZO **ESTADO CIVIL:** SOLTERO	**OCUPACIÓN:**	PERSONAS QUE REALIZAN TRABA

Laboratorio	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - 903815		1.0 (UN)
Laboratorio	TRIGLICERIDOS - 903868		1.0 (UN)
Laboratorio	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - 903841		1.0 (UN)
Laboratorio	UROANALISIS - 907106		1.0 (UN)
Laboratorio	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 903895		1.0 (UN)
Interconsultas	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - 890366		1.0 (UN) AMB

Dx/ I10X

2405110915241149

NRO FORMULA **2405110915241149**

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: LLORENTE ROJO WILFREDO **ESPECIALIDAD:** MEDICINA INTERNA **REGISTRO No:** 387017	Dr Wilfredo Llorente Rojo Médico Internista Reg. No 115644/2011

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

ESTADO SALIDA: VIVO (A)

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICOS

CIERRE HISTORIA CLINICA: LLORENTE ROJO WILFREDO 20240511

14536

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pinalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Pinalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Tugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	19.067968
PRIMER NOMBRE	Eduardo	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Mancera	SEGUNDO APELLIDO	Galindo
FECHA DE NACIMIENTO	13-11-1944	EDAD	80
GRUPO POBLACIONAL	Ninguna	SEXO	M
SISBEN	B	RH	O+
ESCOLARIDAD	NO	DIRECCIÓN	Vereda Pinalito
OCUPACIÓN	Oficios barios	TELEFONO	3042220216

3. SALUD			
EPS	Nueva eps	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	no menciona		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14537

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El usuario	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Aveces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con mala Alimentacion		Azucares	Aveces
		Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: beneficiario con buena actitud buen aparentemente buen estado de salud			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Tallimetro
PESO: 88.85	TALLA: 1.69	EDAD: 80	IMC: 31.17

14538

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
34	112	32	75	59	44	45

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	mantener una buena salud y prevenir enfermedades, atraves de una nutricion adecuada

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Juao Martnez
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 35263363 Villavicencio

BENEFICIARIO:
Eduardo Ramirez Falindo
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 19067968

14539

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	17/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	1123562797
PRIMER NOMBRE	Hilda	SEGUNDO NOMBRE	Maria
PRIMER APELLIDO	Fajardo	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	23/10/1962	EDAD	62 años
GRUPO POBLACIONAL	ninguno	SEXO	F
SISBEN	B7	RH	ot
ESCOLARIDAD	4 primaria	DIRECCIÓN	esperanza
OCUPACIÓN	oficios varios	TELEFONO	3142276375

3. SALUD			
EPS	capitalsalud	TIPO AFILIACIÓN	subsidiado
DIAGNOSTICOS	ninguno		
MEDICAMENTOS	ninguno.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	ninguna		

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	el esposo y la usuaria	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	4 veces	Cereales, tubérculos	a veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	no	Verduras, hortalizas, frutas	a veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	no	Carnes, huevos, leguminosas	a veces
OBSERVACIONES: adulto mayor con poca alimentación saludable.		Azucares	a veces
		Lácteos	a veces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	si	ESTOMATITIS ANGULAR	no
PELO DESPRENDIBLE	no	GLOSITIS ESCARLATA	no
PELO SIN PIGMENTO	no	LENGUA LISA	si
COILONIQUIA	no	ENCIAS SANGRANTES	no
UÑAS QUEBRADIZAS		ESMALTE MOTEADO	si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	no	ATROFIA MUSCULAR	no
PALIDEZ	no	DEBILIDAD MUSCULAR	no
AGRIETADA	no	COSTILLAS PROMINENTES	no
DESCAMACIÓN	no	OSTEOMALACIA	no
HIPERQUERATOSIS	no	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	no	RETRASO CICATRIZAR	no
LAGRIMEO O ARDOR	no	ASCITIS GRADO	no
CEGUERA NOCTURNA	no	EDEMA GRADO	no
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	no
PERDIDA AUDITIVA	no	CUELLO INFLAMADO	no
OBSERVACIONES: adulto mayor con buen estado físico			

14540

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

6. ANTROPOMETRÍA						
METODO TOMA DE PESO	Peso		METODO TOMA DE TALLA	Metro		
PESO: 60K	TALLA: 145		EDAD: 62	IMC: 28,57		
6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24cm	95cm	38cm	72	40cm	35 cm	37 cm

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Hipertensa
7.2 QUIRÚRGICOS: Vesiga

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	adulto mayor con sobrepeso
ESTADO FISICO	bueno
ESTADO EMOCIONAL	bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	verificar una buena alimentación para mantener una buena salud y estado emocional

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Reyes M.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO: Hilda maria

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 1123562797

14541

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Centro	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Lugo		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	4890925
PRIMER NOMBRE	Obed	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Salas	SEGUNDO APELLIDO	Cabrera
FECHA DE NACIMIENTO	24/03/1957	EDAD	68
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	A 4	RH	O+
ESCOLARIDAD	NO	DIRECCIÓN	Centro
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3144423492

3. SALUD			
EPS	CAJACOPI	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	N/A		
MEDICAMENTOS	Levotiroxina 50mg Dapagliflozina 10mg Asa, atorvastatina, omeprazol		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI NO X
CONSUMO LICOR	SI NO X	DISCAPACIDAD	SI NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14542

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

VALORACIÓN INICIAL

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	el usuario	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	4 veces	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Si
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	Si
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buena alimentacion		Azucares	Poco
		Lácteos	A veces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen estado fisico			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 77,75	TALLA: 157	EDAD: 68	IMC: 31,60 Obesidad grado 1

14543

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
30	96	75	81cm	45	40	36

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	corazon abierto, cas dos vistas

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Estado nutricional bien nutrido
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mantener una buena alimentacion para mantener una salud y buen estado de animo

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Patricia Tuqo

NOMBRE: Claudia tuqo
IDENTIFICACIÓN: 35,263363

BENEFICIARIO:

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 4890925

10544

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El Usuario	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	A veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	A veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	A veces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buena Alimentacion		Azucares	A veces
		Lácteos	A veces.

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA		CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto Mayor en aparente buen estado general			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 62.45	TALLA: 1.56	EDAD: 80	IMC: 25.69 Peso Sobre

14545

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
29	97	40	76	51	38	39

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: Pomeroy

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto Mayor bien nutrido
ESTADO FISICO	Adulto Mayor se le dificulta caminar por dolor de rodilla
ESTADO EMOCIONAL	Adulto Mayor, con buen estado emocional
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	mantener, la salud y el bienestar general del cuerpo, para prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Lugo

NOMBRE: claudia lugo
IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:

maria flores de alfonso

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 40275922

14546 B

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	01/08/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/09/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martnez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	17291364
PRIMER NOMBRE	Eladio	SEGUNDO NOMBRE	-0-
PRIMER APELLIDO	Quevedo	SEGUNDO APELLIDO	-0-
FECHA DE NACIMIENTO	30/12/1960	EDAD	64 años
GRUPO POBLACIONAL	Ninguna	SEXO	Masculino
SISBEN	A2	RH	O+
ESCOLARIDAD	3 Primaria	DIRECCIÓN	Esperanza
OCUPACIÓN	O. varios	TELEFONO	3147857581

3. SALUD			
EPS	N. EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguna		
MEDICAMENTOS	Ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO ____	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI X NO ____	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD			

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	5 Personas a cargo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	Aveces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguna	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguna	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES:		Azucares	Aveces
		Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	✓	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	X
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	✓
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto mayor con buen estado físico trabaja			

14547

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO		METODO TOMA DE TALLA	
PESO: 56	TALLA: 172	EDAD: 64	IMC: 1898

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA 73	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
22		32	85	39	38	33

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Adulto Mayor manifiesta que no tiene ningun antecedente
7.2 QUIRÚRGICOS: Adulto Mayor sin cirugias

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto Mayor con buen estado nutricional Piel hidratada mucosas orales humedas
ESTADO FISICO	Adulto Mayor con cuello toraxsimetrico, Abdomen no doloroso a la Palpacion Perdida de masa muscular
ESTADO EMOCIONAL	Adulto Mayor, Alegre le gusta jugar se asocia con las demas abuelos
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	se le brinda educacion en salud Adulto mayor entiende

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Patricia Tugo

NOMBRE: Claudia Tugo

IDENTIFICACIÓN: 35,263363.Vbo

BENEFICIARIO: Eladio Quevedo

NOMBRE: Eladio Quevedo

IDENTIFICACIÓN: 17291364

1454B

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pinalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lago Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	5.930.777
PRIMER NOMBRE	JOSE	SEGUNDO NOMBRE	Gabriel
PRIMER APELLIDO	Correal	SEGUNDO APELLIDO	Amaya
FECHA DE NACIMIENTO	20-08-1940	EDAD	84
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	A5	RH	O+
ESCOLARIDAD	NO estudio	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3113241194

3. SALUD			
EPS	Caja Copi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Cirugia visual		
MEDICAMENTOS	Omeprazol		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Perdida de vision seguera		

14549

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA

PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Familia
NÚMERO COMIDAS	4 VECES
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO
OBSERVACIONES: Beneficiario con poca, Fruta, tuberculos, que Consume	

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

GRUPO	FRECUENCIA
Cereales, tubérculos	POCO
Verduras, hortalizas, frutas	A VECES
Carnes, huevos, leguminosas	A VECES
Azucares	POCO
Lácteos	POCO

5. EXAMEN FÍSICO

5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SÍ	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	SÍ
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		**5.4 MUSCULO ESQUELETICO**	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	**5.6 OTROS**	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	SI	CUELLO INFLAMADO	NO

OBSERVACIONES: Beneficiario con buen estado general

6. ANTROPOMETRÍA

METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 60.50	TALLA: 1.72	EDAD: 84	IMC: 20.50 Normal

14550

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
27	89	40	81	44	40	41

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: NO
7.2 QUIRÚRGICOS: cirugia de vista

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mantener una buena alimentacion, para prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Lugo Martinez

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: Jose Concepcion Amaya

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 5930777

14551

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006595
CALLE 37 NO 41-60

Pag: 1 de 4
Fecha: 12/02/25

HISTORIA CLINICA No. CC 5930777 - JOSE GABRIEL CORREAL AMAYA
Fec. Nacimiento: 20/08/1940 **Edad actual:** 84 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Union Li
Empresa: CAJACOPI EPS CAPITACION I NIVEL
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3152983093 **Municipio:** VISTA HERMOSA
Dirección: VEREDA PIÑAL **Departamento:** META
Etnia: Ninguna de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: No aplica **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: Basica Primaria **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

SEDE DE ATENCIÓN: 10 CA VISTA HERMOSA — Cod. de habilitación: 5011100023371 — Edad: 84 años 5 meses 23 día
FOLIO: 24 — FECHA: 12/02/2025 09:29:54 — TIPO DE ATENCION: AMBULATORIO — VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

"TENGO TOS"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 84 AÑOS QUIEN CINSULTA POR CUADRO CRONICO DE TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESPECTORACION U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

REVISION POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS: NO REFIERE
SISTEMA COLÁGENO: NO REFIERE
SISTEMA LINFÁTICO: NO REFIERE
SISTEMA ÓSEO: NO REFIERE
SISTEMA ARTICULAR: NO REFIERE
SISTEMA MUSCULAR: NO REFIERE
MA NERVIOSO Y PSIQUISMO: NO REFIERE
MA CIRCULATORIO: NO REFIERE
TEMA RESPIRATORIO: NO REFIERE
A DIGESTIVO: NO REFIERE
URINARIO: NO REFIERE
A GENITAL: NO REFIERE
MA ENDOCRINO: NO REFIERE
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NO REFIERE

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES SISTEMICOS

OTRAS ENFERMEDADES (SI):
PATOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICOS: CATARATAS
FAMILIARES: NIEGA
ALÉRGICOS: NIEGA
FRAUMATISMOS: NIEGA
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
Fecha Registro Antecedente: : 12/02/25 10:00

OBJETIVO

SIGNOS VITALES

Usuario: 1053612673

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006595
CALLE 37 NO 41-60

Pag: 2 de 4
Fecha: 12/02/25

HISTORIA CLINICA No. CC 5930777 - JOSE GABRIEL CORREAL AMAYA
Fec. Nacimiento: 20/08/1940 **Edad actual:** 84 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Union L
Empresa: CAJACOPI EPS CAPITACION I NIVEL
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3152983093 **Municipio:** VISTA HERMOSA
Dirección: VEREDA PIÑAL **Departamento:** META
Etnia: Ninguna de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: No aplica **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: Basica Primaria **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

Fecha/Hora Toma: 12/02/2025 10:01

SIGNOS BÁSICOS					
Presión Arterial				Frecuencia Cardiaca (Pulsaciones/Minuto)	76
Sistólica (mmHg) 103 * Diastólica (mmHg) 66 Media 88				Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)	20
Temperatura (Grados Centigrados)			35.6	Via de Toma de la Temperatura	Axilar
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			90	Estado de Conciencia	
Saturación de Oxigeno (%)			93	Medio Ambiente	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS					
Peso	81.00 Kg	Talla (cm)	172	Indice de Masa Corporal (I. M. C.)	28.62
Perímetro Cefálico (cm)		Perímetro Abdominal (cm)		Área de Superficie Corporal	1.99
Perímetro Braquial (cm)		Perímetro Torácico (cm)			
ESCALAS					
Escala de Dolor		Tipo Escala		Glasgow	
Otras Escalas (Analgesia)					
Indicadores de Prevalencia					
Glucemia	Richmond Ross	Ramsay	Riesgo Cardiovascular (%)		
TFG	Estadio Renal				
OTROS					
Presión Intracraneal (mmHg)					
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)		Presión de Perfusión Cerebral (mmHg)		Presión Intra Abdominal (mmHg)	
Glucometría (mg/dl)		Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)		Modo Ventilatorio	
Reactivo a la Luz		Presión Venosa Central (mmHg)		Estado Hidratación	
Ojo Derecho SI ☐ No ☐		Ojo Izquierdo SI ☐ No ☐		Presión Arterial Pulmonar/ Sistólica (mmHg) / Diastólica (mmHg) / Media	

EXAMEN FISICO

CABEZA: PACIENTE QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN DIFICULTAD, BUEN ESTADO GENERAL.
CABEZA: NORMOCÉFALO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA Y ROSADA.
ORL: NARIZ CON TABIQUE CENTRAL, NO RINORREA NO EPISTAXIS,OTOSCOPIA BILATERAL CON CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS Y MEMBRANAS TIMPÁNICAS SIN ALTERACIONES,MUCOSAS ROSADAS HÚMEDAS ENCÍAS SANAS, AMÍGDALAS SIN PRESENCIA DE EXUDADOS NI PLACAS CUELLO: MÓVIL SIMÉTRICO CON TRÁQUEA CENTRADA NO ADENOPATÍAS NI MASAS.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y SINCRÓNICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS, NI MEGALIAS, PPL BILATERAL NEGATIVA.
GU HOMBRE: NO SE VALORA.
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.
SNC: SIMETRÍA FACIAL CONSERVADA, MOVIMIENTOS OCULARES SIN ALTERACIÓN, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, SIN FOCALIZACIONES NEUROLÓGICAS, FUERZA SENSIBILIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS. ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, HABLA COHERENTE, MEMORIA SIN ALTERACIÓN. GLASGOW 15/15

Usuario: 1053612673

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006595
CALLE 37 NO 41-60

Pag: 3 de 4
Fecha: 12/02/25

VIA CLINICA No. CC 5930777 - JOSE GABRIEL CORREAL AMAYA
Jecimiento: 20/08/1940 **Edad actual:** 84 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Union Li
Empresa: CAJACOPI EPS CAPITACION I NIVEL
N NIVEL 1
CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3152983093 **Municipio:** VISTA HERMOSA
ee VEREDA PIÑAL **Departamento:** META
Ninguno de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: No aplica **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: Basica Primaria **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, HA SIDO HUMILLAD@,INSULTAD@?: NO REFIERE
¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, FUE GOLPEAD@, BOFETEAD@ O LASTIMAD@?: NO REFIERE
¿DESDE QUE ESTA EN GESTACION, HA SIDO GOLPEADA O LASTIMADA?: NO REFIERE
¿DURANTE EL ULTIMO AÑO,FUE FORZAD@ A TENER RELACIONES SEXUAL: NO REFIERE
¿SINTOMATICO RESPIRATORIO?: NO REFIERE
¿VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL?: NO REFIERE
¿VICTIMA VIOLENCIA DOMESTICA?: NO REFIERE
¿VICTIMA DE MALTRATO?: NO REFIERE

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL Tipo: PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO

R058 TOS Tipo: RELACIONADO

ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 84 AÑOS QUIEN CINSULTA POR CUADRO CRONICO DE TOS, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESPECTORACION U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.
AL EXAMEN FISICO EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, A LA AUSCULTACION RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, NO SE AUSCULTAN AGREGADOS PULMONARES.
SE CONSIDERA PACIENTE CON CUADRO DE TOS CRONICA DE POSIBLE ETIOLOGIA ALERGICA, DADO QUIENO REFIERE OTROS SINTOMAS QUE HAGAN PENSAR EN OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS. SE EXPLICAN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, SE DA ANTIHISTAMINICO Y RECOMENDACIONES. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE (NIETA) QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
30.00	LORATADINA 10 MG TABLETA [1.00]

Dosis: 1.00 UNIDAD Vía: ORAL Frecuencia: 24 Horas Estado: NUEVO
Esquema
Observación: TOMAR 1 TABLETA EN LA TARDE

PLAN - DIAGNOSTICO

TOS

PLAN - EDUCATIVO

SE DILIGENCIA FÓRMULA MÉDICA, SE LE EXPLICA LA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE EDUCA AL PACIENTE EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, CONSUMIR VERDURAS Y FRUTAS TODOS LOS DÍAS EN TODAS LAS COMIDAS, DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL Y AZÚCAR DE MESA, DISMINUIR EL CONSUMO

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006595
CALLE 37 NO 41-60

Pag: 4 de 4
Fecha: 12/02/25

HISTORIA CLINICA No. CC 5930777 - JOSE GABRIEL CORREAL AMAYA
Fec. Nacimiento: 20/08/1940 **Edad actual:** 84 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Union L
Empresa: CAJACOPI EPS CAPITACION I NIVEL
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3152983093 **Municipio:** VISTA HERMOSA
Dirección: VEREDA PIÑAL **Departamento:** META
Etnia: Ninguna de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: No aplica **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: Basica Primaria **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

PLAN - SEGUIMIENTO

SEGUIR MANEJO MEDICO INSTAURADO

PLAN - TERAPEUTICO

LORATADINA 10 MG VO CADA 24 HORAS

HERNAN ULISES AMADOR TOVAR
Reg. 1053612673
MEDICINA GENERAL

14552

Empresa Social del Estado Departamental del Meta E.S.E.
Solución Salud

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD"
822006595

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Fecha: 12/02/25
Hora: 10:12:34
Página: 1
Vigencia: 30 Día

Paciente: CC 5930777 JOSE GABRIEL CORREAL AMAYA
Edad: 84 AÑOS Empresa: CAJACOPI EPS CAPITACION I NIVEL
Dx Principal: Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL
Dx Relacionado: R05X TOS
Dx Relacionado:
Folio No. 28 Fecha de Formulación: 12/02/2025 10:11:36

5930777$28

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Dias Tra	Cant.
1	NUEVO	LORATADINA 10 MG TABLETA CONC: 10 MG FORMA :TABLET A	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	30	30,00
Indi:	TOMAR 1 TABLETA EN LA TARDE						

Profesional

HERNAN ULISES AMADOR TOVAR
Reg. Med. 1053612873
MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

14553

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Esperanza	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Lugo		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	7817368
PRIMER NOMBRE	Angel	SEGUNDO NOMBRE	Maria
PRIMER APELLIDO	calderon	SEGUNDO APELLIDO	urrego
FECHA DE NACIMIENTO	24/10/1952	EDAD	72
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	B1	RH	A+
ESCOLARIDAD	2 Primaria	DIRECCIÓN	Esperanza
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3208487526

3. SALUD			
EPS	Cajacopi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Postata		
MEDICAMENTOS	Nitrofurantoina		
ACTIVIDAD FISICA	SI X NO	CONSUMO TABADO	SI NO X
CONSUMO LICOR	SI NO X	DISCAPACIDAD	SI NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14554

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA

PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El Adulto Mayor
NÚMERO COMIDAS	3 Veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguna
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguna
OBSERVACIONES:	Adulto Mayor con Poca alimentacion Saludable

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

GRUPO	FRECUENCIA
Cereales, tubérculos	Aveces
Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
Carnes, huevos, leguminosas	Poco
Azucares	Poco
Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO

5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		**5.4 MUSCULO ESQUELETICO**	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	**5.6 OTROS**	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	NO

OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen estado Fisico y general

6. ANTROPOMETRÍA

METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 60	TALLA: 166	EDAD: 72	IMC: 21.81

14555

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

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	81	36	80	38	25	37

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Prostata

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buen estado Nutricional
ESTADO FISICO	Buen estado fisico
ESTADO EMOCIONAL	Buen estado emocional
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Promover una buena alimentacion saludable, para asi tener una buena Salud

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Duque

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 35,263363

BENEFICIARIO:
Angel

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 7817368

14556

MULTISALUD S.A.S
CLL 26 B NO 38 76 PISO 4 TEL: 3330334170
830511258
HISTORIA CLINICA

FECHA INGRESO:	26-06-2025 - 11:40	FECHA EGRESO:	26-06-2025 - 11:59
PACIENTE:	CALDERON UNREGO ANGEL MARIA	IDENTIFICACIÓN:	CC 7,817,368
EDAD: 72 Años	SEXO: Masc NACIM: 24-10-1952	CIUDAD:	VISTAHERMOSA
ACOMPAÑANTE:		FOLIO: 22 - 000084	TELEFONO: 3113479584
ENTIDAD:	CAJACOPI EPSS	GRP SANG:	A+ RH: +
DIRECCIÓN:	VISTAHERMOSA	BARRIO:	
PERT ETNICA:	MESTIZO ESTADO CIVIL: U.LIBRE	OCUPACIÓN:	NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VISTA HERMOSA

MOTIVO DE CONSULTA:
CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE AÑOS DE EDAD NIEGA ANTECEDENTES PATOLOGICOS, EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN, CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA VIA ORAL, CONCIENTE, ORIENTADA, NIEGA DISNEA, NIEGA HEMOPTISIS, NIEGA PALPITACIONES, NIEGA FIEBRE, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

PACIENTE QUE ASISTE A CONSULTA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR A CUADRO DE COMPLICACION NEUMOTORAX POSTERIOR A PROCEDIMIENTO DE PROSTATECTOMIA, REFIERE ADEMAS DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES.

SE EXPLICA AL PADIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA MEDICA Y REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADA CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LIMITES NORMALES.

TAC: RX TORAX 22/05/2025: ESTUDIO NORMAL.
11/06/2025: UROANALISIS NORMAL, HDL 39, LDL 132.7, COL TOTAL 196, CREATININA 0.76, GLUCOSA 111, TSH 3.93, T4L 1.16, TRIGLICERIDOS 126.

EF:

-CABEZA/CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORIA REACTIVA, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL.
-RACIONICO, SIN AGENDAMIENTOS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR A 45°
-TORAX: EXPANSIBILIDAD SIMETRICA, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SIN S3.
-ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
-GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS. SIGNO DE GIORDANO NEGATIVO.
-EXTREMIDADES: SIMETRICAS Y EUTROFICAS, MÓVILES, SIN EDEMAS, PULSOS PEDIOS CON ADECUADA AMPLITUD.
-NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO , LUGAR Y ESPACIO. SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO.

PLAN:
ECO DOPLER VENOSO MMII
DIOSMINA/HESPERIDINA 450/50MG, TOMAR 1 TAB NOCHES
CONTROL

ALERGICOS:
NIEGA

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Temper	SpO	Per	Peso	Talla	IMC	Sp.Cint	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
130/070	087	080 lmp	020 rpm	36.02°	090%	00	65.0 kl	160 cm	23.44	1.68 m2				15/15.

CLASIFICACIÓN IMC: NORMAL
AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

DIAGNOSTICO: I872 - INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)

14557

MultiSalud

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

Impreso: FEB 2025-06-26 15:11

FECHA INGRESO:	26-06-2025 - 11:49	FECHA EGRESO:	26-06-2025 - 11:59
PACIENTE:	CALDERON URREGO ANGEL MARIA	IDENTIFICACIÓN:	CC 7,617,368
EDAD: 72 Años	SEXO: Mase	NACIM: 24-10-1952	CIUDAD: VISTA HERMOSA
ACOMPAÑANTE:			FOLIO: 22 - 000004 TELEFONO: 3013479584
ENTIDAD:	CAJACOPI EPSS		GRP SANG: A RH: +
DIRECCIÓN:	VISTA HERMOSA		BARRIO:
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL: U LIBRE	OCUPACIÓN: NO APLICA

ANALISIS: -CABEZA/ CUELLO: NORMOCÉFALO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS ISOCORIA REACTIVA, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOMEGALIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR A 45 °
-TÓRAX: EXPANSIBILIDAD SIMÉTRICA, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, SIN S3.
-ABDOMEN: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
-GENITOURINARIO: GENITALES NO EXPLORADOS. SIGNO DE GIORDANO NEGATIVO.
-EXTREMIDADES: SIMETRICAS Y EUTRÓFICAS, MÓVILES, SIN EDEMAS, PULSOS PEDIOS CON ADECUADA AMPLITUD.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO , LUGAR Y ESPACIO. SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO.

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

PLAN:

PLAN
ECO DOPLER VENOSO MMII
DIOSMINA/HESPERIDINA 450/50MG, TOMAR 1 TAB X/DIA X 5S
CONTROL

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITB: NO

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS:	BARRAZA VILLAFANE JONATHAN ALEXANDER	Dr. Jonathan Barraza V. MEDICINA INTERNA 0159-03
ESPECIALIDAD:	MEDICINA INTERNA	
REGISTRO No:	72088256	

ESTADO SALIDA: VIVO (A)

CIERRE HISTORIA CLINICA: BARRAZA VILLAFANE JONATHAN ALEXANDER 20250626

14558

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

PAG: 1 de 1
COPIA

FECHA:	Jue, 26/2025 - 11:40	IDENTIFICACIÓN:	CC 7,817,318
PACIENTE:	CALDERON URREGO ANGEL MARIA	EDAD: 72 Años	SEXO: Masculino
CIUDAD:	VISTA HERMOSA	TELEFONO: 3113479584	GRP SANG: A Rh: +
ACOMPAÑANTE:		TEL-ACOMP: -	FECHA NACIM: 26/10/1952
FOLIO: 22 - 000001	FACTURA: 000000	REGIMEN: SUBSIDIADO	
ENTIDAD:	CAJACOPI EPS S	DIRECCION: VISTAHERMOSA	
PERT. ETNICA:	MESTIZO	ESTADO CIVIL: U LIBRE	OCUPACIÓN: NO APLICA

FORMULACION DE MEDICAMENTOS:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	DOSIS:HAB/HESPERIDINA 450MG/50MG TABS - POSOLOGIA:0001 ADMINISTRAR 1 Tableta CADA 1 DIA ORAL 60	60	60.0 (SESENTA) UNI

Dx: I872

25042611405113881

NRO FORMULA 25062611405113881

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: BARRAZA VILLAMIZAR JONATHAN ALEXANDER	Dr. Jonathan Barraza V. MEDICINA INTERNA 0916-03
ESPECIALIDAD: MEDICINA INTERNA	
REGISTRO No: 21008359	

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

14559

Solución Salud	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 4	Código FR-CE-03	GOBERNACIÓN DEL META
	FORMULA MEDICA Nº 49051	Fecha de Vigencia: 2024/08/20	DOCUMENTO CONTROLADO	

HOSPITAL LOCAL: Puesto Salud Piñal Fecha Atención: 06/06/25 Hora:

Tipo de Atención Intra institucional: Extramural: Lugar:

Consulta Externa: X Urgencias: Hospitalización: Consulta Odontálgica: Consulta Especializada:

Nombre del paciente: Jose Manuel Ramera

Tipo Identificación: N° Identificación: 11299353 N° Historia Clínica:

EAPB: Coosalud Salud

Código CIE-10: Diagnostico Principal: HTA, Herida dedo.

Código CIE-10: Diagnostico Relacionado:

N°	NOMBRE MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN TRATAMIENTO	CANTIDAD
1	Losartán 100	100 mg	oral	100	1	30 días	30
2	Amlodipino	50 mg	oral	50	1	30 días	30
3	Mupirocina	2%	topica	Tubo	1	15 días	1

Resolución 4331 del 2012 - Vigencia 30 días medicamentos POS; Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico vigencia 90 días.

Dr. Juan de Dios Soto de la Vega
Médico General
T.P. Prima RM. 1193580101

Nombre: Juan de Dios Ordenador Reg. Profesional: 1193580101 Nombre: Recibido N° Documento:

14560

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	11.299.353
PRIMER NOMBRE	Jose	SEGUNDO NOMBRE	Manuel
PRIMER APELLIDO	Herrera	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	23-06-1957	EDAD	68
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	A4	RH	O+
ESCOLARIDAD	NO	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	Oficios Varios	TELEFONO	3204213453

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Usuario con Colesterol, y tensión.		
MEDICAMENTOS	losartan, Atorvastatina.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Adulto Mayor Sin ninguna discapacidad		

14561

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Adulto Mayor	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3veces	Cereales, tubérculos	Aveces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buena alimentacion		Azucares	Aveces
		Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	SI
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen estado general y fisico			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 87	TALLA: 178	EDAD: 68	IMC: 27.53 Sobre Peso

14562

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
33	120	48	94	49	47.	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS:	Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto Mayor con buen estado Nutricional Bien nutrido
ESTADO FISICO	Adulto Mayor, con buen estado fisico
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	mantener una buena alimentacion, para Prevenir, enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Tuqo

NOMBRE: claudia tuqo
IDENTIFICACIÓN: 35,263363

BENEFICIARIO:

Jose Manuel Herrera

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 77.299.353

14563

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	17.291.186.
PRIMER NOMBRE	LUIS	SEGUNDO NOMBRE	ALVARO
PRIMER APELLIDO	Lombana	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	01-05-1952	EDAD	73
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	A5	RH	O+
ESCOLARIDAD	ho	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	hogar.	TELEFONO	3732752330

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	subsidiado
DIAGNOSTICOS	Cirugia de vista vision molecular hace 60 años		
MEDICAMENTOS			
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO ✓	CONSUMO TABADO	SI _____ NO ✓
CONSUMO LICOR	SI _____ NO ✓	DISCAPACIDAD	SI X NO _____
TIPO DE DISCAPACIDAD	vista, izquierda operada hace 60 años		

14564

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El adulto Mayor	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2 veces	Cereales, tubérculos	A veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	A veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	A veces
OBSERVACIONES: Aduito Mayor con poca nutricion Moderada		Azucares	A veces
		Lácteos	A veces.

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen estado fisico			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 53	TALLA: 1.67	EDAD: 73	IMC: 19.06 Normal

14565

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
27	76	39	80	36	43	34

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	cirugía hace 60 años amaurosis o perdida de vision monocular

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto Mayor bien nutrido
ESTADO FISICO	Adulto Mayor con buen estado fisico
ESTADO EMOCIONAL	Adulto Mayor con buen estado emocional
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	una alimentacion adecuada para prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Duque H.
NOMBRE: Claudia Tuqo
IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:
Suisabeth Santana
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 77291186

14566

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Tugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	30002631
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Graciela
PRIMER APELLIDO	Castro	SEGUNDO APELLIDO	Uchumia
FECHA DE NACIMIENTO	22-06-1960	EDAD	65
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	F
SISBEN	A4	RH	A+
ESCOLARIDAD	NO	DIRECCIÓN	Vereda Piñal
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3112352360

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Sobsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertension, Diabetica		
MEDICAMENTOS	Enalapril, Heformina		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14567

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	el Adulto Mayor	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	4 veces	Cereales, tubérculos	AVeces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	AVeces
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	AVeces
OBSERVACIONES: Adulta Mayor con Regular alimentacion saludable		Azucares	AVeces
		Lácteos	AVeces.

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SÍ
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Aduito Mayor con buen estado general flaco higiene Personal			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 57.35	TALLA: 154	EDAD: 65	IMC: 24.19

14568

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
27	86.	39	77	41	40	37

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Pomeroy

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto Mayor con Bien nutricion
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Se le brinda educacion en salud sobre la alimentacion, para prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Lugo M.

NOMBRE: claudia lugo
IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 30002631

14569

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD NIT 822.006.595-1	Versión 3	Código FR-CE-03	
	FORMULA MEDICA	Fecha de Vigencia: 2021/06/01	DOCUMENTO CONTROLADO	

CENTRO DE ATENCION: vistahermosa Fecha atencion: 01/04/2025

Tipo de atencion Intrainstitucional: x Extramural: Lugar:

Consulta externa: X Urgencias: Hospitalizacion: Consulta odontologica: Consulta especializada:

Nombre del paciente: MARIA GRACIELA CASTRO

Tipo Identificacion: CC N° Identificacion: **30002631** N° Historia clinica:

EAPB: CAPITAL SALUD

Codigo CIE-10: E119 Diagnostico principal: DM TIPO 2

Codigo CIE-10: I10X Diagnostico Relacionado: N390 IVU

N°	NOMBRE MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN TRATAMIENTO	CANTIDAD
1	SITAGLIPTINA/METFORMINA	TAB 50 MG/1000MG	VO	UNA	CADA 12H	90 DIAS	180
2	ACIDO ACETIL SALICILICO	TAB 100MG	VO	UNA	CADA DIA	90 DIAS	90
3	ENALAPRIL	TAB 20 MG	VO	UNA	CADA DIA	90 DIAS	90
4	ATORVASTINA	TAB 20 MG	VO	UNA	CADA DIA	90D DIAS	90
5	CEFALEXINA	TAB 500MG	VO	UNA	CADA 8 HORAS	POR 7 DIAS	21

Resolución 4331 del 2012 - Vigencia 30 días medicamentos POS; Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico vigencia 90 días.

Dra. Liliana Valdés Chirinos
Médico General
C.C. 1030608013

Nombre Liliana Valdes
N° registro : 1030608013

Recibido

14570

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595 - 1

HISTORIA CLÍNICA No. CC 30002631 -- MARIA GRACIELA CASTRO UCHIMA

Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO **Afiliado:** NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 22/06/1960 **Edad actual :** 64 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** A+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Teléfono: 3115009502 **Dirección:** VEREDA PIÑALITO
Barrio: PIÑALITO **Departamento:** META
Municipio: VISTA HERMOSA **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Etnia: Ninguno de las Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: Basica Primaria **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Discapacidad: No aplica
Ocupacion: No Aplica

MARIA ALEJANDRA ARCE LOPEZ
Reg. 02812
BACTERIOLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN: 10 CA-VISTA HERMOSA **Edad :** 64 AÑOS

FOLIO 145 **FECHA** 15/03/2025 15:40:33 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	TRIGLICERIDOS	Realizado

NOMBRE EXAMEN: TRIGLICERIDOS
METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO
RESULTADO 156 mg/dl Valor de Referencia:
Hasta 150 mg/dl
Sospechoso: 150 – 200 mg/dl .
Elevado: Mayor a 200 mg/dl
FECHA Y HORA DE APLICACION:15/03/2025 15:40:47 REALIZADO POR: MARIA ALEJANDRA ARCE LOPEZ

MARIA ALEJANDRA ARCE LOPEZ
Reg. 02812
BACTERIOLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN: 10 CA-VISTA HERMOSA **Edad :** 64 AÑOS

FOLIO 146 **FECHA** 15/03/2025 15:41:03 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	NITROGENO UREICO (BUN)	Realizado

METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO / ENZIMATICO UV
Resultado: 31.0 mg/dL (Valor de referencia 5.0 a 25 mg/dL)
FECHA Y HORA DE APLICACION:15/03/2025 15:41:07 REALIZADO POR: MARIA ALEJANDRA ARCE LOPEZ

14571

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Esperanza	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	claudia dug		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40.367.488
PRIMER NOMBRE	Elsa	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Herrera	SEGUNDO APELLIDO	Jimenez
FECHA DE NACIMIENTO	15-06-1962	EDAD	63
GRUPO POBLACIONAL	mestizo	SEXO	F
SISBEN	C6	RH	O+
ESCOLARIDAD	5 Primaria	DIRECCIÓN	Esperanza
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3134657212

3. SALUD			
EPS	Sanitas	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Ninguno		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14572

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El esposo y ella	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3	Cereales, tubérculos	Si
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	Sí
OBSERVACIONES: Aduito Mayor con buena Alimentacion		Azucares	Aveces
		Lácteos	Poco

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	(NO)
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Aduito Mayor con buena apariencia general y estado fisico			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 70	TALLA: 1.60	EDAD: 63	IMC: 27.34

14573

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
30	103	38	78	32	37	36

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena Nutricion
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Promover, la educacion sobre el buen estado general, alimentacion para tener buena salud y Prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Lugo Martinez
NOMBRE: Claudio Patricio Lugo Martinez
IDENTIFICACIÓN: 35.263363

BENEFICIARIO:
Elsa Herminia Jimenez
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 40367488

14574

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pinalito	FECHA INGRESO	04/06/2025
DIRECCIÓN	CENTRO	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/06/2025
QUIEN ATIENDE	ASUNTA LUGO		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	4.589.778
PRIMER NOMBRE	LUIS	SEGUNDO NOMBRE	AZUAGA
PRIMER APELLIDO	ZAPATA	SEGUNDO APELLIDO	PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	05-02-1936	EDAD	89
GRUPO POBLACIONAL	ADULTO MAYOR	SEXO	M
SISBEN	A7	RH	O+
ESCOLARIDAD	NINGUNA	DIRECCIÓN	CENTRO
OCUPACIÓN	INACTIVO	TELEFONO	NO TIENE

3. SALUD			
EPS	CAPITAL SALUD	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	NO REFIERE		
MEDICAMENTOS	NO REFIERE		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna.		

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Hermano	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2 veces.	Cereales, tubérculos	a veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	No	Verduras, hortalizas, frutas	a veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	No	Carnes, huevos, leguminosas	a veces
OBSERVACIONES: adultomayor con mala alimentación.		Azucares	a veces
		Lácteos	a veces.

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	No
PELO DESPRENDIBLE	Si	GLOSITIS ESCARLATA	No
PELO SIN PIGMENTO	Si	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	No	ENCIAS SANGRANTES	No
UÑAS QUEBRADIZAS	Si	ESMALTE MOTEADO	Si.
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	Si	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	Si	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	Si	COSTILLAS PROMINENTES	No
DESCAMACIÓN	Si	OSTEOMALACIA	No
HIPERQUERATOSIS	No	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	No	RETRASO CICATRIZAR	No
LAGRIMEO O ARDOR	Si	ASCITIS GRADO	No
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	No
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	a veces
PERDIDA AUDITIVA	Si	CUELLO INFLAMADO	No
OBSERVACIONES: adultomayor, con mal físico, visión, sordera, e higiene personal.			

14575

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	BASCULA	METODO TOMA DE TALLA	METRO.
PESO: 39	TALLA: 154	EDAD: 89	IMC: 37.5

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	83	24	95	25	38	26

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: NINGUNA
7.2 QUIRÚRGICOS: NINGUNA.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Mal estado nutricional.
ESTADO FISICO	mal estado físico.
ESTADO EMOCIONAL	buen estado emocional.
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	PROMOVER LA BUENA ALIMENTACION, PARA PREVENIR ENFERMEDADES.

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Lugo.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO: Luis Zapata

NOMBRE: LUIS ARTURO ZAPATA PEREZ

IDENTIFICACIÓN: 4.589.778

14576

Solución Salud

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

CALLE 37 NO 41-80

[AROrdIntr]
Fecha: 04/03/25
Hora: 09:01:41
Página: 1

FECHA ORD. MEDICA: 04/03/2025 08:56:35

Paciente: CC 4589778 LUIS ARTURO ZAPATA PEREZ
Fecha de nacimiento: 12/05/1948 00:00:00 Edad: 76 AÑOS Sexo: MASCULINO Folio: 34 Urgente? NO
Sede: CA-VISTA HERMOSA Realizar en 0 dias
Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO
Pabellon: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA Cama: Tipo: Ambulatoria
Diagnostico: H269 CATARATA NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase
269	CATARATA NO ESPECIFICADA	PRINCIPAL

VALORACIONES Y CONTROLES

Código	Descripción
890276	OFTALMOLOGIA
OBSERV.	890276 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA

Profesional

LUISA FERNANDA RUEDA JIMENEZ
Reg. Med. 1022411605
MEDICINA GENERAL

3214286287 → Alternate de Capital salud.
luz Dary Ortas.

14577

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006505
CALLE 37 NO 41-80

Pag 1 de 3
Fecha: 04/05/25

HISTORIA CLINICA No. CC 4589778 - LUIS ARTURO ZAPATA PEREZ
Fec. Nacimiento: 12/05/1948 **Edad actual:** 76 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO
Afiliado: NIVEL I **Municipio:** VISTA HERMOSA
Barrio: PIÑALITO **Teléfono:** 3202478529 **Departamento:** META
Dirección: PIÑALITO **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

SEDE DE ATENCIÓN: IS CA VISTA HERMOSA — Cod. de habitación: 50711003431 — Edad: 76 años 5 meses 23 días
FOLIO: 1a — FECHA: 04/05/2025 08:36:34 — TIPO DE ATENCIÓN: AMBULATORIO — VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA
SE ME VENCIERON LAS ORDENES

ENFERMEDAD ACTUAL
APCIENTE DE 76 AÑOS QUIEN CSONTUAL PRO CAUDRO DEDISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL YA VALRÓADO POR OPTOMETRIA QUIERNES REDIRECCIONAN A OFTALMOLOGIA SIENDO EPS NO LE HA DADO CITA, CUENTA CON RODEN VENCIDO
ANTECEDENTES:
PATOLÓGICOS: NIEGA
FARMACOLÓGICOS NIEGA
QUIRURGICOS ES COLUMNAD
ALÉRGICOS DESCONOCE
TOXICOLÓGICOS EXFUMADOR PESADO

OBJETIVO

SIGNOS VITALES
Fecha/Hora Toma: 04/05/2025 08:48

SIGNOS BÁSICOS					
Arterial				Frecuencia Cardiaca (Pulsaciones/Minuto)	73
120 (mmHg)	160	Diastólica (mmHg)	80	Media 110	Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)	22
Temperatura (Grados Centigrados)			36	Via de Toma de la Temperatura		Axilar
Pulso (Pulsaciones/Minuto)				Estado de Conciencia		
Saturación de Oxigeno (%)			98	Medio Ambiente		
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS						
Peso	83 Kg	Talla (cm)	163	Indice de Masa Corporal (I. M. C.)		33.84
Perimetro Cefálico (cm)		Perimetro Abdominal (cm)	99	Area de Superficie Corporal		1.93
Perimetro Braquial (cm)		Perimetro Pectoral (cm)				

Usuario: 1022411605

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006505
CALLE 37 NO 41-80

Pag 2 de 3
Fecha: 04/05/25

HISTORIA CLINICA No. CC 4589778 - LUIS ARTURO ZAPATA PEREZ
Fec. Nacimiento: 12/05/1948 **Edad actual:** 76 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO
Afiliado: NIVEL I **Municipio:** VISTA HERMOSA
Barrio: PIÑALITO **Teléfono:** 3202478529 **Departamento:** META
Dirección: PIÑALITO **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

ESCALAS			
Escala de Dolor	Tipo Escala		Dirección
Otras Escalas (Abstinencia)			
Indicadores de Prematurez			
Glasgow	Richmond Race	Ramsay	Riesgo Cardiovascular (%)
TFG	Estadio Renal		
OTROS			
Presión Intracraneal (mmHg)			
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	Presión de Perfusión Cerebral (mmHg)		Presión Intra Abdominal (mmHg)
Glucometría (mg/dl)	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)		Modo Ventilatorio
Reactivo a la Luz	Presión Venosa Central (mmHg)		Estado Ventilatorio
Ojo Derecho: Si ☐ No ☐	Ojo Izquierdo: Si ☐ No ☐	Presión Arterial Pulmonar Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)	Media

EXAMEN FISICO
OTROS HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO:
EXAMEN FISICO:
CABEZA Y CUELLO: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA, MUCOSA ORAL ROSADA HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI ADENOPATÍAS PALPABLES, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS PULMONARES SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON BUEN PATRÓN VENTILATORIO ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES EN ADECUADA INTENSIDAD, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS, VISCEROMEGALIAS NI ADENOPATÍAS.
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS EN CONCORDANCIA CON RUIDOS CARDIACOS.
GENITOURINARIO: NO SE EXPLORA
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, COMPRENDE Y OBEDECE ÓRDENES, ADECUADA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, ROT +/+++, TONO CONSERVADO, NO REFLEJOS PATOLÓGICOS.
SENSIBILIDAD Y FUERZA GLOBAL CONSERVADAS, NO HAY HIPERTONÍA, NO BRADICINESIA. NO PRESENTA SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

H269 CATARATA NO ESPECIFICADA Tipo: PRINCIPAL

ANALISIS
PACIENTE DE 76 AÑOS QUIEN CSONSULTA POR CUADRO CLINICO DE DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL YA VALROADADA POR OPTOMETRIA CON CATARATA QUIEN REDIRECCIONA A OFTALMOLOGIA SE DA ORDEN

.
.
.
.
CATARATA

Usuario: 1022411605

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
823006505
CALLE 37 NO 41-80

Pag 3 de 3
Fecha: 04/05/25

HISTORIA CLINICA No. CC 4589778 - LUIS ARTURO ZAPATA PEREZ
F **ac. Nacimiento:** 12/05/1948 **Edad actual:** 76 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
E CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO
A NIVEL I **Municipio:** VISTA HERMOSA
Barrio: PIÑALITO **Teléfono:** 3202478529 **Departamento:** META
Dirección: PIÑALITO **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA - /
Ocupación: No Aplica

.
.
.
OFTALOLOGIA
SIGNOS DE ALARMAPK #ADENCSUTLAR
.
.
.
RECOMENDACIONES HABITOS SALUDABLES 1- INTENTE DORMIR POR LO MENOS 7 HORAS AL DÍA 2- LLEVE UNA DIETA SALUDABLE Y BALANCEADA, CON CERO AZÚCAR, Y BAJA EN GRASAS SATURADAS (MANTECA, MANTEQUILLA, APANADOS, FRITOS, TORTAS, HELADOS, GALLETAS DE MANTEQUILLA,) SI ALGO LE SABE DULCE ASÍ DIGA EN LA ETIQUETA BAJO EN AZÚCAR, NO LO CONSUMA. 3- HAGA ACTIVIDAD FÍSICA SUAVE MÍNIMO 45 MINUTOS, MÍNIMO 4 ÓRAS A LA SEMANA, ¡NO SIRVE LO QUE SE REALICE DURANTE EL TRABAJO O EN EL DESPLAZAMIENTO HACIA O DESDE EL TRABAJO, DEBE SER APARTE DE ESTOS ESCENARIOS Y CON LAS PRENDAS DEPORTIVAS ADECUADAS,) 4- NO CONSUMA ALCOHOL, CIGARRILLO U OTRAS DE LAS SUSTANCIAS QUE COMO ESTOS PUEDAN PRODUCIR ADICCIÓN 5- TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA SEGURA, 6- INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS
SIGNOS DE ALARMA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, EDEMA SANGRADO DOLOR EN PECHO FIEBRE, TOS DIARREA,
RECOMENDACIONES LAVADO DE MANOS CONSTANTE, USO DE TAPABOCAS PERMANENTE, GUARDAR DISTANCIA 2 METROS ENTR PERSONAS

INTERCONSULTAS
INTERCONSULTA POR: OFTALMOLOGIA **Fecha de Orden:** 04/05/2025
OBSERVACIONES
SOLICITUD CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA
RESULTADOS:

LUZ FERNANDA RUEDA JIMENEZ
Reg. 1022411605
MEDICINA GENERAL

14598

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia patricia tugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40,405565
PRIMER NOMBRE	Luz	SEGUNDO NOMBRE	Mary
PRIMER APELLIDO	Ballesteros	SEGUNDO APELLIDO	Parra
FECHA DE NACIMIENTO	23-11-1967	EDAD	57
GRUPO POBLACIONAL	Ninguna	SEXO	F
SISBEN	A3	RH	O+
ESCOLARIDAD	1 Primaria	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3212331074

3. SALUD			
EPS	Nueva EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	NO		
MEDICAMENTOS	NO		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

1459

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	los hijos	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3veces	Cereales, tubérculos	Aveces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con Regular, Alimentacion		Azucares	Aveces
		Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen estado fisico y apariencia general			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 65,43	TALLA: 147	EDAD: 57	IMC: 30,29

14586

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

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
25	95	48	77	48	36	46

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	promover la buena alimentacion para mantener una buena salud

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: Paola Patricia

IDENTIFICACIÓN: 35,263,363

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Luz Ballesteros

IDENTIFICACIÓN: 40.405.565

14581

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40275757
PRIMER NOMBRE	Marleny	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO	Duran
FECHA DE NACIMIENTO	30-01-1959	EDAD	66
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	F
SISBEN	C1	RH	A+
ESCOLARIDAD	Ningun	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3204213453

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	subsidiado
DIAGNOSTICOS	Usuaria con tensión alta.		
MEDICAMENTOS	no menciona		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ½ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14582

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	el hijo	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	A veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	A veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	A veces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con Poca alimentacion Saludable		Azucares	A veces
		Lácteos	A veces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen estado general			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 87.40	TALLA: 1.68	EDAD: 66	IMC 30,99

14583

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
33	108	42	80	33	45	41

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Extracion de Matriz

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto Mayor bien nutrida
ESTADO FISICO	Adulto Mayor con buen estado fisico
ESTADO EMOCIONAL	Adulto Mayor con buen estado emocional
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Promover, la buena alimentacion para tener un estilo de vida saludable

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Lugo Martnez

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO:
Marleny Duran

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 40295757

14584

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD" [AROrmed1]

822006595

CALLE 37 NO 41-80

Fecha: 19/12/22
Hora: 08:50:52
Página: 1

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS
LABORATORIOS

Fecha Ord. Medica: 19/12/2022 08:32:33

Paciente : CC 40275757 MARLENY RODRIGUEZ DURAN
Fecha de nacimiento: 30/01/59 **Edad :** 63 AÑOS **Sexo:** FEMENINO **Folio:** 189
Sede: CA-VISTA HERMOSA
Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019
Pabellon: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA **Cama:**
Diagnóstico : I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Procedimiento	Descripción	Cant.
901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO] INCLUYE EL RECUENTO DE COLONIAS	1
OBSERVACIÓN	REALIZAR UNA SEMANA DESPUES DE TERMINADO EL TRATAMIENTO	

YEINI SUAVITA TOBIAS

Nombre / Firma del médico
C.C Nº 1102878266
Reg. MD. 1102878266
Especialidad: MEDICINA GENERAL

14585

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

CALLE 37 NO 41-80

[AROrdIntr]
Fecha: 19/12/22
Hora: 08:51:04
Página: 1

FECHA ORD. MEDICA: 19/12/2022 08:32:33

Paciente: CC 40275757 MARLENY RODRIGUEZ DURAN
Fecha de nacimiento: 30/01/1959 00:00:00 **Edad:** 63 AÑOS **Sexo:** FEMENINO **Folio:** 189 **Urgente?** NO
Sede: CA-VISTA HERMOSA **Realizar en** 0 dias
Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019
Pabellon: VTA HERMOSA CONSULTA EXTERNA **Cama:** **Tipo:** Ambulatoria
Diagnostico: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase
[illegible]	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	RELACIONADO
[illegible]	HIPERGLICERIDEMIA PURA	RELACIONADO
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	RELACIONADO
R739	HIPERGLICEMIA NO ESPECIFICADA	RELACIONADO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	PRINCIPAL

VALORACIONES Y CONTROLES

Código	Descripción
	ESPECIALIDAD NO ESPECIFICA
	MICROALBUMINURIA 66.0 RELACION MICROALBUMINURIA - CREATINURIA 224.49 TFG ;C-G CORREGIDO POR SC: 2,32 ML/MIN/1,73 M2 (ENF. RENAL) S/S VALORACION POR NFEROLOGIA

Profesional

YEINI SUAVITA TOBIAS
Reg. Med. 1102878266
ESPECIALIDAD NO ESPECIFICA

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

CALLE 37 NO 41-80

40275757

HISTORIA CLINICA No. CC 40275757 -- MARLENY RODRIGUEZ DURAN

Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019 **Afiliado:** NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 30/01/1959 **Edad actual:**63 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Unión Libre
Teléfono: 3202399436 **Dirección:** VEREDA PIÑALITO
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALITO **Departamento:** META
Municipio: VISTA HERMOSA **Ocupación:** No Aplica
Etnia: Ninguno de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Ninguno **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 10 CA-VISTA HERMOSA **Edad** 63 AÑOS

FOLIO 189 **FECHA** 19/12/2022 08:32:33 **TIPO DE ATENCION** AMBULATORIO

OBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

"VENGO PARA LECTURA DE EXAMÁNES"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS QUIEN INGRESA PARA LECTURA DE PARACLINICOS LOS CUALES FUERON SOLICITADOS EN CONTROL DE CRONICOS, REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA PICOS FEBRILE, NIEGA SINTOMAS URINARIOS U OTRA SINTOMATOLOGIA.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES SISTEMICOS

OTRAS ENFERMEDADES (SI)
PATOLOGICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL FARMACOLOGICOS LOSARTAN TAB 50 MG VO CADA 12 HORAS OMEPRAZOL CAP 20 MG VO CADA 24 HORAS METOPROLOL 50 MG CADA 12 HORAS ASA TAB 100 MG VO CADA 24 HORAS QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA HACE MAS O MENOS 7 AÑOS F FAMILAIRES: DIABETES, CANCER HOSPITALIZACIONES NIEGA RECIENTES TRAUMATICOS NIEGA G/O G5P5V5A0
Fecha Registro Antecedente : 19/12/22 08:32

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo: PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO Tipo: RELACIONADO

DIAGNÓSTICO

R739 HIPERGLICEMIA NO ESPECIFICADA Tipo: RELACIONADO

DIAGNÓSTICO

E780 HIPERCOLESTEROLEMIA PURA Tipo: RELACIONADO

DIAGNÓSTICO

E781 HIPERGLICERIDEMIA PURA Tipo: RELACIONADO

ANALISIS

PACIENTE FEMENINA DE 63 AÑOS QUIEN INGRESA PARA LECTURA DE PARACLINICOS LOS CUALES FUERON SOLICITADOS EN CONTROL DE CRONICOS, REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA PICOS FEBRILE, NIEGA SINTOMAS URINARIOS U OTRA SINTOMATOLOGIA.
REPORTES DE PARACLINICOS
- 01/12/2022
LEU: 8.5 10^3/MM3
ERI: 4.53 10^6/MM3
HB 13.8 G/DL
HTC: 40.5 %
PLT: 253 10^3/MM3
PTC: 2.59 %
COLESTEROL HDL

HISTORIA CLINICA No. CC 40275757 -- MARLENY RODRIGUEZ DURAN
Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019 **Afiliado:** NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 30/01/1959 **Edad actual:** 63 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Unión Libre
Teléfono: 3202399436 **Dirección:** VEREDA PIÑALITO
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALITO **Departamento:** META
Municipio: VISTA HERMOSA **Ocupación:** No Aplica
Etnia: Ninguno de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Ninguno **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO
RESULTADO 61 MG/DL VALOR DE REFERENCIA:
MUJER: MAYOR A 65 MG/DL
)LESTEROL LDL
METODO: CALCULADO ECUACION DE FRIEDEWALD
RESULTADO 293 MG/DL VALOR DE REFERENCIA: HASTA 135 MG/DL
COLESTEROL TOTAL
METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO
RESULTADO 395 MG/DL VALOR DE REFERENCIA:
HASTA 200 MG/DL
GLICEMIA PRE:
METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO
RESULTADO 105 MG/DL VALOR DE REFERENCIA: 75 – 115 MG/DL
NITROGENO UREICO (BUN)
METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO / ENZIMATICO UV
RESULTADO: 12.6 MG/DL (VALOR DE REFERENCIA 5.0 A 25
MG/DL)
TRIGLICERIDOS
METODO: ENZIMATICO COLORIMETRICO
RESULTADO 205 MG/DL VALOR DE REFERENCIA:
HASTA 150 MG/DL
SUERO LIPEMICO
REATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
ESULTADO 1.08 MG/DL VALOR DE REFERENCIA: 0.6 – 1.1 MG/DL
UROANALISIS
LEUCOCITOS: +++
NITRITOS: NEGATIVO
PROTEINAS: NEGATIVO
SANGRE: +
EXAMEN MICROSCOPICO:
CÉLULAS X CAMPO: +
LEUCOCITOS X CAMPO: 22 *- 24 XC
HEMATÍES X CAMPO: 6 - 8 XC
BACTERIAS: +++
PIOCITOS: 2- 5 XC
2022-12-09
EXTRAINSTITUCIONALES
HEMOGLOBINA A1C 6.0 %
CREATININA EN ORINA ESPONTANEA 29.40 MG/DL
MICROALBUMINURIA 66.0
RELACION MICROALBUMINURIA - CREATINURIA 224.49
TFG :C-G CORREGIDO POR SC:
2,32
ML/MIN/1,73 M2
(ENF. RENAL)
- SE EVIDENCIA CON HIPERCOLESTEROLEMIA + HIPERTRIGLICERIDEMIA

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

CALLE 37 NO 41-80

40275757

HISTORIA CLINICA No. CC 40275757 -- MARLENY RODRIGUEZ DURAN

Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019 **Afiliado:** NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 30/01/1959 **Edad actual:**63 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Unión Libre
Teléfono: 3202399436 **Dirección:** VEREDA PIÑALITO
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALITO **Departamento:** META
Municipio: VISTA HERMOSA **Ocupación:** No Aplica
Etnia: Ninguno de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Ninguno **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

- GLICEMIA EN LIMITE SUPERIOR
- IVU

SE DECIDE ORDENAR:

S/S REMISION A NEFROLOGIA

2. UROCULTIVO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

SE FORMULA:

1. ROSVUASTATINA TAB 40 MG VO CADA DIA POR TRES MESES
2. GEMFIBROZILO TAB 600 MG VO CADA DIA POR TRES MESES
3. CEFALEXINA TAB 500 MG VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO] INCLUYE EL RECUENTO DE COLONIAS	Pendiente

REALIZAR UNA SEMANA DESPUES DE TERMINADO EL TRATAMIENTO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: ESPECIALIDAD NO ESPECIFICA ***Fecha de Orden: 19/12/2022***

OBSERVACIONES

MICROALBUMINURIA 66.0
RELACION MICROALBUMINURIA - CREATINURIA 224.49
TFG :C-G CORREGIDO POR SC:
2,32
ML/MIN/1,73 M2
(F. RENAL)
S/S VALORACION POR NFEROLOGIA

RESULTADOS :

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
90.00	GEMFIBROZIL 600 MG TABLETA 600 MG

Dosis: 1,00 UNIDAD **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: MEDIA HORA ANTES DE LA CENA

90.00 ROSUVASTATINA X 40 MG

Dosis: 1,00 UNIDAD **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: EN LA NOCHE ANTES DE ACOSTARSE

28.00 CEFALEXINA TABLETA O CAPSULA X 500 GR 500 MG

Dosis: 1,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 6 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación:

PLAN - DIAGNOSTICO

- SE EVIDENCIA CON HIPERCOLESTEROLEMIA + HIPERTRIGLICERIDEMIA

14589

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

CALLE 37 NO 41-80

40275757

HISTORIA CLINICA No. CC 40275757 -- MARLENY RODRIGUEZ DURAN

Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO 2019 **Afiliado:** NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 30/01/1959 **Edad actual:** 63 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Unión Libre
Teléfono: 3202399436 **Dirección:** VEREDA PIÑALITO
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALITO **Departamento:** META
Municipio: VISTA HERMOSA **Ocupación:** No Aplica
Etnia: Ninguno de las Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: Ninguno **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: No aplica **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

- GLICEMIA EN LIMITE SUPERIOR
- IVU

PLAN - TERAPEUTICO

: DECIDE ORDENAR:

1. S/S HEMOGLOBINA GLICOSILADA
2. UROCULTIVO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

SE FORMULA:

1. ROSVUASTATINA TAB 40 MG VO CADA DIA POR TRES MESES
2. GEMFIBROZILO TAB 600 MG VO CADA DIA POR TRES MESES
3. CEFALEXINA TAB 500 MG VO CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

YEINI SUAVITA TOBIAS
Reg. 1102878266
MEDICINA GENERAL

14590

Solución Salud	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E. "SOLUCIÓN SALUD"	Versión 4	Código FR-CE-03	GOBERNACIÓN DEL META
	FORMULA MEDICA Nº 49216	Fecha de Vigencia: 2024/08/20	DOCUMENTO CONTROLADO	

HOSPITAL LOCAL: VIH Fecha Atención: 16/07/25 Hora:

Tipo de Atención Intra institucional: Extramural: Lugar:

Consulta Externa: X Urgencias: Hospitalización: Consulta Odontálgica: Consulta Especializada:

Nombre del paciente: Maleny. Rodriguez.

Tipo Identificación: C.C N° Identificación: 40275757 N° Historia Clínica:

EAPB: C/Salud.

Código CIE-10: I10X Diagnostico Principal: HTA

Código CIE-10: Diagnostico Relacionado:

N°	NOMBRE MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA	VÍA	DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN TRATAMIENTO	CANTIDAD
	Amlodipino	5 de 10mg	VO	C/24h.	X 90 dias		#90

Resolución 4331 del 2012 - Vigencia 30 días medicamentos POS; Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico vigencia 90 días.

Dr. Silvana Abella Zapata
MEDICO GENERAL
1030601013

Firma

Nombre: _____ Reg. Profesional: _____

Recibido

Nombre: _____ N° Documento: _____

Empresa Social del Estado Departamental del Meta E.S.E.
Solución Salud

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCION SALUD"

822006595

1459] [ARCHIVADO]

Fecha: 16/07/25
Hora: 08:30:22
Página: 1

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Paciente: CC 40275757 MARLENY RODRIGUEZ DURAN
Edad: 66 AÑOS Empresa: CAPITAL SALUD CAPITADO SUBSIDIADO
Dx Principal: Z000 EXAMEN MÉDICO GENERAL
Dx Relacionado: R001 BRADICARDIA NO ESPECIFICADA
Dx Relacionado: H612 CERUMEN IMPACTADO
Folio No. 233 Fecha de Formulación: 16/07/2025 08:28:22

Vigencia: 30 Día

40275757$233

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Días Tra	Cant.
1	NUEVO	LOSARTAN 50 MG TABLETAS CONC: 50 MG FORMA :TABLETA O TABLETA RECUBIERTA	1,00 UNI	ORAL	12 Horas	90	180,0(
2	NUEVO	AMLODIPINO X 10 MG CONC: 10 MG FORMA :TABLETA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	1	1,0(
3	NUEVO	METOPROLOL TARTRATO 50 MG TABLETA O GRAGEA CONC: 50 MG FORMA :TABLETA O TABLETA RECUBIERTA	1,00 UNI	ORAL	12 Horas	90	180,0(
4	NUEVO	ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA X 100 MG CONC: 100 MG FORMA :TABLETA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	90	90,0(
5	NUEVO	ATORVASTATINA TAB X 40MG CONC: 40 MG FORMA :TABLETA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	90	90,0(
6	NUEVO	ACETAMINOFEN TABLETA Ó CÁPSULA X 500 MG CONC: 500 MG FORMA :TABLETA	1,00 TAB	ORAL	6 Horas	10	40,0(

Profesional

LILIANA MILENA VALDES CHICA
Reg. Med. 1030608013
MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

14592 1

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40.276.223
PRIMER NOMBRE	Florenia	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Perez	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	10-11-1965	EDAD	59
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	F
SISBEN	A4	RH	O+
ESCOLARIDAD	1 primaria	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3133246697

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hipertension Arterial		
MEDICAMENTOS	no recuerda		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14593

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Los hijos	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	4 veces	Cereales, tubérculos	Aveces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con Poca alimentacion saludable Se le brinda Educacion en salud		Azucares	Aveces
		Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	SI
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	SI
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: usuaria, con buen estado fisico, en aparente buen estado general			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 74	TALLA: 150	EDAD: 59	IMC: 32,88

14594

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

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
29	107	29	70	47	38	38

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	Pomeroy

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bien Nutrido
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Prevenir enfermedades para un buen estado de animo

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Ivon Martinez
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO:
Florencia Perez
NOMBRE: V0276923
IDENTIFICACIÓN:

14595

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	04/06/2025
DIRECCIÓN	Loma	FECHA DE TOMA DE DATOS	20/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Lugo		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	3.294.537
PRIMER NOMBRE	Rosario	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Rincon	SEGUNDO APELLIDO	Roberto
FECHA DE NACIMIENTO	24-11-1946	EDAD	78
GRUPO POBLACIONAL	Adulto Mayor	SEXO	M
SISBEN	B3	RH	O+
ESCOLARIDAD	No tiene	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3222307995

3. SALUD			
EPS	Cajacopi	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	Ninguna		
MEDICAMENTOS	Ninguno.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

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

VALORACIÓN INICIAL

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	el hermano	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	SI
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	SI
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	SI
OBSERVACIONES: adulto con buena alimentacion saludable.		Azucares	NO
		Lácteos	a veces.

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	a veces
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: adulto mayor con buena higiene personal y físico.			

14596

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

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	BASCULA	METODO TOMA DE TALLA	METRO.
PESO: 56.4	TALLA: 1.56	EDAD: 78	IMC: 27.9

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	70	34	79	34	39	32

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: HIPOTIROIDISMO
7.2 QUIRÚRGICOS: HISTERECTOMIA

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	BUENO
ESTADO FISICO	BUENO
ESTADO EMOCIONAL	BUENO
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	SE LE INFORMA SOBRE LA BUENA ALIMENTACION NUTRICIONAL.

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Lugo M.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:

Rosendo Rincon

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 3294557

14597

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/25
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/25
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lago		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	361.375
PRIMER NOMBRE	Humberto	SEGUNDO NOMBRE	—o—
PRIMER APELLIDO	Martinez	SEGUNDO APELLIDO	Villamarin
FECHA DE NACIMIENTO	03/07/1936	EDAD	89
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	Masculino
SISBEN	B4	RH	B+
ESCOLARIDAD	Ninguno	DIRECCIÓN	Piñalito
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	No tiene

3. SALUD			
EPS	CAJACOPI	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Adulto Mayor No toma medicamentos		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Adulto mayor, sin ninguna discapacidad		

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Ninguna	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	2 veces	Cereales, tubérculos	Poco
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Poco
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Poco
OBSERVACIONES:		Azucares	Poco
		Lácteos	Poco

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	Si	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA		CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES:			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO		METODO TOMA DE TALLA	
PESO: 39.	TALLA: 1.58	EDAD: 88	IMC: 15.66

14598

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	72	19	70	20	32	24

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Adulto Mayor sin ninguna patologia
7.2 QUIRÚRGICOS: Adulto Mayor sin ninguna cirugia

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Adulto mayor con estado Nutricional desnutrido
ESTADO FISICO	Perdida de masa muscular por la edad
ESTADO EMOCIONAL	Adulto mayor vive solo, tiene un hermano
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Fomentar la importancia de la buena alimentacion para prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Patricia Tuqo

NOMBRE: Claudia Tuqo

IDENTIFICACIÓN: 35263363 Vigo

BENEFICIARIO:

Claudia Martinez

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 361,375

14599

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pinalito	FECHA INGRESO	09/06/2025.
DIRECCIÓN	Vereda Pinalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025.
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	29625141
PRIMER NOMBRE	Maricla	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Salazar	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	05/02/1954	EDAD	67
GRUPO POBLACIONAL	Humano.	SEXO	F
SISBEN	C2	RH	O+
ESCOLARIDAD	NO	DIRECCIÓN	vereda Pinalito
OCUPACIÓN	Hogar.	TELEFONO	3216553470

3. SALUD			
EPS	Nueva EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	esguince platino en rodilla derecha.		
MEDICAMENTOS	no menciona		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD	dolor de rodilla por drogia platino		

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	los hijos	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	poco
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	poco
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	poco
OBSERVACIONES: adulto mayor con poca alimentación saludable		Azucares	a veces
		Lácteos	poco

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	SI
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	SI
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: adulto mayor con dificultad para caminar por cirugia en rodilla (platino)			

14600

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	PESO	METODO TOMA DE TALLA	TIETRO
PESO: 72-70	TALLA: 755	EDAD: 67	IMC: 30-29

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
29	98	43	74	49	44	44

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: NINGUNA
7.2 QUIRÚRGICOS: CIRUGIA DE RODILLA IZQUIERDA PLATINO

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	BIEN NUTRIDO
ESTADO FISICO	BUENA
ESTADO EMOCIONAL	BUENA
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	AYUDAR A PREVENIR ENFERMEDADES

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Lugo M.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO: Aminda Salazar

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 29625141

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	PINALITO	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	VEREDA PINALITO	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/06/2025
QUIEN ATIENDE	CLARA PATRICIA LUGO MARTINEZ.		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	7.739.928
PRIMER NOMBRE	DENULFO	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	BONILLA	SEGUNDO APELLIDO	ALFONSO
FECHA DE NACIMIENTO	28/MARZO/1947	EDAD	78
GRUPO POBLACIONAL	MESTIZO	SEXO	M
SISBEN	A5	RH	O+
ESCOLARIDAD	NO	DIRECCIÓN	LOMA
OCUPACIÓN	HOGAR	TELEFONO	3132256220

3. SALUD			
EPS	MAS EPS	TIPO AFILIACIÓN	SUBSIDIADO
DIAGNOSTICOS	HIPERTENSION, IVU, COLON		
MEDICAMENTOS	LOSARTAN, ACETAMINOFEN, TRIMEBUTINA		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	NINGUNA		

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

VALORACIÓN INICIAL

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	ADULTO 4 HIJOS	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 VECES	Cereales, tubérculos	3 VECES
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NINGUNO	Verduras, hortalizas, frutas	3 VECES
ALIMENTOS INTOLERADOS	NINGUNO	Carnes, huevos, leguminosas	3 VECES
OBSERVACIONES: ADULTO MAYOR CON POCA ALIMENTACIÓN ADECUADA		Azucares	3 VECES
		Lácteos	3 VECES

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	SI
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: ADULTO MAYOR, CON BUEN ESTADO GENERAL			

14602

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	PESO	METODO TOMA DE TALLA	METRO
PESO: 48-50	TALLA: 153	EDAD: 78	IMC: 20,72

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
24	80	39	75	39	35	37

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: HIPOMA
7.2 QUIRÚRGICOS: APENDICITIS, VISTA POMULO DERECHO, CORAZÓN DETERIA TAPADA.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	ADULTO MAYOR BIEN NUTRIDO
ESTADO FISICO	BUENO
ESTADO EMOCIONAL	BUENO
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	EDUCAR SOBRE LA BUENA ALIMENTACIÓN, ADECUADA PARA PREVENIR ENFERMEDADES.

PERSONAL QUE ATIENDE:

NOMBRE: CLAUDIA LUGO

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:



NOMBRE: Arnulfo Bonilla Alfonso

IDENTIFICACIÓN: 17 39 928

14603

Solución Salud

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595

[ARForSuAm]

Fecha: 05/06/25
Hora: 08:51:12
Página: 1

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Vigencia: 30 Dias

Paciente: CC 1739928 ARNULFO BONILLA ALFONSO
Edad: 78 AÑOS Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Dx Principal: R104 DOLOR ABDOMINAL Y OTROS DOLORES
Dx Relacionado:
Dx Relacionado:
Folio No. 64 Fecha de Formulación: 05/06/2025 08:49:12

1739928$64

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Dias Tra	Cant.
1	NUEVO	ATORVASTATINA TAB RECUBIERTA O CAP X 20MG CONC: 20 Mg FORMA :TABLETA	1,00 TAB	ORAL	24 Horas	90	90,00
2	NUEVO	LOSARTAN 50 MG TABLETAS CONC: 50 MG FORMA :TABLETA O TABLETA RECUBIERTA	1,00 UNI	ORAL	12 Horas	90	180,00
3	NUEVO	ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA X 100 MG CONC: 100 MG FORMA :TABLETA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	90	90,00
4	NUEVO	BISACODILO CONC: 5 MG FORMA :TABLETA RECUBIERTA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	30	30,00
Indi:	TOMAR DIA DE POR MEDIO ANTES DE DORMIR 1 TABLETA						

Profesional

HERNAN ULISES AMADOR TOVAR
Reg. Med. 1053612873
MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

(2)

05 Julio

14604

Empresa Social del Estado Unidad Departamental del Meta E.S.E.
Solución Salud

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595

[ARForSuAm]

Fecha: 05/06/25
Hora: 08:51:12
Página: 1

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Vigencia: 30 Días

Paciente: CC 1739928 ARNULFO BONILLA ALFONSO
Edad: 78 AÑOS Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Dx Principal: R104 DOLOR ABDOMINAL Y OTROS DOLORES
Dx Relacionado:
Dx Relacionado:
Folio No. 64 Fecha de Formulación: 05/06/2025 08:49:12

1739928$64

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Dias Tra	Cant.
1	NUEVO	ATORVASTATINA TAB RECUBIERTA O CAP X 20MG CONC: 20 Mg FORMA :TABLETA	1,00 TAB	ORAL	24 Horas	90	90,00
2	NUEVO	LOSARTAN 50 MG TABLETAS CONC: 50 MG FORMA :TABLETA O TABLETA RECUBIERTA	1,00 UNI	ORAL	12 Horas	90	180,00
3	NUEVO	ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA X 100 MG CONC: 100 MG FORMA :TABLETA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	90	90,00
4	NUEVO	BISACODILO CONC: 5 MG FORMA :TABLETA RECUBIERTA	1,00 UNI	ORAL	24 Horas	30	30,00
Indi:	TOMAR DIA DE POR MEDIO ANTES DE DORMIR 1 TABLETA						

Profesional

HERNAN ULISES AMADOR TOVAR
Reg. Med. 1053612873
MEDICINA GENERAL

Firma Usuario

(3)

05 Agosto

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595
CALLE 37 NO 41-80

ARHSolFoPd2
Pag:1 de 4
Fecha: 11/03/25
G.atareo: 17

HISTORIA CLINICA No. CC 1739928 - ARNULFO BONILLA ALFONSO
Fec. Nacimiento: 31/03/1947 **Edad actual:** 77 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Afiliado: NIVEL 0
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3132256220
Dirección: VEREDA PIÑAL
Etnia: Ninguno de las Anteriores
Discapacidad: No aplica
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA URGENCIAS - /
Ocupación: No Aplica

Municipio: VISTA HERMOSA
Departamento: META
Grupo Etnico: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCION 10 CA-VISTA HERMOSA **Cod. de habilitación** 5071100653421 **Edad** 77 años 11 meses 11 días
FOLIO 51 **FECHA** 11/03/2025 11:23:01 **TIPO DE ATENCION :** URGENCIAS VTA HERMOSA URGENCIAS

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

"TENGO MAREO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 77 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE HACE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, CONSISTENTE EN MAREO, NIEGA NÁUSEAS O EPISODIOS EMÉTICOS. NIEGA CEFALEA, NO FIEBRE. REFIERE ASOCIADO DOLOR OCASIONAL EN EL PECHO DE CARACTERÍSTICAS NO ANGINOSAS. NIEGA OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE MAL INFORMANTE.

REVISION POR SISTEMAS

PIEL Y FANERAS: NIEGA TOS, NIEGA ODINOFAGIA, NIEGA ANOSMIA, NIEGA DIARREA, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA NEXO EPIDEMIOLÓGICO CON COVID 19 SE EXAMINA PACIENTE CON EPP ESTIPULADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA OMS.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES SISTEMICOS

OTRAS ENFERMEDADES (SI/)
PATOLÓGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL?
FARMACOLÓGICOS: NIEGA TOMAR MEDICAMENTOS
QUIRÚRGICOS: CIRUGÍA DE CORAZÓN ABIERTO
ALÉRGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
TRAUMÁTICOS: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
Fecha Registro Antecedente : 11/03/25 11:31

OBJETIVO

SIGNOS VITALES

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595
CALLE 37 NO 41-80

ARHSolFoPd2
Pag:2 de 4
Fecha: 11/03/25
G.atareo: 17

HISTORIA CLINICA No. CC 1739928 - ARNULFO BONILLA ALFONSO
Fec. Nacimiento: 31/03/1947 **Edad actual:** 77 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Afiliado: NIVEL 0
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3132256220
Dirección: VEREDA PIÑAL
Etnia: Ninguno de las Anteriores
Discapacidad: No aplica
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA URGENCIAS - /
Ocupación: No Aplica

Municipio: VISTA HERMOSA
Departamento: META
Grupo Etnico: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Fecha/Hora Toma: 11/03/2025 11:28

SIGNOS BÁSICOS							
Presión Arterial					Frecuencia Cardiaca (Pulsaciones/Minuto)		80
Sistólica (mmHg)	130	Diastólica (mmHg)	80	Media 96	Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)		20
Temperatura (Grados Centigrados)				36.50	Vía de Toma de la Temperatura		Axilar
Pulso (Pulsaciones/Minuto)				80	Estado de Conciencia		
Saturación de Oxigeno (%)				96	Medio Ambiente		
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS							
Peso	48 Kg	Talla (cm)		153	Indice de Masa Corporal (I. M. C.)		20.50
Perimetro Cefálico (cm)		Perimetro Abdominal (cm)			Área de Superficie Corporal		1.44
Perimetro Braquial (cm)		Perimetro Torácico (cm)					
ESCALAS							
Escala de Dolor		Tipo Escala			Gleason		
Otras Escalas (Analogas)							
Indicadores de Pronóstico							
Glasgow	Richmond Rass		Ramsay		Riesgo Cardiovascular (%)		
TFG	Estadio Renal						
OTROS							
Presión Intracraneal (mmHg)							
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)		Presión de Perfusión Cerebral (mmHg)			Presión Intra Abdominal (mmHg)		
Glucometría (mg/dl)		Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)			Modo Ventilatorio		
Reacción a la Luz		Presión Venosa Central (mmHg)			Estado Hidratación		
Ojo Derecho Si ☐ No ☐		Ojo Izquierdo Si ☐ No ☐			Presión Arterial Pulmonar		
					Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)	Media

EXAMEN FISICO

CABEZA: CABEZA Y CUELLO: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA, MUCOSA ORAL ROSADA HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI ADENOPATÍAS PALPABLES, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS PULMONARES SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. CON BUEN PATRÓN VENTILATORIO, CICATRIZ ANTIGUA QUIRURGICA DE CIRUGIA DE CORAZON ABIERTO.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES EN ADECUADA INTENSIDAD,NO DOLOR A LA PALPACIÓN, NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS, VISCEROMEGALIAS NI ADENOPATÍAS.
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS EN CONCORDANCIA CON RUIDOS CARDIACOS, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES. CON HERIDA DE APROXIMADAMENTE 2 X * CM EN REGIÓN INFERIOR DEL GLÚTEO IZQUIERDO.
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, COMPRENDE Y OBEDECE ÓRDENES, ADECUADA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, ROT ++/++++, TONO CONSERVADO, NO REFLEJOS PATOLÓGICOS. SENSIBILIDAD Y FUERZA GLOBAL CONSERVADAS, NO HAY HIPERTONÍA, NO BRADICINESIA. NO PRESENTA SIGNOS DE FOCALIZACIÓN, NO SIGNOS MENÍNGEOS.

HISTORIA CLINICA No. CC 1739928 - ARNULFO BONILLA ALFONSO
Fec. Nacimiento: 31/03/1947 **Edad actual:**77 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Afiliado: NIVEL 0
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3132256220
Dirección: VEREDA PIÑAL
Etnia: Ninguno de las Anteriores
Discapacidad: No aplica
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA URGENCIAS - /
Ocupación: No Aplica

Municipio: VISTA HERMOSA
Departamento: META
Grupo Etnico: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

PIEL Y FANERAS: ÍNTEGRA SIN ALTERACIONES.
GENITOURINARIO: NO EXPLORADO

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

H813 OTROS VERTIGOS PERIFERICOS Tipo: PRINCIPAL

ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 77 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE HACE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, CONSISTENTE EN MAREO, NIEGA NÁUSEAS O EPISODIOS EMÉTICOS, NIEGA CEFALEA, NO FIEBRE. REFIERE ASOCIADO DOLOR OCASIONAL EN EL PECHO DE CARACTERÍSTICAS NO ANGINOSAS, NIEGA OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE MAL INFORMANTE, NO APORTA DATOS ESPECÍFICOS DE HISTORIA CLÍNICA, COMO ANTECEDENTES.
AL EXAMEN FÍSICO EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA,ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE VÉRTIGO O MAREO EN EL MOMENTO. OIDOS SIN OBSTRUCCIONES, MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRA,.
SE CONSIDERA PACIENTE CON CUADRO DE VÉRTIGO INTERMITENTE, POR LO QUE SE DA MANEJO AMBULATORIO Y SE SOLICITA VALORACIÓN POR EL SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DE MANERA AMBULATORIA. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES, PACIENTE REFIERE ENTENDER ACEPTAR.

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
2	CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA	Pendiente

CUPS 890282 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
CUPS 890266 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
15.00	DIMENHIDRINATO TABLETA X 50 MG 5 MG

Dosis: 1,00 UNIDAD **Via** ORAL **Frecuencia** 8 Horas **Estado:** NUEVO
Esquema

Observación: TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS, SI PRESENTA MAREO, NO MAS DE 5 DIAS

PLAN - DIAGNOSTICO

VERTIGO INTERMITENTE

PLAN - EDUCATIVO

SIGNOS DE ALARMA
* DOLOR INTENSO Y PERSISTENTE.
* VISIÓN BORROSA.
* PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA O LA MEMORIA.
* CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO.
* ESTREÑIMIENTO SEVERO.
* NO PRODUCCIÓN O DOLOR AL ORINAR.
* SANGRADOS.
* SENSACIÓN DE AHOGO O ASFIXIA, RESPIRACIÓN CON ESFUERZO O SILBIDO.
* FIEBRE MAYOR O IGUAL A 38°C O ESCALOFRÍO INTENSO.

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"
822006595
CALLE 37 NO 41-80

HISTORIA CLINICA No. CC 1739928 - ARNULFO BONILLA ALFONSO
Fec. Nacimiento: 31/03/1947 **Edad actual:**77 AÑOS **Sexo:** M **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Afiliado: NIVEL 0
Barrio: CENTRO POBLADO PIÑALIT **Teléfono:** 3132256220
Dirección: VEREDA PIÑAL
Etnia: Ninguno de las Anteriores
Discapacidad: No aplica
Nivel Educativo: Basica Primaria
Ubicación: VTA HERMOSA URGENCIAS - /
Ocupación: No Aplica

Municipio: VISTA HERMOSA
Departamento: META
Grupo Etnico: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

---

* AMPOLLAS, ERU
PCIONES O ÚLCERAS EN LA PIEL.
* HINCHAZÓN, ENROJECIMIENTO, CALOR Y/O DOLOR EN EL SITIO DE CANALIZACIÓN O CATÉTER,
* DIARREA O VÓMITO PROLONGADO.
RECOMENDACIONES
• CUMPLIR CON MEDICACIÓN INDICADA POR MÉDICO, EVITAR AUTOMEDICACIÓN O APLICACIÓN DE UNGÜENTOS U OTRAS SUBSTANCIAS DIFERENTES A LAS INDICADAS.
• EN CASO DE FIEBRE, UTILIZAR MEDIOS FÍSICOS CON COMPRESAS DE AGUA FRIA EN FRENTE Y AXILAS.
• AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRASE LA BOCA Y LA NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO.
• LIMPIE Y DESINFECTE FRECUENTEMENTE LAS SUPERFICIES, EN PARTICULAR LAS QUE SE TOCAN CON REGULARIDAD

PLAN - TERAPEUTICO

EGRESO
DIMENHIDRINATO TABLETA X 50 MG, TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
SS: VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

HERNAN ULISES AMADOR TOVAR
Reg. 1053612873
MEDICINA GENERAL

14606

E.S.E. DEPARTAMENTAL DEL META "SOLUCIÓN SALUD"

822006595

[AROrmed1]

Fecha: 11/03/25
Hora: 11:37:32
Página: 1

CALLE 37 NO 41-80

ORDENES MEDICAS

CONSULTAS

Fecha Ord. Medica: 11/03/2025 11:23:01

Paciente : CC 1739928 ARNULFO BONILLA ALFONSO
Fecha de nacimiento: 31/03/47 **Edad :** 77 AÑOS **Sexo:** MASCULINO **Folio:** 51
Sede: CA-VISTA HERMOSA
Empresa: NUEVA EPS SUBSIDIADO EVENTO
Pabellon: VTA HERMOSA URGENCIAS **Cama:**
Diagnóstico : H813 OTROS VERTIGOS PERIFERICOS

Procedimiento	Descripciòn	Cant.
890202 OBSERVACIÓN	CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA CUPS 890282 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA CUPS 890266 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	2

HERNAN ULISES AMADOR TOVAR

Nombre / Firma del médico
C.C Nº 1053612873
Reg. MD. 1053612873
Especialidad: MEDICINA GENERAL

14607

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/05/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/06/25
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Tugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	455.117
PRIMER NOMBRE	Adolfo	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Garzon	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	13-03-1939.	EDAD	86
GRUPO POBLACIONAL	No	SEXO	M
SISBEN	A4	RH	O+
ESCOLARIDAD	No tiene	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	No tiene

3. SALUD			
EPS	Nueva eps	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	NO		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO Y	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO Y	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguno		

14608

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Beneficario	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3veces	Cereales, tubérculos	POCO
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	Poco
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Poco
OBSERVACIONES: Beneficiario con Poca alimentacion carbohidratos, proteina		Azucares	Aveces
		Lácteos	Poco

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	x 31	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Beneficiario con buen higiene personal			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Pesa	METODO TOMA DE TALLA	metro
PESO: 58.40	TALLA: 163	EDAD: 86	IMC: 22.03

14609

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

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
25	91	43	69	45	37	41

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	NO
7.2 QUIRÚRGICOS:	Ninguna

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Buena

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Patricia Lugo H.

NOMBRE: Claudia Lugo
IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:

Adolfo Lamson

NOMBRE: Adolfo Lozada
IDENTIFICACIÓN: 455117-

14610

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pinalito	FECHA INGRESO	
DIRECCIÓN	Vereda pinalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	4-097.525
PRIMER NOMBRE	Silibrando	SEGUNDO NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	Beltrago	SEGUNDO APELLIDO	Rodriguez
FECHA DE NACIMIENTO	31-01-1937	EDAD	88
GRUPO POBLACIONAL	ninguna	SEXO	M
SISBEN	A4	RH	O+
ESCOLARIDAD	No	DIRECCIÓN	Vereda pinalito
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	no tiene

3. SALUD			
EPS	Capital salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Hasilidad del brazo izquierdo		
MEDICAMENTOS	no menciona.		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO _____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Discapacidad en brazo izquierdo.		

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	hermano	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	NO
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	NO
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	NO
OBSERVACIONES: Adultomayor con mala alimentación saludable		Azucares	NO
		Lácteos	NO

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	SI	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	SI	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	SI	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	SI	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	SI	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: adultomayor con mal estado general, se le brinda educación en salud y el buen higiene personal.			

14611

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	metro
PESO: 45.8	TALLA: 1.59	EDAD: 88	IMC: 18.17

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
20	82	39	74	34	42	36

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS: ninguna.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	adultomayor con mala nutrición
ESTADO FISICO	adulto mayor con mala higiene personal
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	se le brinda educacion sobre la importancia de la buena alimentacion.

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Lucero Martinez.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO: Librando

NOMBRE: SILIBRANDO BOTIA GO R.

IDENTIFICACIÓN: 4091525

14612

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	17.292.838
PRIMER NOMBRE	Jesus	SEGUNDO NOMBRE	Antonio
PRIMER APELLIDO	Rada	SEGUNDO APELLIDO	Rivas
FECHA DE NACIMIENTO	23-02-1952	EDAD	73
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	B1	RH	B+
ESCOLARIDAD	1 primero	DIRECCIÓN	Macarena
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	3133428014

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	Losartan		
ACTIVIDAD FISICA	SI _____ NO X	CONSUMO TABADO	SI _____ NO X
CONSUMO LICOR	SI _____ NO X	DISCAPACIDAD	SI _____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Ninguna		

14613

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA

PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	Adulto
NÚMERO COMIDAS	3 veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO
OBSERVACIONES:	Adulto Mayor con poca saludable alimentacion

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
GRUPO	FRECUENCIA
Cereales, tubérculos	Aveces
Verduras, hortalizas, frutas	Aveces
Carnes, huevos, leguminosas	Aveces
Azucares	Muy poco
Lácteos	Aveces

5. EXAMEN FÍSICO

5.1 PELO Y UÑAS	
PELO FINO	Si
PELO DESPRENDIBLE	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO
COILONIQUIA	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO

5.2 PERIORAL Y ORAL	
ESTOMATITIS ANGULAR	NO
GLOSITIS ESCARLATA	NO
LENGUA LISA	NO
ENCIAS SANGRANTES	NO
ESMALTE MOTEADO	Si

5.3 PIEL	
ESCAMOZA	NO
PALIDEZ	NO
AGRIETADA	NO
DESCAMACIÓN	NO
HIPERQUERATOSIS	NO
SEBORREA NASOLABIA	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO

5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ATROFIA MUSCULAR	NO
DEBILIDAD MUSCULAR	NO
COSTILLAS PROMINENTES	NO
OSTEOMALACIA	NO

5.5 AUDITIVO	
PERDIDA AUDITIVA	NO

5.6 OTROS	
RETRASO CICATRIZAR	NO
ASCITIS GRADO	NO
EDEMA GRADO	NO
CANSANCIO	NO
CUELLO INFLAMADO	NO

OBSERVACIONES: Adulto Mayor con buen higiene personal y fisico

6. ANTROPOMETRÍA

METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 60.70	TALLA: 1.65	EDAD: 73	IMC: 23,31

14614

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

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
30	91	31	80	39	36.	29

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguna
7.2 QUIRÚRGICOS:	2 hernias inguinal

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Buena
ESTADO FISICO	Buena
ESTADO EMOCIONAL	Buena
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Promover, la buena alimentacion para tener un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Lugo

NOMBRE Claudia Lugo
IDENTIFICACIÓN: 35,263363

BENEFICIARIO:

José Luis Ruiz Ruiz

NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 17292878

14615

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pinalito	FECHA INGRESO	9-06/25
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	11-06/25
QUIEN ATIENDE	Claudia patricia tugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	7.488.626
PRIMER NOMBRE	Alvaro	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Santana	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	14-09-1941	EDAD	83
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	M
SISBEN	B1	RH	B+
ESCOLARIDAD	No estudio	DIRECCIÓN	Vereda Piñalito
OCUPACIÓN	hogar	TELEFONO	No tiene

3. SALUD			
EPS	Capital Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Discapacidad en el brazo derecho		
MEDICAMENTOS	no menciona		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Beneficiario, con ectrodactilia 20 dias de nacido		

14616

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	El Adulto Mayor	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	A veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	A veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	A veces
OBSERVACIONES: Adulto Mayor con Poca alimentacion Saludable		Azucares	A veces
		Lácteos	A veces

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Sí	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Beneficiario con buen, examen fisico en aparente estado general			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 60.65	TALLA: 1.70	EDAD: 83	IMC: 20,98 Normal

14617

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

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
25	98	36	88	34	36	34

7. ANTECEDENTES DE SALUD	
7.1 PATOLÓGICOS:	Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS:	Beneficiario 20 dias de nacido con Discapacidad en dedos, indice, corazon, Anular, Menique amputacion en Mano derecha

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Mantener una buena salud y Prevenir enfermedades atraves de una nutricion adecuada

PERSONAL QUE ATIENDE: Claudia Lucia Martinez

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:

NOMBRE: Alvaro Sastre

IDENTIFICACIÓN: 7488626

14618

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Pitalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda pitalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	11/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martinez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	29.793.087
PRIMER NOMBRE	Dad	SEGUNDO NOMBRE	Maria
PRIMER APELLIDO	Jaramillo	SEGUNDO APELLIDO	De Salgado
FECHA DE NACIMIENTO	09-07-1948	EDAD	77
GRUPO POBLACIONAL	Adulto Mayor	SEXO	F
SISBEN	07	RH	O+
ESCOLARIDAD	Primaria	DIRECCIÓN	Veredas
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	No informa

3. SALUD			
EPS	Coosalud Salud	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado.
DIAGNOSTICOS	Ninguno		
MEDICAMENTOS	No refiere		
ACTIVIDAD FISICA	SI __+__ NO ____	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO +	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD	Movilidad moderada.		

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	HIJA, O VECINOS	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 VECES	Cereales, tubérculos	2 VECES
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	2 VECES
ALIMENTOS INTOLERADOS	PAPAYA	Carnes, huevos, leguminosas	2 VECES
OBSERVACIONES: ADULTO MAYOR CON DIFICULTAD ALIMENTACIÓN NO ESCUCHA		Azucares	2 VECES
		Lácteos	2 VECES

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	SI	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	SI
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	SI
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	NO
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	NO
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	2 VECES
PERDIDA AUDITIVA	SI	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: ADULTO MAYOR CON POCA AUDICIÓN.			

14619

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	BASCULA	METODO TOMA DE TALLA	TIETZO.
PESO: 59.40	TALLA: 156	EDAD: 77	IMC: 27.44

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
25	85	43	80	40	37	41

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: MIOPIA
7.2 QUIRÚRGICOS: VISTAS, CIRUGÍA HACE AÑOS DE TUMORES EN LA COLUMNA.

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	REGULAR
ESTADO FISICO	REGULAR
ESTADO EMOCIONAL	BUENO
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	PROMOVER LA BUENA ALIMENTACIÓN PARA PREVENIR ENFERMEDADES.

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Lugo M.
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:
ana maria jaramillo desalgado
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 29793087

14620

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

VALORACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	09/06/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	09/06/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Lugo		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	200.884
PRIMER NOMBRE	Pastor	SEGUNDO NOMBRE	N-A
PRIMER APELLIDO	Tovar	SEGUNDO APELLIDO	N-A
FECHA DE NACIMIENTO	14/12/1944	EDAD	80
GRUPO POBLACIONAL	ninguno	SEXO	M
SISBEN	B3	RH	O+
ESCOLARIDAD	1 Primaria	DIRECCIÓN	Piñalito
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3227227361

3. SALUD			
EPS	N. EPS	TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS	Diabetes, tencion		
MEDICAMENTOS	Heformina, Lozartan, Atorvastatina ometrazol		
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI X NO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD	Extirpacion Quirurgica, Por debajo de la rodilla, junto con tegido blandos		

14621

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

VALORACIÓN INICIAL

Unión Temporal Adulto Mayor Meta

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	los hijos	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	5 veces	Cereales, tubérculos	Sí
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	NO	Verduras, hortalizas, frutas	Sí
ALIMENTOS INTOLERADOS	NO	Carnes, huevos, leguminosas	Sí
OBSERVACIONES: Usuario, con buena alimentacion Poco DULCE y Sal		Azucares	Poco
		Lácteos	Poco

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	X si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	NO
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	Si
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	Si
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	NO
PERDIDA AUDITIVA	NO	CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: ninguna			

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 61,21	TALLA: 1,70	EDAD: 80	IMC: 21,47 Normal

14622

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

VALORACIÓN INICIAL

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
28	89	38	71cm	36	35	36

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS: Ninguno
7.2 QUIRÚRGICOS: Extracion quirurgica por debajo de la rodilla, con tegidos blandos

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	Bueno
ESTADO FISICO	Bueno
ESTADO EMOCIONAL	Bueno
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	Prevenir enfermedades, atraves de una nutricion adecuada, para mantener una buena Salud

PERSONAL QUE ATIENDE:
Claudia Lugo M.
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 35263363

BENEFICIARIO:
Pastor Tovar
NOMBRE:
IDENTIFICACIÓN: 200884

14623

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PASTOR		TOVAR	

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VISTAHERMOSA

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 200884

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
LLANO SALUD DEL META S.A.S.	2025	4	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900451858

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25.00
Movilidad	80.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	93.75
Participación	81.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b799.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s799.322

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d598.1 d879.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
PATRICIA PIÑEROS CUELLAR	Psicología	CC-35260359
ADRIANA JANETH DUQUE ARENAS	Trabajador Social	CC-43596432
WILSON PULIDO CASTAÑEDA	Medicina	CC-79411187

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

14624

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

1. DATOS GENERALES			
CENTRO VIDA	Piñalito	FECHA INGRESO	01/09/2025
DIRECCIÓN	Vereda Piñalito	FECHA DE TOMA DE DATOS	10/09/2025
QUIEN ATIENDE	Claudia Patricia Lugo Martnez		

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ADULTO MAYOR			
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO	40.276.357
PRIMER NOMBRE	Maria	SEGUNDO NOMBRE	Rubiela
PRIMER APELLIDO	Correal	SEGUNDO APELLIDO	Buitrago
FECHA DE NACIMIENTO	17/03/1964	EDAD	61 años
GRUPO POBLACIONAL	Ninguno	SEXO	Femenino
SISBEN	A4	RH	ot
ESCOLARIDAD	3 primaria	DIRECCIÓN	Piñalito
OCUPACIÓN	Hogar	TELEFONO	3104683322

3. SALUD			
EPS		TIPO AFILIACIÓN	Subsidiado
DIAGNOSTICOS			
MEDICAMENTOS			
ACTIVIDAD FISICA	SI ____ NO X	CONSUMO TABADO	SI ____ NO X
CONSUMO LICOR	SI ____ NO X	DISCAPACIDAD	SI ____ NO X
TIPO DE DISCAPACIDAD			

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

4. HISTORIA ALIMENTARIA			
PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA	2 ella y la nieta	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
		GRUPO	FRECUENCIA
NÚMERO COMIDAS	3 veces	Cereales, tubérculos	A veces
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	Ninguno	Verduras, hortalizas, frutas	A veces
ALIMENTOS INTOLERADOS	Ninguno	Carnes, huevos, leguminosas	Poco
OBSERVACIONES:		Azucares	Poco
		Lácteos	Poco

5. EXAMEN FÍSICO			
5.1 PELO Y UÑAS		5.2 PERIORAL Y ORAL	
PELO FINO	Si	ESTOMATITIS ANGULAR	NO
PELO DESPRENDIBLE	NO	GLOSITIS ESCARLATA	Si
PELO SIN PIGMENTO	NO	LENGUA LISA	NO
COILONIQUIA	NO	ENCIAS SANGRANTES	NO
UÑAS QUEBRADIZAS	NO	ESMALTE MOTEADO	NO
5.3 PIEL		5.4 MUSCULO ESQUELETICO	
ESCAMOZA	NO	ATROFIA MUSCULAR	Si
PALIDEZ	NO	DEBILIDAD MUSCULAR	Si
AGRIETADA	NO	COSTILLAS PROMINENTES	NO
DESCAMACIÓN	NO	OSTEOMALACIA	NO
HIPERQUERATOSIS	NO	5.6 OTROS	
SEBORREA NASOLABIA	NO	RETRASO CICATRIZAR	NO
LAGRIMEO O ARDOR	NO	ASCITIS GRADO	NO
CEGUERA NOCTURNA	NO	EDEMA GRADO	NO
5.5 AUDITIVO		CANSANCIO	SI
PERDIDA AUDITIVA		CUELLO INFLAMADO	NO
OBSERVACIONES: Adulto mayor.			

14625

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

VALORACIÓN INICIAL

6. ANTROPOMETRÍA			
METODO TOMA DE PESO	Metro Peso	METODO TOMA DE TALLA	Metro
PESO: 72.25	TALLA: 1.60	EDAD: 61 años	IMC: 28-22

6.1 TOMA DE MEDIDAS						
CIRCUNFERENCIA			LONGITUD			
BRAZO	CINTURA	PANTORRILLA	ENVERGADURA MEDIA	LONG PIERNA	LONG TIBIA	LONG RODILLA
30	100	38	82	48	31	37

7. ANTECEDENTES DE SALUD
7.1 PATOLÓGICOS:
7.2 QUIRÚRGICOS: Adulto mayor manifiesta que tiene Pomeroy hace 25años

8. VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA	
ESTADO NUTRICIONAL	• Adulto mayor con IMC sobre peso
ESTADO FISICO	• se observa en aparente buen estado, mucosas orales humedas, cuello torax simetrico
ESTADO EMOCIONAL	• Adulto mayor le gusta asistir al programa
OBJETIVOS DE ALIMENTACION	• dar una buena alimentacion, para asi poder tener una buena salud y evitar enfermedades

PERSONAL QUE ATIENDE:

Claudia Patricia Tuqo

NOMBRE: Claudia Tuqo

IDENTIFICACIÓN: 35,263363 Vicio

BENEFICIARIO:

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN: